

# UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 7/8

DESEMBER 1981

ÅRGANG 10



## AV INNHOLDET:

**AAGE BJERTNÆS:**  
APLF's generalforsamling  
Bodø 1981 .....

2

**MARTIN HOLTE:**  
Nordisk kongress i  
almenmedisin Bergen  
juni 1981 .....

3

**STEINAR WESTIN:**  
Umulige og spesielle  
pasienter .....

4

**BERIT TVEIT:**  
Hvem skal vi arbeide for....

6

## DAG BREKKE:

Samfunnsmedisin på veg  
framover .....

9

**OTTO THORESEN:**  
Beito-galup .....

12

**AAGE BJERTNÆS:**  
VEAP-kurs Vågå 1981 ...

13

**WESTIN/ØSTENSEN:**  
Utpostens almen-  
medisinske problem-  
serie .....

15

**TORE HOEL:**  
Stoffmisbruk .....

21

Redaktører:  
Aage Bjertnæs  
Martin Holte  
Redaksjonssekretær:  
Toril Jacobsen

Adresse:  
Risvollan Legesenter  
Boks 3616  
7001 Trondheim  
Tlf. (075) 66 861  
Postgiro 3478237

Utkommer med 8 nr. pr. år

# UTPOSTEN

STARTET 1972

Tegninger:  
Knut Sveen  
Abonnement:  
Kr. 90,- pr. år  
Studenter og pensjonister  
kr. 25,- pr. år

Trykk:  
ST-TRYKK A/S  
7300 Orkanger

## APLF'S GENERALFORSAMLING I BODØ NOV. 1980

Nordland legeforening skal ha all ære for et velorganisert årsmøte på hotel SAS Royal Bodø.

Fredagens nordlandsaften, bestående av et gedigent utvalg fiskeretter oppblandet med et inspirerende lysbildeforedrag om landsdelens store kunstner Kåre Espolin Johnsson falt i smak hos samtlige.

En opplagt Per Schrøder gav oss en smakebit på Nord-Norsk humor slik den forekommer i klassikerne Vett og Uvett. Vi koste oss!

Generalforsamlingen Lørdag ble på mange måter et antiklimaks. At kun 7% av medlemmene møter til generalforsamlingen understreker fjorårets misstanke at interessen for fagpolitiske saker er liten blant våre medlemmer. Her ligger kanskje APLF's største utfordring: Skap interesse på grasrota!

En rekke saker ble behandlet og tiltrakk seg stor oppmerksomhet. Spesielt synes vi det er fint at APLF på ny vil fremme forslaget i vår moderforening om rett til å opprette lokale APLF avdelinger. Dette ble som kjent nedstemt i Loen i 1977, men erfaringer fra det siste år har vist at dette er tvingende nødvendig.

I disse dager og i nær fremtid blir kommende helseplaner diskutert og det ble fra generalforsamlingen understreket som meget viktig at de stedlige almenpraktiserende leger var representert i dette viktige planleggingsarbeidet. Som ventet utløste den nye loven om helsetjenesten i kommunene også denne gangen en veldig debatt. At bare ordet lov virker som en

rød klut for enkelte grupper kom klart til uttrykk. Det virker nærmest noe forunderlig når enkelte talere krevde at Dnlf skulle avse hele lovforslaget og ikke på noen måte godta finansiering fra rammebevillinger.

Som kjent har Dnlf behandlet lovutkastet i sine lokalavdelinger og resultatet av denne høringen er sendt tilbake til Stortingets helse og sosialkomite med foreningens forslag til endringer.

Den nye regjeringens tilleggsproposisjon og nye lovutkast må først fremlegges før Dnlf på ny kan uttale seg i hvor de allerede har kommet med en uttalelse.

Normaltariffen ble også denne gangen debattert inntendig. Det synes som om tariffutvalget vil legge vekt på å argumentere for bedre takst for sykebesøkskjøring, og at kompetansen for almenpraktiker Dnlf også bør gjøres gjeldende for alle konsultasjoner.

Etter lunch gikk man til valg, styret må sies å ha fått en allsidig sammensetning. Jan Otto Syversen utpekte seg som en selvskreven formann.

I styret for øvrig fikk han med seg Lars Waage, Stavanger, Arne Svilås, Kongsberg, Kari Nygaard, Geilo, og Arne Ivar Østensen, Trondheim.

Man valgte også et nytt fagutvalg som ble noe utvidet og som skal sitte i et år til det neste landsmøtet. Jakob Prytz har gjort en god jobb og fortsetter som formann en periode til. Med seg får han Gretir Schwarze, Bergen, Martin Holte, Trondheim, Jo Telje, Vinstra og Wenche Telnes Ålesund. Vi ønsker begge styrer lykke til!

Stillingsstruktur utvalgets avgitt innstilling ble også berørt. Det er opplagt at almenmedisinens og distriktshelsetjenestens behov på langt nær er godt nok ivare tatt i denne innstillingen. Generalplanen for almenmedisin vil kunne gi svar på de krav vi må stille til utvalget.

Viktige områder som grenseoppgang - almenpraksis - spesialist i tettbebygde strøk - og utdannelsesmuligheter for almenpraktikere må først løses.

Noen debatt om etableringsloven fikk vi ikke denne gang. Kanhende det var presidentens opplysning om at legedekningen i de nordligste fylkene nå var 17% bedre enn før loven ble vedtatt, eller at det var hans forsikring om at loven sannsynligvis skulle avskaffes i løpet av sommeren 1982. Et er sikkert - loven blir overflødig når loven om helsetjenesten i kommunene er et faktum.

Alt i alt et noe dårlig redigert årsmøte. Dette skyldes ikke minst en mengde avbrytelser og unødige spørsmål som hadde vært unngått dersom deltagerne hadde satt seg bedre inn i innkallelsen som var utsendt god tid i forvegen.

Dagens hyggeligste melding kom fra Christian Borchrevink som opplyste at nå kom invitasjonen til Selskapet for almenmedisin. Vi er glade for det og tror at både Fagutvalg og Selskapet vil ha nytte av hverandre. Det vil neppe mangle arbeidsoppgaver for noen av partene.

Aage Bjertnæs



## 2. NORDISKE KONGRESS I ALMENMEDISIN

# REFLEKSJONER ETTER

Først noen rosende ord til vertskapet Institutt for almenmedisin, Universitetet i Bergen med professor Sigurd Hummerfeldt som kongressens president i spissen: Et særdeles vellykket arrangement i tildels strålende bergenssommervarme.

Den tekniske gjennomføring av innkvartering, mottagelse og forelesninger forløp knirkefritt så det var en glede å være tilstede å kunne oppleve en så veladministrert kongress.

Fremheves sterkt må også kongressens utmerkete refertatservice - hvor man kunne hente evt. bestille kopi av nesten alle ca. 90 avholdte foredrag. Det var stor aktivitet omkring dette hjørnet i kongresshallen - en aktivitet som økte mulighetene til større faglig fordypning og utbytte.

Et tips til våre finske kollegaer som står som vertskap ved 3. nordiske kongress i almenmedisin i 1983. På grunn av sprogvanter er det særdeles viktig at finnene legger vekt på kommunikasjonsforbedrende tiltak.

Etter kongressåpningen på onsdag inviterte Bergen kommune til mottagelse i den tidligere omdiskuterte Grieghallen - et fabelaktig arkitektonisk byggverk som var med på å skape sjelelig harmoni mellom fag og kultur.

En forfriskende drink og historisk hilsmingstale fra Ordføreren ble etterfulgt av en nydelig konsert.

Torsdagens hovedemne var "organisering av primærhelsetjenesten i dag og i morgen". Etter hovedinnleggene var det valgmuligheter mellom 4 forskjellige seksjoner som omhandlet grenseoppgang mellom almenpraktiker og spesialist, egenomsorg, lege- og sosialtjenesten og administrasjon av almenpraksis.

Ettermiddagen var delt inn i 6 seksjoner med frie foredrag - så mye at det var vanskelig å velge.

Den Nationale Sene åpnet sine dører for kongressens teaterhungrige deltagere om kvelden. "Dødsfellen" av Ira Levin ble servert med bloddryppende krydder. Som avspenningsøvelse etterpå ble det servert kjøttgryte og dans og moro i Thalia's Selskapslokaler like ved teateret.

Fredagen var hovedtemaet "Evaluering av primærlegens arbeider".

De derpå følgende 4 seksjoner tok for seg videre fordypning av temaene Selvevaluering, Diagnostisk terapeutiske normer, kan helse måles og Samfunnets krav til primærlegen.

Ettermiddagsavsnittet var delt inn i 6 seksjoner med frie foredrag pluss høyt faglig nivå med valgfrustrering.

Banketten skal ettersigende ha vært meget vellykket - (deltok ikke selv).

Lørdagens ekskusjoner deltok jeg heller ikke på, jeg fikk inntrykk av at interessen for denne delen av kongressen var noe laber.

Fasiten eller konklusjonen på kongressen i Bergen kan sies med få ord:

Teknisk, faglig, kulturelt og sosialt - meget høy kvalitet.

Takk til Institutt for almenmedisin fra oss kongressdeltagere.

Til de kollegaer som nu sitter i vintermørke og angrer seg for manglende deltagelse i Bergen vil jeg allerede henlede oppmerksomheten på vårens "Solstrandkurs" (APLF) 1982. Kurset starter 2. pinsedag og løper parallellt med Festspilldagene. Meld dere på i tide - begrenset deltagelse.

Martin Holte.

# UMULIGE OG SPESIELLE PASIENTER

Av Steinar Westin. Amanuensis/Institutt for samfunnsmedisin Universitetet i Trondheim

Det later ikke til at almenpraktikere har særlig vanskelig for å beskrive sine "umulige" pasienter. Når emnet bringes på bane i kurssammenheng, pleier forsamlingen av deltakere å være ualminnelig aktiv. Under kurset "almenmedisin for almenpraktikere" (1) ble det skissert fire velkjente typer av slike pasienter: den klebrige, den fiendtlige, den evige pessimist og den selvødeleggende pasient. Inndelingen stammer fra en artikkel av Groves (2), der betegnelsen noe mer presist angis som "dependent clingers, entitled demanders, manipulative help-rejecters and self-destructive deniers".

Da jeg selv deltok på dette kurset, lot det til at kursdeltakerne var istand til å gjøre listen enda lengre. Ja, det gikk så langt at vi lot fantasien friste oss til å tenke hvor mye lettere tilværelsen kunne blitt om vi bare kunne kvittet oss med disse 5-10 "plageåndene" i distriktet, dette lille antallet pasienter som hver og en kan ødelegge en hel arbeidsdag for oss. Tanken lå snublende nær om å foreslå etablert et slags almenmedisinens Reitgjærde, et sted langt fra folk.

Noen slik resolusjon ble ikke fattet. Men kurset ga en spennende anledning til å diskutere hva vi gjør - og hva vi kanskje kunne gjøre - med disse "umulige" pasientene. Vet vi nok om dem? Er det pasientene selv eller vår egen udugelighet som får oss til å oppleve møtet med dem som utålelig? Vil de samme pasientene bli oppfattet som like umulige av forskjellige leger? Spørsmålene ble reist, tygget på, men neppe besvart.

HAR VI OGSÅ "SPESIELLE" PASIENTER?

For egen del bidro disku-



«Jamen lurte du meg. Det feiler deg ikke det minste!»

sjonen til å gjenopplive tanker jeg gjorde meg da jeg for et par år siden var iferd med å forberede flytting og oppbrudd fra egen praksis. Det var noen "umulige" pasienter som jeg knapt kom til å savne. Men på den annen side var det også noen pasienter som jeg etterhvert hadde fått et særlig positivt forhold til. Jeg kom til å tenke på alle de gangene kontorsøster kom stikkende inn døren med et arkivkort for en pasient som ikke stod på dagens liste med ordene: "Har du tid til å se på denne pasienten - er ikke han din spesielle pasient? Og så skjedde det ikke sjelden at denne "spesielle" pasienten fikk slippe til med sine problemer på tvers av alle hensyn til tid og ventende medpasienter.

Var det virkelig slik at jeg i min praksis behandlet pasienter så ulikt, at jeg til tross for idealer om likeverdig helsetjeneste for alle, ga urimelig mye tid og oppmerksomhet til noen få?

Kanskje kan vi tenke oss en skala, der den "umulige" og den "spesielle" pasient befinner seg på hver sin ytterkant?

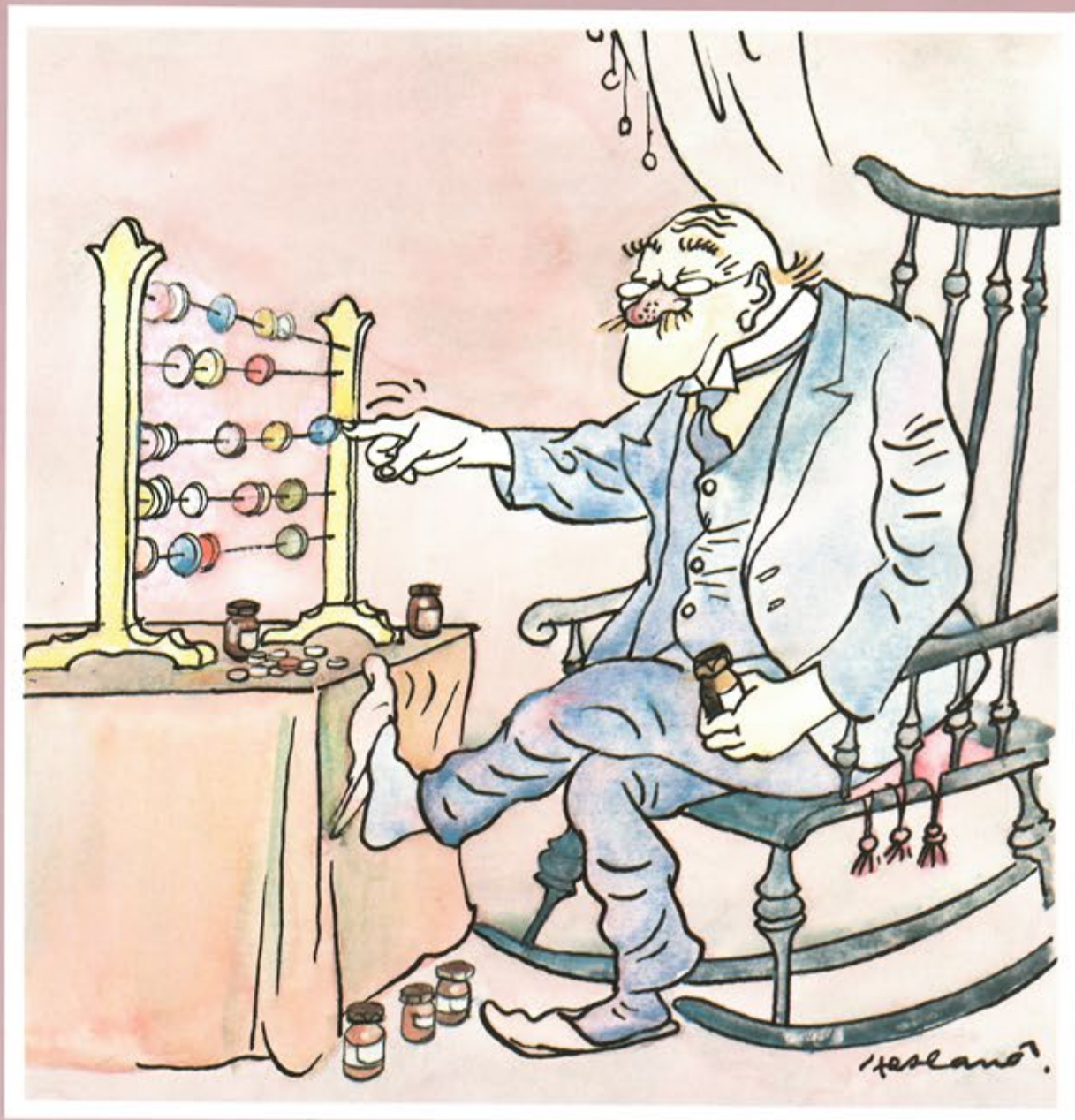
Hvis det er tilfelle, kunne vi kanskje med like stort utbytte begynne å interessere oss for hva det er ved disse få spesielle pasienter

som får oss til å legge så mye tid og krefter for dagen. Jeg antar at dette med spesielle pasienter ikke var noe særegent for min praksis, men at også andre har en slik fornemmelse av at noen pasienter har en særstilling i det daglige arbeidet.

HVEM BLIF SPESIELLE PASIENTER?

Om noen nå spurte meg om hva det var som kjennetegnet disse spesielle pasientene, ville jeg bli svar skyldig. Jeg kan peke på enkeltpersoner, noen unge, noen gamle og av begge kjønn. Men jeg kan ikke i farten øyne noen sikre felles trekk ved dem. Jeg vet bare at det var noen som jeg alltid var villig til å "slippe til" - enten det skjedde på bekostning av en etterlengtet frokostpause eller det var et nattlig sykebesøk på tampen av en helgevakt. Noen var pasienter som jeg følte jeg hadde lykket med på en eller annen måte. Pasienter som fikk meg til å kjenne at det daglige strevet hadde mening. Andre var kanskje rett og slett sympatiske medmennesker som enhver doktor ville like å ha i sin praksis. Atter andre var pasienter som jeg en gang hadde vært på kant med, eller gjort tabber overfor, men som på

# Det kan være nok med **1**\*



Det finnes kanskje viktigere grunner enn den enkle doseringen til å velge Tenormin. Men enkel behandling synes å være en forutsetning for at pasienten skal gjennomføre den medikamentelle behandling nøyaktig slik legen har bestemt. Ikke minst gjelder dette behandling av kroniske sykdommer som hypertoni og angina pectoris.

\*

Hos de fleste pasienter vil 100 mg/døgn, fordelt på 1 eller 2 doser, gi tilfredsstillende effekt, men lavere initialdose bør forsøkes. Ved dosering 1 gang pr. døgn, som administrasjonsmessig er fordelaktig, må større svingninger i blodkonsentrasjonene forventes. Pasientene må derfor overvåkes nøyer med hensyn til bivirkninger, men dosering 1 gang daglig er vist å gi tilfredsstillende klinisk virkning.

## Tenormin Enkelt.

atenolol

Ett av alternativene i behandlingen av de aktuelle lidelser.

# Tenormin

atenolol

**INDIKASJONER:** Hypertoni. Angina pectoris.

**KONTRAINDIKASJONER: Absolutte:** Ukompensert hjertesvikt, AV-blokk grad II og III.

**Relative:** Hjertesvikt, bradykardi, arteriosclerosis obliterans, insulin-trengende diabetes mellitus, metabolsk acidose, Raynaud's syndrom, graviditet (se Forsiktighetsregler). Pasienter med latent og manifest hjertesvikt må digitaliseres.

Betablokkerere dessuten kontraindisert hos pasienter på verapamil-behandling. Ønsker man å erstatte betablokkerere med verapamil eller vice versa, må den nye terapi ikke institueres før atskillige dager etter seponering av det tidligere preparat. Anbefales ikke til barn p.g.a. manglende erfaring.

**BIVIRKNINGER:** Maskering av kardiale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner, kalde hender og føtter, Gastrointestinalt ubehag, søvnvansker, hjertesvikt og nedsettelse av lungefunksjonen kan forekomme, likeledes muskeltretthet (særlig initialt).

I forbindelse med bruk av flere betablokkerere er det rapportert tilfelle av hudutslett og/eller tørre øyne. Den rapporterte hyppighet er liten, og symptomer har i de fleste tilfelle forsvunnet etter seponering. Seponering bør overveies dersom de nevnte hud- og øyenreaksjoner ikke kan forklares på annen måte. Seponering av betablokkerere må skje gradvis.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktiv luftveislidelse. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning i luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av beta<sub>2</sub>-spesifikke bronkodilatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøye. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkerere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkerere virker uten å oppheve digitalis' positive inotrope effekt på hjertermuskelen. Betablokkerere og digitalis virker additivt på nedsettelse av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overledning øker når medikamentene gis sammen. Som under enhver behandling kan sykdommer utvikle seg videre uavhengig av behandlingen. Pasienter som står på betablokkerere - særlig eldre - bør derfor regelmessig undersøkes med henblikk på utvikling av hjertesvikt. Forsiktighet bør utvises ved metabolsk acidose, til gravide og under eter- eller kloroform-anestesi. Da utskillelsen av absorbert atenolol hovedsakelig skjer renalt, bør dosen og evt. doseintervallet justeres hos pasienter med sterkt nedsatt nyrefunksjon. Hvor det er spesiell grunn til å seponere preparatet før kirurgisk inngrep, bør seponeringen skje gradvis i løpet av ca. 1 uke.

Hos pasienter på samtidig behandling med klonidin og betablokkerere, må eventuell seponering av klonidin ikke finne sted før atskillige dager etter seponering av betablokkereren. Betablokkereren må seponeres først for å unngå en sterk «rebound» blodtrykksstigning etter seponering av klonidin.

#### INTERAKSJONER:

Betablokkerere	Beta-stimulerende adrenergika	blokkerer beta-adrenerg effekt (VIb)
C01D	antidiabetika	økt hypoglykemisk effekt (VIa)
	antihypertensiva/ diuretika	økt BT-senkende effekt (VIa)
	digitalis	bradykardi, arytmi (VIa, VII)
	disulfiram	dempet disulfiram/etanol reaksjon (VII)
	etanol	risiko for nedsatt etanol toleranse
	generelle anestetika	myokarddepresjon (VII)
	kolinesterasehemmere	økt risiko for bradykardi (VIa)
	sekalealkaloider	økt risiko for perifere karspasm (VIa)
	verapamil	økt risiko for myokarddepresjon (VIa)



## ICI-Pharma

Drammensveien 126, Oslo 2

Tlf. (02) 55 90 04

tross av dette hadde gjen-  
vunnet tilliten til meg som  
doktor. Slike hendelser  
forplikter og gir drivkraft  
til å yte noe ekstra.  
Heller ikke er det vanskelig  
å identifisere noen lidende  
mennesker i sosial elendig-  
het eller med langtkomne  
kroniske sykdommer som man  
som doktor fatter alminnelig  
medmenneskelig omsorg for.



«Herr Johnsen som ikke reagerte på be-  
handlingen, har heller ikke reagert på  
regningen.»

Men så kommer spørsmålet  
om det også var pasienter  
som fikk sin spesielle po-  
sisjon etablert av grunner  
som slett ikke var meg be-  
visst. Var det noen som  
var spesielt flinke til å  
snakke "mitt språk", andre  
som ved sosial status eller  
ved sin posisjon i lokalsam-  
funnet fikk den aller beste  
service?

Eller om man nå skal bli  
enda mer intrikat, pasient-  
relasjoner der de Freudske  
motoverføringsmekanismene  
grep inn og overtok styring-  
en, til fortvilelse både  
for pasientmottakere og ven-  
tende medpasienter?

#### SPEISILLE PASIENTER TAR OGSÅ TID.

Man kan reflektere over om  
det er hensiktsmessig at man  
som almenpraktiker fordeler  
sin tid og sine krefter  
ujevnt - og kanskje urett-  
ferdig? - på denne måten.  
Burde vi ta oss selv i nak-  
ken og se til at ingen en-  
kelt pasient får beslaglegge  
mer enn sin gjennomsnittlige  
tildelte tid under mottoet  
"vekk med den priviligerte  
pasient"?

Jeg tror ikke det. Skal  
det daglige arbeid ha mening  
tror jeg vi må gi oss selv  
tid og anledning til å en-  
gasjere oss mer i noen pasi-  
enter enn i andre. Den dag-  
lige rutinen ville bli gråere  
om vi ikke tok imot disse  
særlige invitasjonene til å  
yte vårt aller beste som

leger.  
Gjennom arbeidet med våre  
spesielle pasienter kan vi  
skaffe oss innsikt og erfara-  
ring som på sikt også kan  
komme våre vanlige "16-  
minutterspasienter" til gode.  
Dette er selvsagt en påstand  
som jeg ikke kan gi noen  
ytterligere begrunnelse for.  
Under enhver omstendighet  
ville det sikkert ikke være

noen ulempe om man greide  
å tilegne seg en noenlunde  
bevisst holdning til hvor-  
for man velger å yte eks-  
tra mye for noen få, dersom  
man ved selvrefleksjon fin-  
ner ut at man faktisk gjør  
det.

#### ET ALMENMEDISINSK ANLIG- GENDE.

Dagene i almenpraksis er  
travle - og sjelden fikk  
jeg tid til å reflektere  
over slike sider ved min  
praksis. Det nærmeste vi  
kom i vårt distrikt, var  
en regelmessig supervi-  
sjonsordning for våre psy-  
kiatriske pasienter, som  
ble drevet ved en av over-  
legene ved det stedlige  
psykiatriske sykehus. Men  
spørsmål knyttet til våre  
umulige og spesielle pasi-  
enter gjelder selvsagt ikke  
bare de som har definerte  
psykiske lidelser.  
Det gjelder hele vår omgang  
med det vanlige spektrum  
av pasienter og sykdommer,  
og er i egentlig forstand  
et rent almenmedisinsk an-  
liggende.

#### TEMA FOR GJENSIDIG SUPERVISJON.

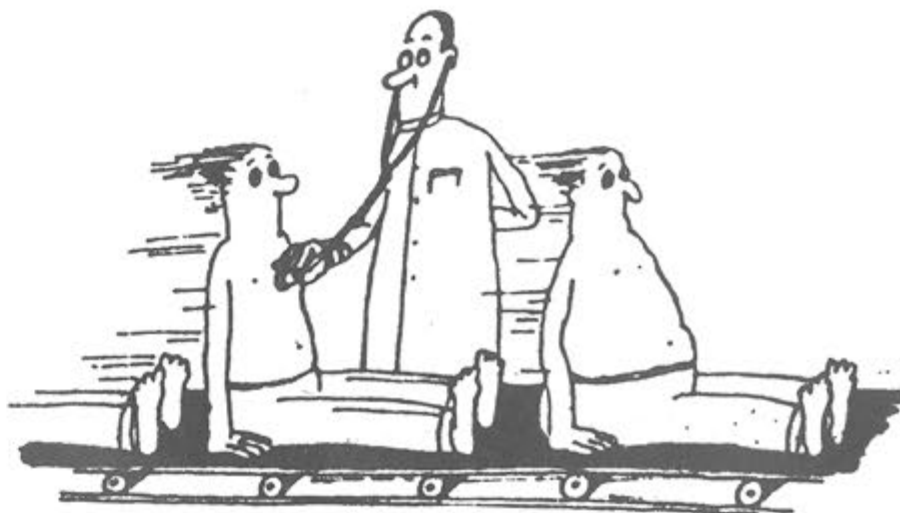
Kanskje kan det gi nyttig  
innsikt i egen praksis om

man for eksempel over en  
2-3 ukers periode hver dag  
binker ut den pasient som  
man selv mener er mest  
"spesiell" i positiv for-  
stand, altså den pasient  
man mener ville få den  
beste service på det mest  
uleilige tidspunkt!  
Etter noen uker kunne man  
begynne å reflektere over  
hvem disse ukens "5 på  
topp"-pasienter egentlig  
er, og hva det er ved pa-  
sient eller lege som styrer  
lege-pasientforholdet.  
Sammen med kolleger i en  
gruppe kunne man drøfte  
dette grundigere, kanskje  
med særlig stort utbytte i  
grupper der deltakerne kjen-  
ner de samme pasientene.

Jeg forestiller meg at en  
slik gjensidig supervisjon  
i en gruppe kan bidra til  
å høyne kvaliteten av det  
arbeidet vi gjør.  
Kanskje vil det også bli  
mulig for noen å systemati-  
sere sin innsikt så langt  
at også vi andre kan få del  
i den? Jeg tror kort sagt  
at vi vet svært lite om våre  
"spesielle pasienter", enda  
mindre enn vi vet om de  
"umulige".

#### Litteratur:

1. Hagestad, Kristian:  
"Almenmedisin under lupa"  
Utposten nr.3/4 1980,  
s. 5-6
2. Groves, James E.:  
"Taking care of the hate-  
ful patient".  
N Engl J Med: 1978, 298,  
883-887.



# Hvem skal vi arbeide for?

Av Berit Tveit — Almenpr.Dnlf, Fyllingsdalen

## Sammendrag:

Pasienter, helsepersonell (inklusive leger) og samfunn danner et trekantforhold omkring helsetjenesten. Tross enighet om idealene oppstår ofte konflikter angående den praktiske gjennomføring.

Legene har i ca. 30 år hatt "selgers marked" og derfor uforholdsmessig stor makt. De foreliggende lovforslag vil flytte makten over til samfunnet. Mange er engstelige for at forskyvningen ikke vil gi noen bedring i forhold til idealene, men medføre økende konflikter og/eller kostbar byråkratisering og sentralisering.

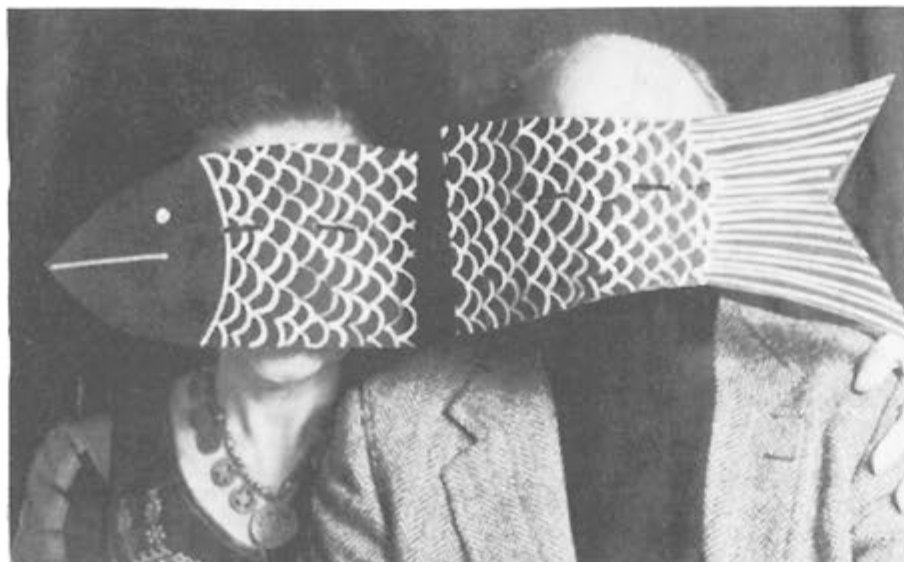
I artikkelen sammenlignes leger med andre yrkesgrupper, ut fra den generelle regel om at "Kunden har alltid rett" - fordi han har makt over betalingen. Samfunnet må også anses som kunde, via de personer som har beslutningsmakt.

Ved bevisst bruk av prinsipper som deling av makt, og frihet til å velge mellom alternative løsninger kan pasientene få igjen den makt de bør ha, og vi kan bruke konstruktivt menneskenes "uheldige" egenskaper som grådighet og maktbegjær.

Tenkepausen angående "Lov om helsetjeneste utenfor sykehus" bør brukes til nøktern diskusjon om hvem som skal bestemme hva, og hvorfor.

## Fiskehandel og legekongress.

Jeg har vært på medisinsk kongress, en av de store, med flere foredrag parallelt og megen traving mellom dem. Plutselig var det helt fullt i en sal, mens i en annen satt fire-fem tilhørere. Dette medførte sterke følelsesvingninger hos foredragsholderne, fra depresjon til eufori. Men de behersket seg, og kvaliteten var uav-



hengig av antall tilhørere både hva fremføring og innhold angikk.

Det lignet noe annet - jo: Fisketorget i Bergen. Det er en turistattraksjon. Men det turistene ikke vet, er at fiskehandlerne er like blide og slagferdige en slapsete januarmorgen som på en frisk soldag med allverdens fotografer rundt seg. Etter mange hundre års erfaring med bergenske husmødre og -fedre har de utviklet en salgskultur, like elegant som legenes forelesningskultur.

Det kan ikke være tilfeldig at disse to kulturformer ligner hverandre. Begge angår salg, en utveksling mellom en selger og en kunde. Om nettoutbyttet er i form av penger eller prestisje spiller tydelig mindre rolle. Vi innbiller oss ofte at legene står utenfor markeds-mekanismene, på samme måte som vi tror folkevalgte gjør det.

Valgkamper tar umiddelbart knekken på den siste illusjonen (salg av mennesker pent innpakket i brosjyrer).

Gamle leger smiler litt og rister på sine grå hoder,

når de unge snakker om idealer og hvor bra alt skal bli når vi får skikkelig samfunnsstyring av helsetjenesten. "Slik at vi kommer ut av dette forbistrede handelsprinsippet som stykkpris er". Kanskje problemstillingen er gal?

Jeg kan bare her antyde noen stikkord. Hvis noen syns det virker som en ord-salat, så er det helt korrekt observert. Min hensikt er nettopp å rive fra hverandre gamle begreper og blande dem, for å oppnå en ny smak.

## "Kunden har alltid rett".

Det betyr ikke at kunden alltid har rett i sak. Men han betaler, derfor har han makt.

Fiskehandleren har et direkte kundeforhold: Kjøper og selger møter hverandre som individer, ansikt til ansikt. "Stykkprislegen" har det samme. Begge er nødt til å kultivere sin salgsteknikk hvis de ønsker at kunden kommer igjen.

En lærer, derimot, har et indirekte kundeforhold. Hans kunder er ikke dem



som direkte nyter godt (eller vondt) av hans tjenester- elevene. Men dem som har ansatt ham og styrer hans arbeidsforhold, dvs. folkevalgte og offentlig ansatte personer ("Myndighetene").

De har liten mulighet for å kontrollere kvaliteten av lærerens arbeid, og kan bare sikre seg utbytte ved å utferdige instruksjoner. Disse er læreren nødt til å følge, uansett hva han og elevene måtte mene. For kunden har makten og derfor "rett".

En fastlønnet lege har samme forhold som en lærer: Han må produsere den sorten arbeid som ansettende og bevilgende myndigheter vil ha. Kvaliteten er like lite kontrollerbar.

Politikk og administrasjon har også en form for salgskultur, med skriv, utvalg og proposisjoner som noen av instrumentene. Men den er tung å lære for dem som har sin trening og sine evner på de områder som angår direkte kontakt mellom mennesker.

Vi forlanger ikke at malere skal være dyktige fiolinister også. Men vi vet (f.eks. av en ballett som "Stormen") at forskjellige kunstformer kan gå sammen i en harmonisk enhet. Forutsetningen er en felles overordnet målsetting, gjensidig respekt og en disiplin som ikke er så enkel å gjennomføre til daglig.

For uansett noble idealer må vi nok erkjenne at meget få mennesker yter både høy kvalitet og god service til sine kunder uten et visst press fra dem. Ris og ros må til. Og enten kundeforholdet er direkte eller indirekte innretter vi oss etter kundens krav.

I begge tilfelle nytter vi også gjerne de tilgjengelige muligheter for å skaffe oss ekstragoder. De kan ta form av ros fra sjefen, fra en direkte kunde, kollegial prestisje, større skrivebord, eller en fin tittel - eller penger.

At legene kan snakke om idealer og avogtil bli trodd, skyldes nok ikke vår fullkommenhet, men at

arbeidet i seg selv er morsomt (meningsfylt heter det på nyeste norsk) og det er ikke noe lite ekstra gode!

Problemen i skolen viser at et indirekte kundeforhold kan by på atskillige vansker. Et direkte kundeforhold er heller ikke problemfritt, men tillater andre og raskere løsninger.

En ung mann vill ta sertifikat, men ble mer og mer deprimert for hver kjøretime. Endelig kom det frem at han mistriivdes med lærerens undervisningsform. ("Han får meg til å tro at jeg gjør bare galt"). Etter endel samvittighets- kval klarte den unge å si fra. Han fikk øyeblikkelig en ny lærer, og depresjonen forsvant. Det var en privat kjøreskole, som visste det gutten hadde glemt: Kunden har alltid rett, og her var han kunden.

Et av legenes ankepunkter mot den planlagte loven er at den virker hemmende på det frie legevalg. Politikerne protesterer mot det. Kanskje vi heller kan si det slik: Legene misliker tanken på å flytte kundeforholdet ytterligere fra det gamle direkte til et nokså rent indirekte.

Fiskehandlerne igjen: De er til en viss grad samfunnsstyrt. Renslighet, priser og salgstider er regulert. Men fiskehandleren har fullt herredømme over hva han vil legge frem på disken, og hvordan han vil gjennomføre salgsprosessen.

Kunden på sin side kan velge innen tilbudet: Makrelltorsk eller kveite - hva har jeg lyst på/råd til idag?

Makten er fordelt, og alle parter har beholdt ganske mye valgfrihet. Reguleringen hindrer ikke utøvelsen av salgets kunst.

Legene har hatt "selgers marked" forlengte.

Vår illusjon om å stå utenfor markedsmechanismene er blitt underbygget av de siste ca. 30 års utvikling. Legene har hatt et temmelig rent selgers marked. Årsakene er i seg selv gode, som:

1. Bedret økonomi hos kunden. De har både tid og råd til å søke lege, og myndighetene har bevilget oss atskillige sykehus o.l.
2. Bedret trygdesystem. Hjelpen er blitt billig for den direkte kunde, fordi Folketrygden er et utjevneende mellomledd. Et godt system- solidarit- tet på sitt beste.



3. Storstilt reklame fra legene selv: "Søk hjelp i tide, ellers-!"  
Markedet har vært så stort at vi har kunnet tjene godt og få ekstragoder uansett kvalitet av service (God fisk, men solgt med sure miner-).

Bi-virkningene av "selgers marked" ble mer og mer utpreget ettersom antall "selgende leger" i primærhelsetjenesten ble mindre, og de måtte gripe til stadig sterkere virkemidler for å "ordne køen", fra telefonsvarer til "ingen nye pasienter" - eller biskhet.

For sykehuslegene åpnet det seg et interessant marked i forskning og annet ikke-pasient-orientert arbeid, med mange velfortjente ekstragoder.

Legenes direkte-kunder, pasientene, har sterke motiver for å kjøpe våre tjenester. Men de kan også gå til andre, og gjør det i stigende grad. Hvis servicen er bedre og de føler seg friskere etter et besøk hos "naturmedisinere" osv, - da går de dit selv om "varen" er både dyr og lite slitesterk (Gikten kommer igjen)

I di gode gamle dager var pasienten reelt fornøyd når legen brummet "bronkitt" og skrev resept på penicillin. Nå er bronkittene færre og pasientene søker oftere hjelp for "stress-sykdommer". Disse sykdommenes karakter er slik at hjelpens kvalitet ikke bare er avhengig av legens "gode fisk". Det betyr noe hvordan den blir servert.

Jeg noterte meg med stor glede placebo-effekten av legens rolige stemme i telefonen da jeg fikk en enkel, men smertefull tåre-sekk-infeksjon. Han fikk ingen penger av meg, dette får være hans mellomlegg.

#### Huvudmannen blander seg inn.

Svenskene har, med finsans for språknyanser, kalt de bevilgende og ansettende myndigheter i et område for "Huvudmannen". Nå er norsk samfunnsmaskineri i gang for på en stor-



stilt og idealistisk måte å rydde opp i den medisinske jungel. Aksjonen er delvis båret frem av pasientenes misnøye- og den er vel begrunnet.

Tenkepausen angående helse-tjenesteloven er like vel begrunnet.

Våre spredte erfaringer med offentlig støttet helsetjeneste er ikke entydig gode, og sporene fra Finland og Sverige skremmer. Dette står i en underlig motsetning til våre meget gode erfaringer med distriktslege-systemet.

Hvorfor denne forskjellen?

Jeg undres om det har noe med økonomi å gjøre? Distriktslegen har et direkte kundeforhold til sine pasienter, og stor myndighet over kommunale helsetiltak. Men han er ikke økonomisk eller avensementsmessig avhengig av kommunen.

Det er neppe farlig i seg selv med interessekonflikter. Det må bli slike mellom "samfunnspersoner", selger av tjenester og direkte kunder (f.eks. kommunalt helsestyre mot leger mot pasienter).

Men når vi vet at "kunden har alltid rett" i og med at han sitter på makten

over pengene (penger her både i betydningen økonomi, arbeidsforhold, forfremmelser osv.)-da blir det farlig å samle denne makten på en hånd. Maktkonsentrasjon hindrer konstruktive løsninger av konflikter.

Når vi sier at "Et kommunestyre har bedre oversikt over hva som trengs og kan fordele midlene mere rettferdig" - da vet vi egentlig at det er en tom frase. De folkevalgte kan ha flere hoder, men maktutøvelsen er "enhånds".

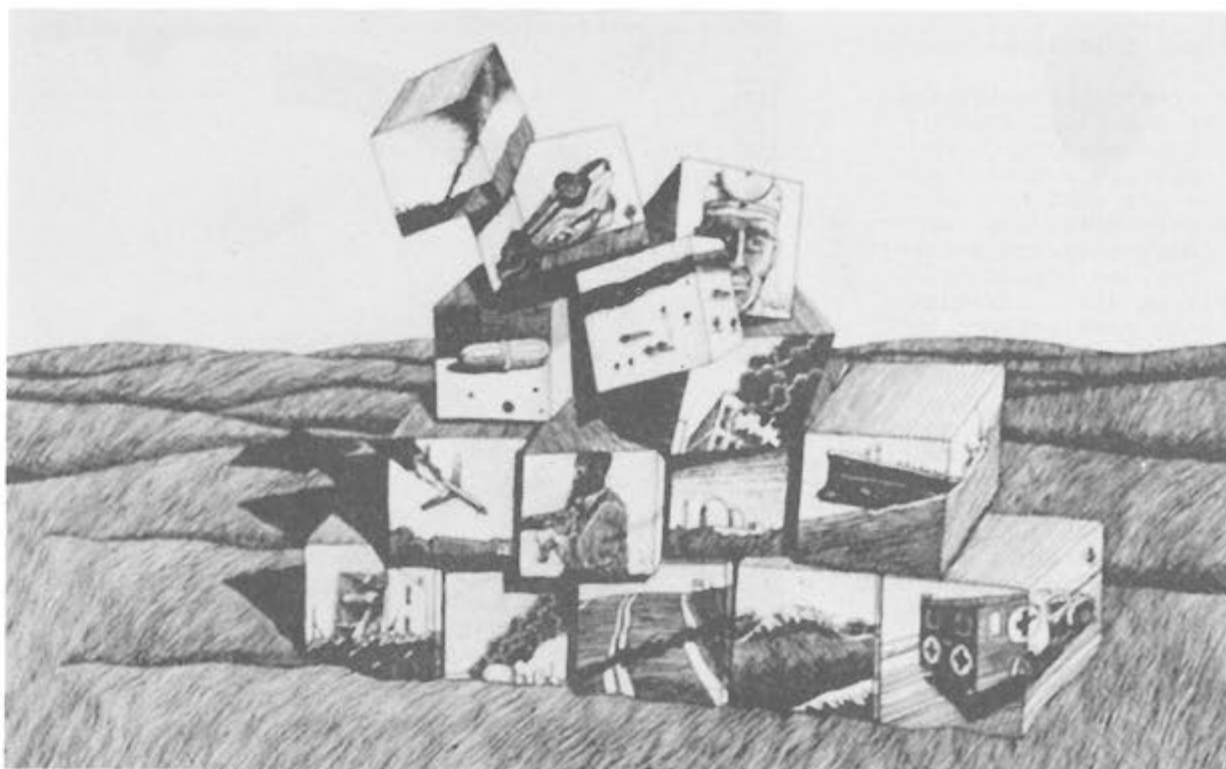
I Sverige gjøres nå forsøk med å overføre økonomisk myndighet tilbake fra huvudmannen til den lokale Hälsovårdsentral. Vi har lov til å anta at det gjøres fordi helsepersonalet oppførte seg slik Huvudmannen ga beskjed om, men at dette ikke medførte noen bedring, hverken medisinsk, økonomisk eller m.h.t. service for pasientene: Kanskje snarere tvertimot? Grunnene må være gode, politikere og administratorer gir ikke fra seg makt unødige.

Vi får håpe at forsøket ikke drukner i evalueringsrapporter. Og i en skrive-

Forts. side 14.

# SAMFUNNSMEDISIN PÅ VEI FREMOVER!

Distriktslege Dag Brekke, Molde



Den 11. konferanse i samfunnsmedisin i Akureyri 19-22.aug.1981.

Selv om noen mente at en konferanse i Akureyri på Nord-Island måtte være en avsporing - geografisk i det minste - var det likevel 36 entusiastiske kolleger fra de nordiske land hvorav 14 med ektefelle fra Norge, og en deltager fra Skottland, som ville følge opp konferansen i Kristiansand for to år siden.

"Dette mødes hovedoppgave er at få definert, hvad vi mener med den gren af legevidenskab, som vi kaller "samfunnsmedisin". Her gælder det, ligesom ved andre specialfag indenfor medicinen, at der er behov for særfaget samfunnsmedicin, fordi det dekker et område, som man ikke er i stand til at gøre tilstrekkelig rede for i det almindelige legestudium.

Her i Norden har sundhedsmyndighederne og pågældende politiske autoriteter ikke været tilstrekkelig klare over nødvendigheden af en specialuddannelse

på dette felt. Det viser sig bl.a. ved at de krav, der bliver stillet til ansøgere om stillinger på samfunnsmedicinens område, hvad angår uddannelse og anden forberedelse til arbejdet, har vært uklare og så svævende udtrykt, at man ikke har kunnet stole på at de som bliver valgt til opgaven, har den nødvendige ekspertise der-til."

Dette uttalte borgarlæknir Skuli G. Johnsson ved åpningen av konferansen i Akureyri.

Til dette måtte vi unektelig reflektere over hvorfor det ikke var møtt frem representanter fra helse-direktoratet fra noen av de nordiske land - Island unntatt.

Og det er påfallende at de offisielle helsemyndigheter, som i dag sitter midt i det samfunnsmedisinske virkefelt, ikke viser engasjement i den utvikling som dette fagområdet i dag gjennomløper.

Morsomt var det like før konferansen å få i hende "Weekly epidemiological Record" nr. 32 av 14.aug.

1981 fra WHO, som viet stor plass til omtalen av en "Workshop on the teaching of epidemiology" i Manila høsten 1980 arrangert av WHO. I Øst-Asia sliter de med de samme struktureringsproblemerne som vi gjør her i Norden.

## HVA ER SAMFUNNSMEDISIN?

Vi i Norge synes vi har nådd frem til en forståelse av dette slik det er uttrykt i OLL's utredning om "Samfunnsmedisin i Norge". Denne innstillingen ble berømmet av alle våre nordiske brødre.

Men tross det er ikke utviklingen i de nordiske land inne på samme spor og spesielt Danmark og Sverige synes å distansere seg noe fra "vår" forståelse av fagområdet. Det må sees i sammenheng med deres primærlegestruktur og den skjebne helserådene har lidt.

I Sverige er det ikke lenger naturlige stillinger for samfunnsmedisinere siden teknikere, jurister og samfunnsvitere har overtatt en rekke arbeidsområder og fra 1.juli i år ble også lænslegene utradert.

Man står igjen med sosialmedisinere som sysler med yrkesmedisin, rehabilitering litt kurative og administrative oppgaver, men der hele hygieneaspektet er borte likesom rådgiverfunksjonen i lokalsamfunnet.

Heller ikke representantene for Nordiska Hälsovårdhögskolan reserverte seg mot denne snevrere betraktningmåten av det samfunnsmedisinske virkefelt, noe som vakte reaksjoner fra norsk hold. For den norske holdning til et eget utdanningsprogram og samkjøringen med Hälsovårdshögskolan er det nok nødvendig med en inngående drøfting her.

Utviklingen i Danmark har flere felles trekk, men i enda større grad diskuterer man der rent nasjonale løsninger som gjør det vanskelig å oppnå en felles nordisk policy innenfor feltet.

Oppi disse små rivninger i vår nordiske andedam var det vederkvedende å møte dr. Hlen Zealley, Community Medicine Specialist fra Edinburgh, som gjorde rede for utviklingen av samfunnsmedisinen i Skottland der hele det administrative og forebyggende helsearbeid ble radikalt omstrukturert i 1972.

Lovgivningen ble samordnet og de samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver tillagt medisinere med egen spesialutdannelse.

Funksjonen var rådgivende i nært samarbeid med folkevalgte organer.

Arbeidsmetoden var anvendt epidemiologi. Erfaringen med dette var meget positive selv om de offentlige leger hadde mistet endel av sin direkte politiske innflytelse.

Selv om det i dag ikke er noe felles syn på hva man skal benevne som faget samfunnsmedisin, er det likevel klart at de nordiske representantene står sammen om det syn at det samfunnsmedisinske arbeidsfelt må utvikles og styrkes.

Mer innsikt i og praktisk evne til å anvende biostatistiske og epidemiologiske undersøkelsesmetoder er nødvendig sammen med bedre samfunnskunnskap og økonomisk innsikt.



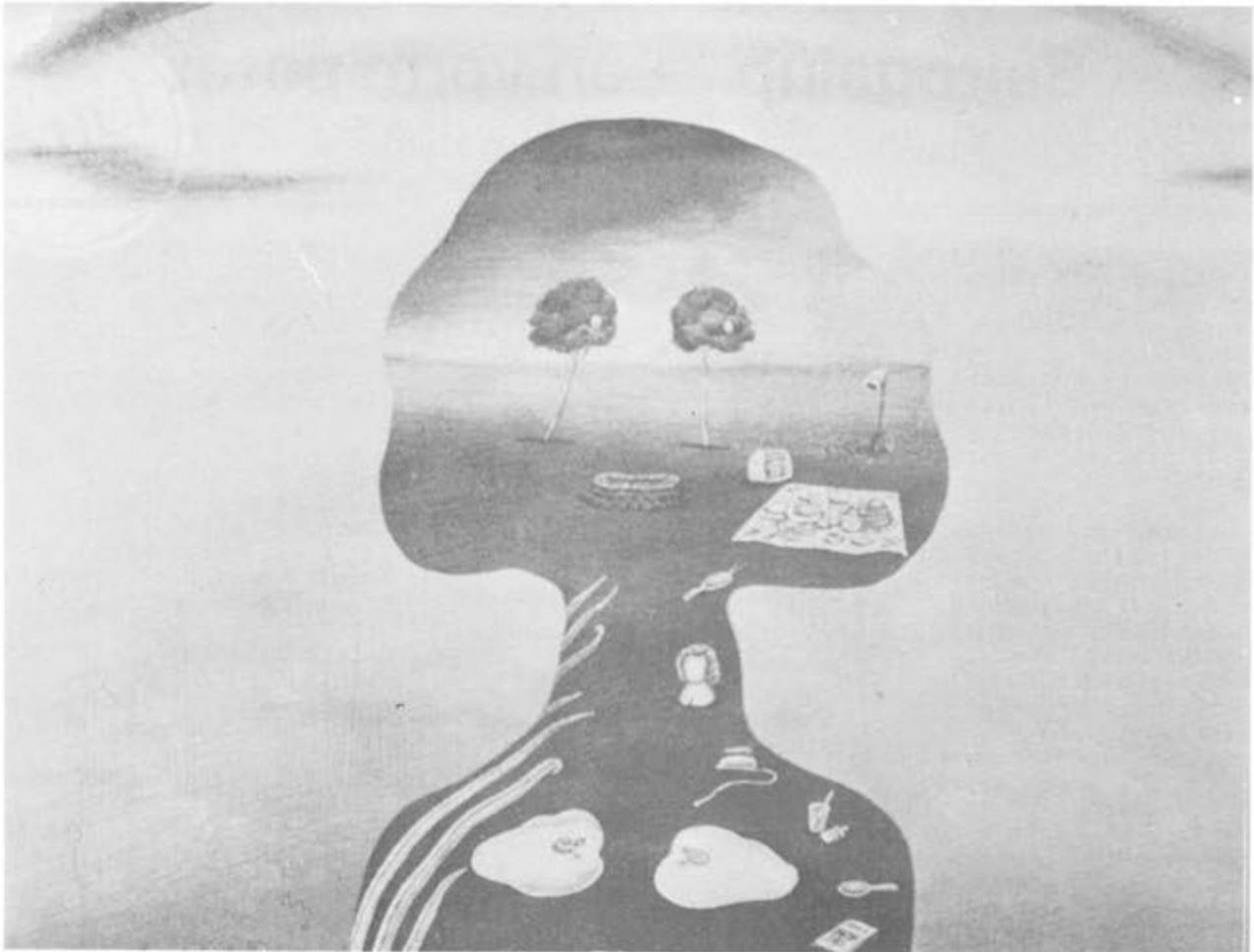
Med bakgrunn i slik tenkemåte må vi kunne gi begrunnede råd til de besluttende organer i det samfunn vi arbeider. Vårt kriterium må være tverrfaglighet og at vi er villige til å studere forbindelseslinjene mellom individ, nærmiljø, arbeidsmiljø, hygiene, funksjon og variasjon i samfunnsstrukturene.

Nærmere diskusjon om et felles utdanningsprogram i Norden ble det ikke. Men rektor Köhler ved Nordiska Hälsovårdhögskolan orienterte om den nye studieplan for skolen i Göteborg.

De nasjonale utdanningsprogram i samfunnsmedisinske fagområder som er i gang i dag, eller som planlegges, rokker nok noe ved skolens eksistensgrunnlag. Likevel må verdien av det internordiske miljø skolen har og innslaget av tverrfaglighet understrekes. Det vil være beklagelig om vi i Norge f. eks. slik Danmark har gjort, skal gjøre oss uavhengig av skolen.

#### SAMFUNNSMEDISIN SOM EGEN SPESIALITET?

Det vil fremgå av det foregående at det ikke er noe felles nordisk syn på faget



samfunnsmedisin. Hver for seg har de nordiske land allerede opprettet spesialiteter som bærer i seg så vesentlige elementer av det samfunnsmedisinske virkefelt, såsom f.eks. "sosialmedisin", klinisk sosialmedisin", "administrasjon", "helsevård", "embetsmedicin", at en ny spesialitet kan være vanskelig å begrunne nå.

Spørsmålet om egen spesialitet synes derfor på det nåværende tidspunkt - selv i konferanseforsamlingen - å være preget av mentale barrierer, arvegoeds fra vår noe ensporede kliniske utdannelse og de nasjonale tradisjoner.

Spesialistene i kliniske disipliner er eksperter på faglighet, samfunnsmedisinere på tverrfaglighet, og det siste vil nødvendigvis gå noe ut over fagligheten når vi tenker tradisjonelt.

Egen spesialitet i samfunnsmedisin er foreslått i Danmark og det norske forslaget, som riktignok strandet på landsmøtet i sommer, er under videre utredning.

Men om formell spesialitet skulle måtte utstå noen år, var det enighet om at et tverrfaglig utdannelsesystem burde utvikles og kvalifikasjonskrav spesifiseres for stillinger innenfor samfunnsmedisinens område.

Nåvel, så langt kom vi på den II. nordiske konferanse i samfunnsmedisin i Akureyri 1981.

Det var en ansporende konferanse, faglig sentral, og ellers et særdeles godt gjennomført arrangement som vertskapet skal ha all ære for!

Vi retter vår takk til hele det islandske vertskap, takk for hyggelig mottagelse av

Akureyri bystyre, og særlig takk til dr. Skuli G. Johnsson og hans kone Stefania, som også sto bak et utmerket sosialt program.

Gold og øde, trolsk og idyllisk er den islandske natur.

Møte med lava og aske, ferske vulkanutbrudd, dampøyler og boblende svovelhull i vår ellers så trygge jord-skorpe gjorde inntrykk. Og så kunne vi krysse kontinentalsprekken som deler landet i to, så vi på minutter kunne fare fra det amerikanske til det euroasiatiske kontinent.

Ja, virkelig spennvidde var det over årets samfunnsmedisinkonferanse!

Neste konferanse blir i Finland om 2 år, trolig sammen med konferansen i almenmedisin. Vel møtt i Finland!

# Beitogalup — en varm potet

Otto Thoresen, Almenpraktiker Dnlf. 3190 Horten

På kurs er det mye å lære. Beitokurset 1981 således ingen unntagelse. Vi har også mye å lære av hverandre ... og ca. 100 praktiserende kollegaer er en representativ forsamling. Det er vel den største samling av practici i vårt land.

Jeg utarbeidet vedlagte spørreskjema av personlig interesse, uten å spørre kursutvalget på forhånd. Det kom derfor på toppen av et fullsatt program, nærmest ex auditorio. Kopier-distribusjon og bearbeidelse i sene timer på rom 101. Resultatene fremlagt for møtetrett forsamling lørdag. 100 skjemaer utdelt mandag. 64 besvarelser samlet fredag.

Den dårlige respons kan ha flere årsaker:

1. Asthenia cursomatica.
2. Controversio politica.
3. Retardatio ideopatica.

Som det fremgår er spørsmålene ledende. Resultater derfor statistisk uholdbare, men dog fullt på høyde med vanlig galluprutiner....

Da besvarelsene kan ha almen interesse, refereres følgende:

## ad "Sykmeldingsrutiner"

På spørsmål 1, svarte alle at dette var legen uvedkommende. Dog må bemerkes at et forbausende stort antall måtte forklare forskjellen på røde og hvite sykepenge-lapper (Sic)

Et overveldende flertall fant at nyordningen er byråkratisk, tidsrøvende og kostbar.

På spørsmål 7: "Burde legene vært spurt på forhånd?" et unisont **Jå!** Vi er ikke spurt, ei heller Dnlf's attestutvalg..

Så kommer den varmeste potet: **BLÅ RESEPT - EGENANDEL**

75% trodde at økonomisk gevinst (besparelse) ble mindre enn estimert (antatt 100 mill/år, nu 40 mill/år)

86% fant øket risiko for overforbruk/sløsing/overliggende medisin.

76% fant øket risiko for feilbruk og intox. av samme grunner.

65% mener ordningen medfører øket antall konsultasjoner (større legeutgifter).

60% finner nyordningen sosialt uakseptabel.

Vi er alle kjent med at våre venner apotekerne driver et intenst detektivarbeide for å oppfylle lovens intensjoner på rettferdig måte. Dette koster penger..!

Vi vet også at pasienter "forlanger" bæreposer full av salver (pkt. 31) til 3 mnds. forbruk - nå revidert av praktiske årsaker - men til ytterligere merarbeide for apotekene.

Vi kjenner på kroppen for-tolkningsvansker "kronisk sykdom" versus "langvarige symptomer". Jeg nevner i fleng pkt. 12-17-18-35.

Ett er sikkert:

RTV har strukket seg lenger enn fellen rekker. Vi har dårlig råd og må spare..... Rettferdig sparing med sosial profil er alle enige i.....

Midler..og Metoder må kunne diskuteres av impliserte parter. Jeg synes legestanden har vært forbausende taus (med få unntagelser).

Mitt forslag til forenkling, fremlagt på Beito (58% forresten imot/vet ikke).

ALLE som henter medisin på blå resept betaler kr. 10,- i egenandel, hver gang, pr. ekspedering uavhengig av antall resepter.

Kun ett ref.punkt på hver resept. Bort med overfylte, rotete resepter. Pasientene kan vanskelig holde rede på det.....

Om egenandelen skal være 10 eller 20 kroner må aktuelle økonomi bestemme.

Den intelligente leser vil ha regnet ut at mitt forslag gir 1/4 av tidl. inntekt for Staten. Jeg er så naiv å tro at totalgevinst blir omtrent som før.

Det koster å holde apotekerpersonale/trygdekontroll/ekstra legebesøk m.m.

Total gevinsten antas uforandret.

Offentlig omkostningsanalyse har jeg aldri sett, men skulle vært interessant

Jeg tror også at 99% av befolkningen har råd til denne tier... De som ikke har, må få refusjon.

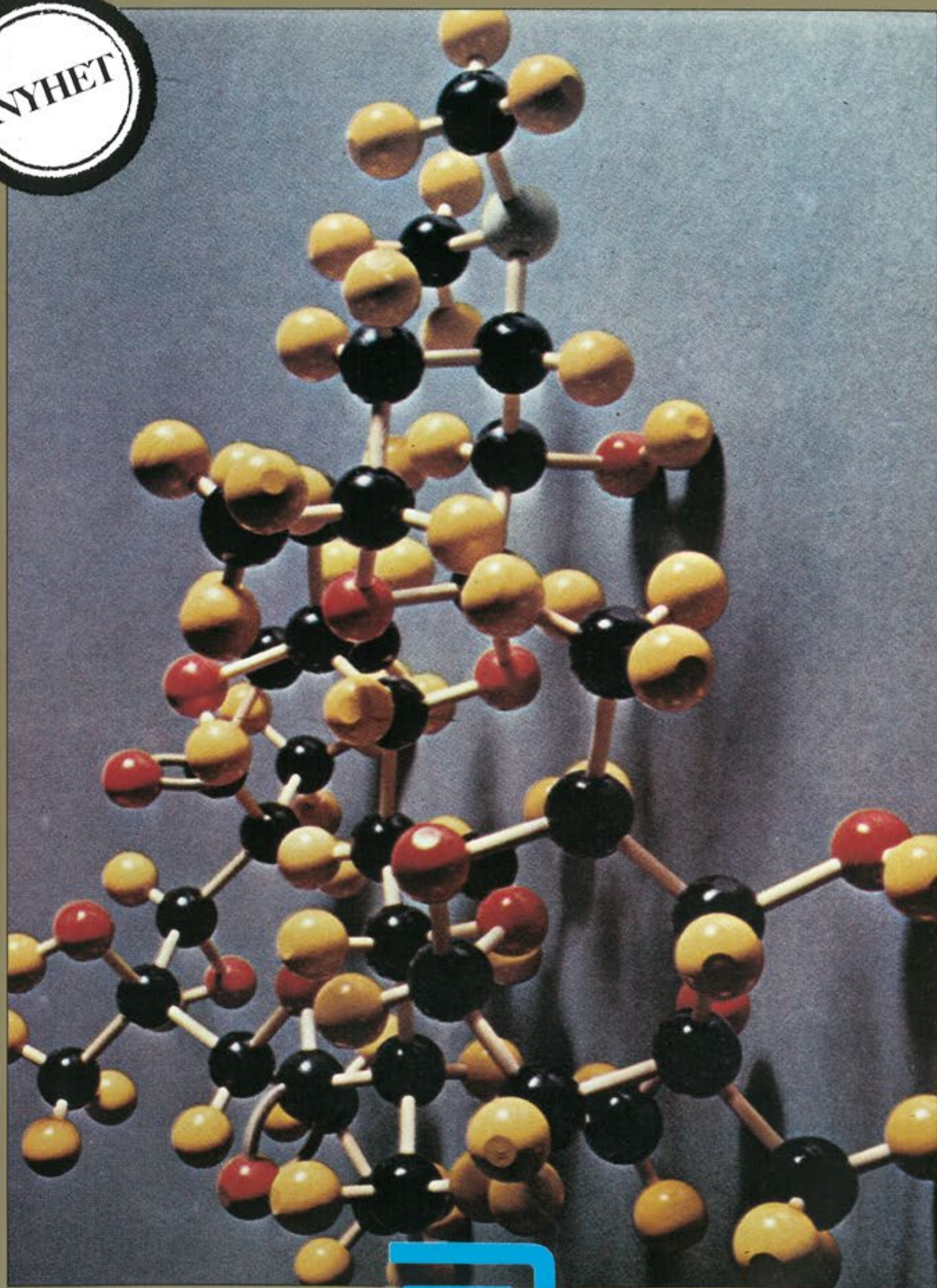
En debatt om disse spørsmål, og om andre problemer i vår hverdag imøtesees.

SPØRRESKJEMA, TILGJENGELIG VED ET I KONTAKT, INNOMTID.  
Spørreskjema er "ledende" i sin formulering. Deretter følger enkelte objektive spørsmål og erfaringer.

SPØRRESKJEMAET  
av RTV ble utgitt 1981, 4-8-82, med et annet nummer 301 4, 1982

	Jå	nei
1. Er det lagene oppgave å trykke å stille med denne typearbeidene som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
2. Er ikke dette en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid?		
3. Medfører spørreskjemaet ekstraarbeid for legen?		
4. Kan det finnes et spørsmål om bedrifts intervensjoner i forbindelse av spørreskjemaet? (Sjekk utskrift, postboks, elektronisk, telefon, osv.)		
5. Troligvis er det mange som utøver et såkalt "sykmeldingsarbeid" etter spørreskjemaet. Er det val som dette?		
6. Er ikke det en del av bedriftsarbeidet som er et viktig arbeid til legen i de nye rutiner?		
7. Burde ikke spørreskjemaet av dette skive - vært utgitt på forhånd?		
Spørsmål 7: "Burde legene vært spurt på forhånd?"		
Spørreskjemaet er byråkratisk, tidsrøvende og kostbar.		
1. Spørreskjemaet medfører ekstra lagarbeid		
2. Ordningen kan også medføre et stort antall konsultasjoner		
3. Det er ikke vanlig at pasienter tar ut hele resepten for å hente ut på egen hånd		
4. Er dette et problem for overforbruk, sløsing, og overliggende medisin på blå resepter/medisiner/utgifter?		
5. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
6. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
7. Burde ikke spørreskjemaet av dette skive - vært utgitt på forhånd?		
8. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
9. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
10. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
11. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
12. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
13. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
14. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
15. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
16. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
17. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
18. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
19. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		
20. Er spørreskjemaet en del av den samme arbeidet og trykkesarbeid som er en del av "sykmeldingsrutinen" og "sykmeldingen"?		

Spørreskjemaet er byråkratisk, tidsrøvende og kostbar.





Abboticin (erytromycin) leveres nå også som 500 mg tablett, samt som sukker- og fargefritt dosepulver.



**Abboticin for komplett sortiment.**



# Hvorfor skyte mygg med kanon?

Å benytte antibiotika med et bredt spektrum kan være som å skyte mygg med kanon.

Abboticin (erytromycin) er et smalspektret antibiotikum for selektiv og veltolerert terapi.

Abboticin kan derfor være et alternativ ved bakterielle luftveisinfeksjoner forårsaket av erytromycinømfintlige mikrober som f.eks.

## PNEUMONI

(inkludert mycoplasma og spebarnspneumoni)

samt ved

## SINUITIS

og

## PERTUSSIS

1. Lind et al., Ugeskr. Læg. 140/7, 1978.
2. Heiberg: Ugeskr. Læg. 142, 1669-1673, 1980.
3. Kalm et al., Scand. J. Infect. Dis 7:209-217, 1975.
4. Paavolainen et al., Acta Otolaryngologica 84:292-295, 1977.
5. Bass et al., J. Ped. 75:768, 1969.
6. Rabo: Läkartidn., 74:1386, 1977.

**Abboticin et smalspektret original-  
preparat fra Abbott.**

## ABOTTICIN «ABBOTT» Makrolidantibiotikum

Indeks: J01F A01

AD INJECTIONEM I.V.: Hvert hetteglass inneh.: Erythromycini lactobionas aeqv. erythromycin. 1 g alcohol. benzyl. 0,18 g  
GRANULAT: For tilberedning av 100 resp. 200 ml oral suspensjon. Glass for 100 ml suspensjon inneh.: Erythromycini ethyli succinas aeqv. erythromycin. 4 g. sacchar. 30 g. corrig. q.s. Sukkerholdig.

DOSEPULVER: Hver pose inneh.: Erythromycini ethyli succinas aeqv. erythromycin. 200 mg, mannitol. 1,5 g, constit. et aroma q.s.

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Erythromycini stearas aeqv. erythromycin 250 mg resp. 500 mg. Filmdrasjert.

Egenskaper: Klassifisering: Antibakterielt spekter som omfatter grampositive bakterier samt visse gramnegative: Enterokokker, Corynebacterium diphtheriae, Bordetella pertussis. Har videre effekt mot chlamydier, mycoplasmer, rickettsier. Uvirksomhet mot aerobe gramnegative tarmbakterier, men kan påvirke den anaerobe tarmflora. Haemophilus influenzae viser varierende følsomhet.

Virkningsmekanisme: Bindes til bakterienes ribosomer og hemmer derved proteinsyntesen.

Absorpsjon: Erythromycinstearat dissosier i duodenum hvorved aktivt erythromycin frigjøres og absorberes. Erythromycinetylsuksinat er en ester av erythromycin som etter absorpsjon hydrolyseres til fritt, aktivt erythromycin.

Fordeling: Høy vevskonsentrasjon som er vedvarende høyere enn konsentrasjonen i blod/serum (spesielt i lungevev). Passerer i liten grad blod-hjernebarrieren.

Halveringstid: 1,5–2 timer i serum.

Utskillelse: Konsentreres ved normal leverfunksjon i lever og utskilles hovedsakelig via galle og fæces. Bare en liten del (ca. 10 %) utskilles i urinen og preparatet kan gis i uforandret dose til pasienter med nedsatt nyrefunksjon.

Overgang i morsmelk: Erythromycin går over i morsmelk med inntil 50 % av serumkonsentrasjonen hos moren, men aktivt erythromycin gjenfinnes i så små mengder hos barnet at risiko for påvirkning ikke behøver foreligge ved terapeutiske doser.

Indikasjoner: Infeksjoner forårsaket av mikroorganismer følsomme for erythromycin, også når det foreligger penicillinallergi. Særlig egnet ved mycoplasmapneumonier. Anvendes ellers ved luftveisinfeksjoner som pneumoni, sinusitt, bronkitt, kikhoste, otitt.

Bivirkninger: Toksiske reaksjoner er ikke beskrevet. Gastrointestinale forstyrrelser, kvalme, diaré, overfølsomhetsreaksjoner i huden kan forekomme i enkelte tilfelle.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved nedsatt leverfunksjon. De fleste stafylokokker er følsomme, men det bør vises tilbakeholdenhet i anvendelsen med tanke på risiko for resistensutvikling.

Interaksjoner: Erythromycinbehandling kan trolig føre til at teofyllinnholdet i plasma øker hos astmatikere, muligens p.g.a. hemmet metabolisme. Prospektive studier kreves for å kartlegge interaksjonens kliniske betydning. Ved kombinasjonsterapi bør teofyllinnholdet i plasma følges.

Dosering: Tabletter: Normaldose for voksne: 250 mg hver 6. time. 2 g eller mer pr. døgn kan gis ved alvorlige infeksjoner. Senere studier har vist at optimal absorpsjon oppnås ved å innta dosen av tabletter, dosepulver eller mikstur umiddelbart før maten.

Oral suspensjon: Normaldose for barn: 10 mg/kg kroppsvekt hver 6. time. 5 ml suspensjon = 200 mg erythromycin. For barn opptil 7 kg beregnes dosen i hvert enkelt tilfelle. Ved kroppsvekter over 7 kg kan følgende skjema vanligvis anvendes:

Vekt kg	Døgn- dosering ml x 4	mg/kg/døgn	Passende pakning for 10 dagers behandling
7–14	2,5 x 4	29–57	100
15–24	5 x 4	33–53	200
25–34	7,5 x 4	35–48	100 + 200

Dosepulver: Normaldose for barn: 10 mg/kg kroppsvekt hver 6. time.

Hver pose inneh.: 200 mg erythromycin. For barn opptil 7 kg beregnes dosen i hvert enkelt tilfelle. Ved kroppsvekt over 7 kg kan følgende skjema vanligvis anvendes:

Vekt kg	Døgn- dosering dosepulver	mg/kg/døgn	Passende pakning for 10 dagers behandling
7–14	0,5 x 4	29–57	1 x 30
15–24	1 x 4	33–53	2 x 30
25–34	1,5 x 4	35–48	2 x 30

Tørrampuller for intravenøs injeksjon: Normaldose for voksne: 0,25 g hver 6. time. Ved alvorlige infeksjoner kan gis inntil 4 g pr. døgn.

Rettledning ved fremstilling av injeksjons-hhv. infusjonsnæske av tørrampullene à 1 g: Fortynning: En 5 % stamoppløsning (50 mg erythromycin/ml) tilberedes ved at substansen i tørrampullen oppløses i 20 ml sterilt vann.

Intravenøs korttidsinfusjon: Stamoppløsningen fortynnes til 1 % (10 mg erythromycin/ml) ved at den settes til 80 ml av et egnet oppløsningsmiddel, f.eks. isotonisk natriumklorid. Denne 1 % oppløsning injiseres langsomt (ca. 5 ml/min.).

Intravenøs infusjon: Stamoppløsningen fortynnes til 0,1 % (1 mg erythromycin/ml) ved at 20 ml stamoppløsning settes til 1000 ml infusjonsoppløsning – eller til 0,2 % (2 mg erythromycin/ml) ved at 20 ml stamoppløsning settes til 500 ml infusjonsoppløsning.

Bemerk: Erythromycinets stabilitet påvirkes av infusjonsoppløsningens pH. Det bør ikke tilsettes oppløsning med pH under 5. Er den under 5 bør den gis som injeksjon f.eks. i forgreningen på infusjonssettet.

Infusjonsløsninger egnet for blanding med Abbotcin: Ringer, isoton natriumklorid. Blandinger med disse løsninger bør brukes innen 12 timer. Glukose 5 % og 12,5 % samt natriumkarbonat 14 mg/ml. Blandinger med disse bør brukes innen 6 timer.

Pakninger og priser: Ad injectionem i.v.: 1 hettegl. (1 g) kr. 48,55. Granulat til oral suspensjon: 100 ml kr. 35,55, 200 ml kr. 65,60. Dosepulver 200 mg: 30 stk. kr. 73,30. Tabletter: 250 mg, 24 stk. kr. 50,40, 40 stk. kr. 78,75, 100 stk. kr. 182,40. Tabletter: 500 mg, 20 stk. kr. 87,15, 30 stk. kr. 128,40, 100 stk. kr. 413,90.

Foto på forsiden  
viser modell av  
erythromycin molekylet.



Hofstadgt. 60 · 1375 HØN · Tlf.: (02) 78 37 65

L10.81

# Dnlf's VEAP-kurs, Vågå nov. 1981

I alt et trettittals VEAP' tillitsmenn hadde funnet vegen til et godt organisert kurs i trivelige omgivelser.

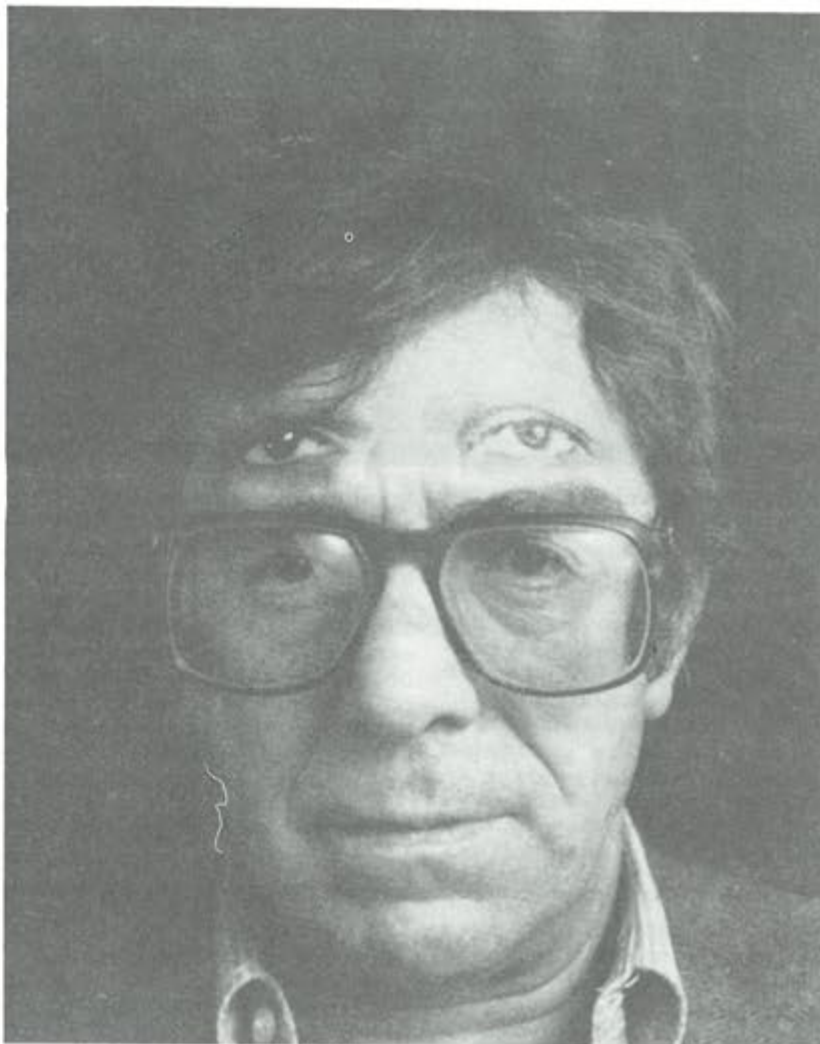
Kun Sogn og Fjordane og Finmark legeförening glimret med sitt fravær. Vi håper de kommer sterkere igjen ved neste korsveg.

Harald Siem, formannen i VEAP-rådet redegjorde innledningsvis for hva som hadde skjedd de siste årene. Han gav også en interessant skisse over fremtidsaspekter i vår videre- og etterutdanning. Hvilke forutsetninger og hvilke faktorer som var avgjørende for videre utvikling. Han etterlyste mere vekt lagt på emner innen forebyggende medisin i vår videre- og etterutdanning. Legene burde også gis bedre pedagogiske utviklingsmuligheter, noe vi er fullstendig enige i.

Kurset inneholdt en rekke interessante innledningsforedrag, og derpå følgende gruppearbeider, hvor deltagerne presenterte den aktivitet som fantes i sin region og hvilke fremtidsplaner som skulle realiseres. Man var enige i at ikke bare kunnskaper, men også ferdigheter og holdninger var viktige elementer i vår utdanning.

Det kom tydelig frem at tilbudet om obligatoriske emnekurs er for dårlig de fleste steder i landet og at en bør satse på å bygge disse ut til å bli et desentralisert tilbud. Kjell Johansen, Bergen, gjorde rede for et interessant prosjekt hvor legene i hans region fikk tilbud om en strukturert sykehustjeneste som alternativ til 3 mndr. sykehustjeneste i etterutdannelsen. Dette har slått godt an på Vestlandet og en får bare håpe at en også får satt lignende tilbud ut i livet i andre landsdeler.

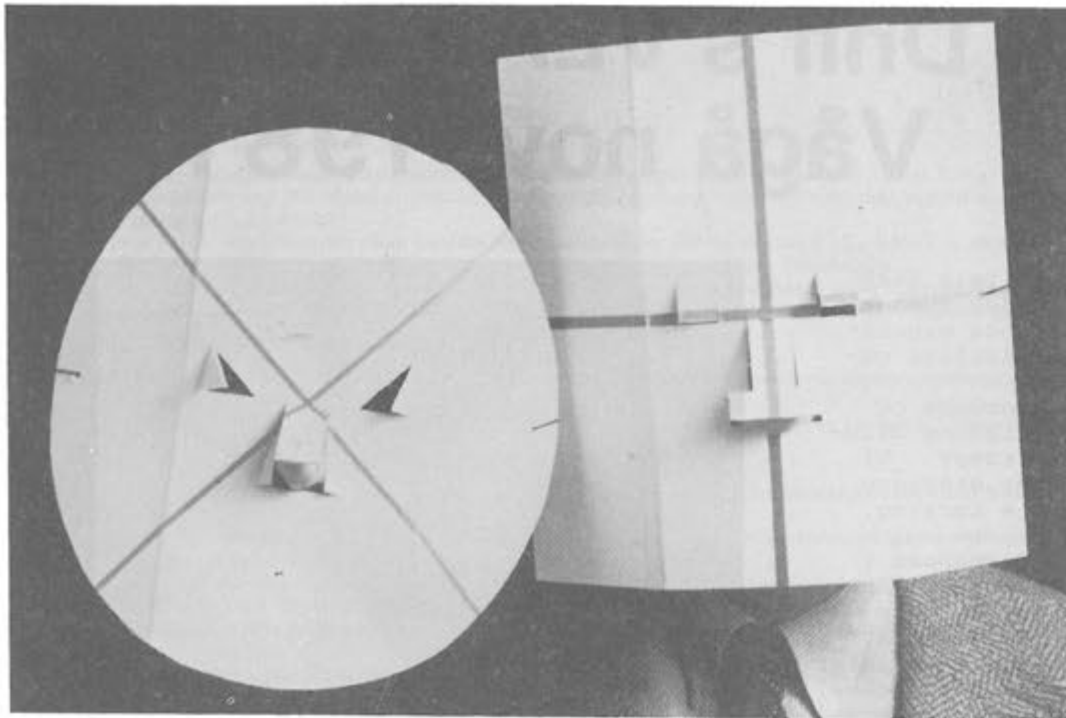
Gledelig finner vi det også at utviklingen tydelig går i retning av at almenprak-



tikeren ikke bare tar seg av kursplanleggingen, men også organiseringen og gjennomføringen av kurs. Almen medisin for almenpraktikere er kurs som bør utbygges i alle landsdeler. Almenpraktikeren som lærer er et sterkt ønske de fleste steder. Emner som forebyggende medisin, skolehelsetjeneste, bedriftshelsetjeneste og helseopplysning er også fremtidige oppgaver.

Jakob Prytz, formannen i komiteen som utreder Almen medisin som full spesialitet, redegjorde for hva komiteen har gjort til nå. Dette var meget inspirerende, og det er gledelig å se at vår fremtidige hovedutdanning skal skje som underordnet lege i almenpraksis under ledelse av godkjente





veiledere. Sykehustjeneste og obligatoriske kurs kommer som sideordnede elementer i utdannelsen.

Mulige overgangsordninger for Almenpraktiker Dnlf ble også nevnt. Personlig har jeg vansker med å se at leger som etter 10-15 års praksis og endelig godkjenning etter det nødvendige

år i sykehus ikke skal bli godkjendt. Å forlange godkjenning som almenpraktiker Dnlf 2 ganger som inngangsbillett synes urimelig, spesielt at de fleste som fikk sin almenpraktiker Dnlf første gang fikk den på overgangsreglene. Vi ønsker komiteen lykke til i dens videre arbeid, et prisverdig tiltak som

utføres av faglig dyktige folk.

Alt i alt må vi konkludere med at Vågå-kurset var meget vellykket, resultatene vil komme de regionale kurskomiteer til gode. En spesiell honnør til legeforeningens Arne Lie som var en dyktig administrator.

## Forts. fra side 8

pause forteller Dagsrevyen om en veklage angående NSB og Televerket: For stor sentral dirigering hindrer utvikling av effektiv service -.

### Hva med telefonsvareren?

Som topp-dressing på denne salaten serveres to hverdagshistorier:

1. En pasient med samlivsproblemer hadde bestemt seg til endelig å fortelle sin lege om dem. Hun bestilte time. Etter å ha fått en vennlig mottagelse i telefonen av legens hjelper, datt hun sammen på sengen og gråt - lenge. Litt forundret sa hun til legen uken etter: "Jeg har ikke grått på minst ti år, men det gjorde så godt".

2. En kommunal tjenestemann fulgte sin instruks og undersøkte muligheten for å skjære ned utgiftene ved det kommunalt støttede legesenter. Han festet seg ved telefonsvareren, og fant at bra summer kunne spares ved utvidet bruk av den. Han ble dypt skuffet over legens mangel på interesse for de kommunale penger. "Alle andre har kortere telefonid enn dere" sa han. "det blir de andres ansvar," sa legen "hvis kommunen vil ha det slik må vi snakke inn et nytt bånd, slik at svareren sier: "I henhold til ordre fra kommunen blir telefonen nå bare besvart fra klokken ditt til klokken datt." "Er det en trusel?" spurte

han. Legen svarte ja, og det var slutten på den historien.



# UTPOSTEN'S

## ALMENMEDISINSKE PROBLEMSERIE:

### *Tid for evaluering?*



Da problemserien ble lansert i UTPOSTEN nr 1/1981, presiserte vi at vi anså den som et forsøksopplegg, et pedagogisk eksperiment. Arbeidet med serien har vært såpass spennende og utfordrende at vi allerede har gått ut over den forsøksperioden på et halvt år som vi først annonserte. Tiden er likevel inne for en foreløpig evaluering.

Den viktigste inspirasjonen har ligget i de mange svarslippene som strømmer inn fra fjern og nær. De forteller oss at kolleger over hele landet ser nytten av å få sammenligne sine egne kliniske vurderinger med andre kollegers.

Noen vil være forbauset over den store spredningen i svarangivelsene som problemoppgavene har avdekket. Vi ser ikke noe overraskende i det, men tvert imot en bekreftelse på at arbeidet i almenpraksis er vanskelig og krever evne til trinnsvis diagnostisk tenkning. De uferdige sykdomsbildene må gi anledning til stadig revisjon av diagnosene

etter hvert som naturen spiller ut flere kort. Denne dimensjonen i tid har det vært vanskelig å få belyst gjennom den oppgaveformen vi har valgt.

Det finnes oppgavesystemer som fungerer etter ad-ventskalenderprinsippet, der man åpner en og en "luke", men det krever en annen type teknologi enn et fagtidsskrift kan gi. Eller har noen et bedre forslag?

På den annen side har serien allerede gitt oss innblikk i holdninger og arbeidsrutiner på flere problemfelter. Vi har dessuten øynet at kollegene har nokså forskjellig arbeidsstil når det gjelder å ta beslutninger under usikkerhet. Det skal vi muligens komme tilbake til senere.

Problempoppgavene har videre vist seg som nyttige hjelpemidler i undervisningen, både i grunnutdanningen og i kurssammenheng. Et 50-talls kolleger på almenmedisinsk emnekurs på Røros nylig har antagelig noe å si om det!

På evalueringens minusside må vi som problemseriens redaktører medgi at dette arbeidet har tatt mye tid. Vi kommer til å spørre oss selv om det er verdt strevet. Er et antall svarere på mellom 60 og 100 hver gang av landets vel 2000 primærleger nok til å opprettholde tiltaket?

Kanskje er det slik at mange løser oppgavene mer og mindre fullstendig uten å sende inn svarslippen, i påvente av fasiten fra "de andre". Vi vet ikke. Men det gis oss anledning til å minne om at fasiten blir mer representativ jo flere som sender sitt eget bidrag inn.

Men la det være sagt med en gang - vi har enda ikke sagt stopp. I dette nummer av UTPOSTEN presenterer vi svarene på problemet Bjørg Lien. Det har åpenbart vært en vanskelig nøtt å knekke. Det var ikke utilsiktet. De tre første oppgavene fokuserte relativt sterkt på holdnings- og pasienthåndteringsaspektet, mens den siste var mer kunnskapsorientert. Her lå brikkene på bordet med invitasjon til å finne selve Bingoløsningen. Også det mener vi er et almenmedisinsk anliggende, selv om noen kanskje vil hevde at vi har gått for langt inn mot spesialistmedisinens enemerker.

Også denne gangen prøver vi oss med en oppgave som kanskje kan virke intrikat. Til alt overmål tar vi sjansen på å anvende et sykdomsbilde med eksanthem, uten å ha fargetrykkets teknologi å støtte oss til. Intet skal være uprøvd i dette pedagogiske eksperiment. Vi oppfordrer kollegene til å grave dypt i kunnskapsreservene og sende svarslippen inn!

Så skal vi til gjengjeld love å komme tilbake til almenmedisinens mer psykososiale problemfelt ved en senere anledning.

Til slutt: Vi tar gjerne imot forslag til nye problempoppgaver. Mange av dere har sikkert problemstillinger fra daglig praksis som dere på denne måten kan dele med oss andre. Belønningen kan bli UTPOSTEN's fyllepenn og hederlig omtale. Kommentarer til de oppgavene vi har gitt, er også velkomne!

Steinar Westin/  
Arne Ivar Østensen



Som distriktslege i en mindre by i Midt-Norge med lokalsykehus får du en torsdag i juli en 5 år gammel datter av et lærerpar på ditt kontor. Moren forteller at Kristina den siste uken har hatt lett for å blø neseblod, vært slapp og iblant klaget over vondt i magen. De siste par dagene har hun vært forkjølet og sist natt klaget over vondt i høyre øre, morgentemperatur 38,3°. Hun har 3 ganger tidligere fått pennicillinbehandling i forbindelse med otitter.

Du finner en høyresidig otitis media og moderate bronchittfysikalia over begge lunger. De uvanlige initialsymptomene foranlediger følgende supplerende undersøkelser: Hgb 12,5 g/100 ml, moderat venstreforskyvning i blodutstryk med normale hvite og trombocytter tilstede. Du instituerer behandling med V-pennicillin og nese-dråper.

To dager senere ringer moren og forteller at Kristina har fått et utslett på beina som ligner insektstikk eller "noe allergisk". Hun lurer derfor på om datteren kan fortsette med pennicillin. Du ber moren komme på kontoret med barnet, og finner at hun har et symmetrisk utbredt polymorft utseende eksanthen på begge underekstremitetene med avtagende intensitet opp mot nates. Det består dels av multiple insektstikkliknende papler,

## PROBLEMKASUS 5/1981:

### Kristina 5 år

de fleste med en liten sentral punktformet blødning, dels av større, uregelmessige makler, hvorav de fleste er brunlig blodimbiberte. Vevet under enkelte av utbruddene fortil på leggene er knudrete indurert. Lateralt over venstre ankelledd foreligger en rødbrun diffust utbredt hevelse, og barnet frembyr haltende gange. Barnet klager også over vondt i magen, men abdomen er bløtt og uømt. Hun virker egentlig ikke syk, utslettet er ikke lenger kløende, og temperaturen er 37,8°. Høyre trommehinne er blekere og ikke lenger bukende, og bronchittfysikaliaene er nesten svunnet.

Foreldrene vil svært nødig at barnet skal legges inn på sykehus - og den polikliniske laboratoriereserve ved sykehuset er god.

Hva mener nå doktoren? Spørsmål på motstående side.



Motstående side er delt i to, slik at høyre halvdel kan klippes fra, brettes, heftes eller tapes sammen, og sendes i posten.

Begge talkolonnene må være utfylt, slik at du selv beholder kopi av dine svar på gjenstående del av arket. Oversikten over hvordan oppgaven er besvart følger i neste nummer av UTPOSTEN.

#### HVORDAN BESVARE OPPGAVEN

Les først sykehistorien. Ta deretter for deg den første diagnosen under avsnitt A, og angi med et tall fra 5 til 1, se nedenstående skala, hvor sannsynlig det er at du ville velge denne diagnosen. Fortsett så med hver diagnose og senere med hvert diagnostisk/terapeutisk tiltak under avsnittene B og C. Det skal stå ett tall i hver rute. Gjenta tallene i kolonnen til høyre som skal klippes fra og sendes inn.

Tallene betyr:

5. Helt enig: - over 95% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
4. Delvis enig: mellom 75% og 95% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
3. Usikker: mellom 25% og 75% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
2. Delvis uenig: mellom 75% og 95% sikkerhet for at jeg ikke ville velge dette alternativet.
1. Helt uenig: over 95% sikkerhet for at jeg ikke ville velge dette alternativet.

Vi forutsetter at hvert svaralternativ blir vurdert for seg. Det er for eksempel intet i veien for at du kan velge å gi alle svaralternativene samme vekt.

**Problemkasus 5/1981:  
Kristina 5 år**

- A** Under undersøkelsen har du gjort deg noen overveielser. Angi med hvilken grad av enighet du kan slutte deg til følgende:
- Den deklive lokalisasjon av eksantheme gjør pennicillin-allergi lite sannsynlig
  - Barnemishandling forekommer ikke i høyere sosiale lag
  - Det allergisk/urtikarielle preget er forenlig med akutt leukemi
  - Banale luftveisinfeksjoner kan utløse allergiske syndromer
  - Blodutstryket to dager tidlige taler mot leukemi
  - Mavesmertene har neppe noen diagnostisk betydning hos et så lite barn
  - Foreldrenes ønske om å unngå hospitalisering bør etterkommes
  - Det er liten risiko ved å se det hele an hjemme til over helgen
- B** Angi grad av enighet med følgende foreløpige diagnoser:
- Medikamentelt eksanthem (pennicillin)
  - Barnemishandling
  - Postinfeksiøs thrombocytopeni
  - Leukemi
  - Brennesle eksanthem
  - Allergisk purpura (Henoch-Schönlein)
  - Insektstikk
  - Erythema multiforme
- C** Hvilke av følgende tiltak vil du anse hensiktsmessige?
- Starte behandling med anti-histamin
  - Seponere pennicillinbehandling uten ytterligere antibiotikabehandling
  - Skifte til erythromycin
  - Opprettholde pennicillinmedikasjon
  - Ta nytt blodutstryk selv
  - Undersøke avføringen med henblikk på occult blod
  - Rekvirere full blodstatus ved det lokale sykehus
  - Presse på for å få barnet hospitalisert samme dag



KOPI

BESVARELSE

Vertical dashed line with 28 rectangular boxes for marking answers, corresponding to the list items on the left.

**Problemkasus 5/1981:  
Kristina 5 år**

Husk skalaen : 5 - helt enig  
↓  
1 - helt uenig

Denne svarslippen klippes fra og sendes Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Trondheim innen 10 dager fra mottagelsen av dette nummer av UTPOSTEN (slippen er forhåndsadressert, se baksiden).

Det er viktig at du gir disse opplysningene om din bakgrunn:

Opplysninger om avsenderen:

Kjønn: Kvinne   
Mann

Alder: År

Antall år i almenpraksis:

Godkjent almenpraktiker Dnlf?  
Ja   
Nei

Praksisform:  
Enelege   
Enelege m/turn.kand.   
Gruppe

Stillingstype:  
Privat almenpraktiker   
Distriktslege   
Bydelslege/kommunal almenprakt.

Lønnsforhold i hovedstilling:  
Normaltariff   
Normaltariff prosent   
Fast lønn

Praksissted:  
By   
Tettsted (>5000 innb.)   
Landdistrikt

Praksisstørrelse (innb. pr. primærlege):  
Under 2000 personer   
2000 - 3000 "   
Over 3000 "

Praksisfylke:  
.....  
Hvis annen hovedstilling enn almenpraksis, spesifiser stilling og fagområde:  
.....

Medisinsk embetseksamen ved (universitet):  
.....  
..... i 19

STIFT

Frakeres  
som brev



Klipp her

Til  
Institutt for samfunnsmedisin  
Regionsykehuset, Blokk 38  
7000 TRONDHEIM

BRETT

UTPOSTENS  
Almenmedisinske Problemserie  
nr. 5/1981

STIFT



For å gi nye lesere anledning til å delta i gjennomgåelsen av svarene på oppgaven i forrige nummer av UTPOSTEN, gjengir vi nedenfor sykehistorien slik den ble presentert. Svarene følger på motstående side.

### Problemkasus nr. 4/1981

#### BJØRG LIEN

Bjørg Lien er den 51 år gamle ektefellen til en av de faste blodtrykks-pasientene du behandler i din almenpraksis.

Hun har tidligere vært frisk, bruker ingen medisiner fast og er vanligvis fysisk aktiv og i god form. Nokså nylig behandlet du henne for en akutt bronkitt.

De siste 1-2 måneder har hun svettet mer enn vanlig, om natten betydelig, og lufter i en slik grad at familien nå reagerer. Hun har kjent seg slapp, orket mindre enn vanlig og gått ned 4 kg i vekt. Matlysten er allikevel nesten bedre enn før. Hun har følt seg rastløs og hjertet har slått urolig i perioder. Avføringen har vært løs i blant. Videre mener hun at hun nok har hatt litt feber.

Ved undersøkelsen kjenner du at huden hennes er myk og lett fuktig. Pulsen er svært uregelmessig og på EKG finner du en atrieflimmer. Du synes pasienten er lett stirrende i blikket, men hun oppgir selv at hun har vært slik i flere år. Du får fram en ganske fin tremor på hendene. De dype senerefleksene er lette å utløse, men uten at du med sikkerhet vil kalle dem patologiske. Fortil og nedad på halsen kjennes en jevn, symmetrisk og litt ømfintlig hevelse som glir opp og ned når hun svelger. SR = 72mm.





Nedenfor gjengir vi en grafisk framstilling av hvordan problemet ble løst denne gang. De skraverte søylenes høyde viser hvor mange prosent av de 75 svarene som angir denne grad av enighet i det enkelte svaralternativ.

Til høyre presenteres en grafisk framstilling av svarenes gjennomsnittlige tallverdi.

Tallrekken lengst til venstre er oppgavegiverens egen vurdering av det aktuelle kaskus.

Oversikten skulle gi et godt inntrykk av hvordan oppfatningene fordeler seg. Men vi understreker som før at flertallet ikke nødvendigvis har den beste løsning i medisinsens verden!

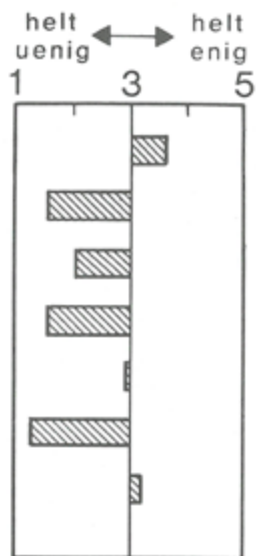
Det er dessuten full anledning til å sende oss kommentarer eller kritikk av den gjennomgåelsen du finner på neste side.

Pasient: Bjørg Lien

Antall svar n= 75

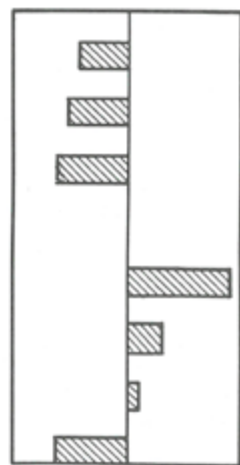
**A: DIAGNOSE**

		Oppgavegiv. svar	helt uenig	1	2	3	4	helt enig	5	Ubesvart
a	Diffust toxisk struma	3								
b	Hypofyseadenom	1								
c	Toxisk adenom	1								
d	Cancer thyreoideae	1								
e	Autoimmun thyreoiditt (Hashimoto)	5								
f	Diffust atoxisk struma	1								
g	Subakutt thyreoiditt (de Quervain)	2								
h										



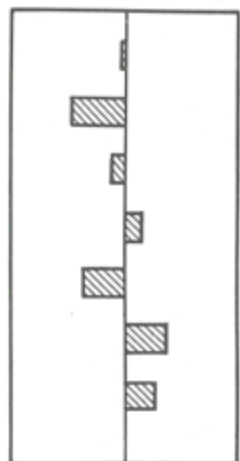
**B: TILLEGGSFUNN**

		Oppgavegiv. svar	helt uenig	1	2	3	4	helt enig	5	Ubesvart
a	"Solnedgangsblick"	2								
b	Parestesier i armene	1								
c	Ankelødemer	2								
d	TSH: Normale grenser	5								
e	Patologiske thyreoideaprøver	5								
f	Cholesterol lavt hos minst 50%	4								
g	Høyt thyreoidea antistofftiter	5								
h	"Kalde" partier ved isotop-us	1								



**C: HÅNDTERING**

		Oppgavegiv. svar	helt uenig	1	2	3	4	helt enig	5	Ubesvart
a	Søke pas. innlagt (10-14 dager)	2								
b	Legge pas. inn tiltr. øhj.	4								
c	Utrede og behandle pas. selv	3								
d	Henvise pas. til poliklinikk	4								
e	Aktuelt med operasjon	1								
f	Behov for langvarig tablettbehandl.	4								
g	Tyroxin-substitusjon senere	4								
h										



# PROBLEMKASUS NR. 4/1981

Svar på oppgaven: Den egentlige Bjørg Lien



Pasienten som var modell for problemoppgaven Bjørg Lien, som vi i dette nummer presenterer svarene på, var nok en gang hentet fra vår gode kollega Geir Jacobsen's arkiv. Mens UTPOSTEN's redaktører finner fram en ny fyllepennpremie, skal vi la Geir Jacobsen selv kommentere sitt kasus og de innkomne svarene:

Bjørg Lien hadde en autoimmun thyreoiditt av Hashimoto type, eller struma lymphomatosa, som tilstanden iblant benevnes. Dette ble verifisert senere bl.a. gjennom påvisning av svært høye thyreoidea antistofftiter. Denne tilstanden kan etter en tid resultere i hypothyreose når deler av kjertelvevet erstattes av interstitiell fibrose. I startfasen frigjøres imidlertid ofte øket mengde thyreoidea-hormon, og dette gir den hyperthyreose som er beskrevet i sykehistorien. De fleste kollegene hadde fanget opp symptomene og var nærmest énstemmige om at pasienten hadde forhøyete thyreoidea funksjonsprøver, hvilket hun også hadde.

Differensialdiagnosen overfor det diffuse toksiske struma som de fleste hadde valgt, lå i den forhøyete SR (=72 mm).

Differensialdiagnosen overfor de Quervains thyreoiditt er for det første at denne tilstanden sjelden gir hyperthyreose, dernest at gl. thyreoidea ved palpasjon beskrives som fastere, mindre og med en mer

ujevn og ruglete overflate.

Tilleggsfunnene: "solnedgangsblikk", parestesier i armene og ankelødem var ment som fallgruber. Kollegene holdt seg godt klar av dem. Det lave kolesterol som samtidig funn er mer diskutabelt. I enkelte lærebøker (eks.: Nordisk Medicinsk Kompendium) heter det at kolesterol er under nedre referansegrense i minst halvparten av tilfellene ved hyperthyreose. Også her er vi enige.

Avhengig av de lokale samarbeidsforhold vil det ved mistanke om en Hashimoto være rimelig å utrede og behandle pasienten i fellesskap med en internist. Jeg mener at pasienten bør komme under behandling tidligere enn de ca. 2 uker det vil ta for søknad om innleggelse, bl.a. fordi hun har en kompliserende artrieflimmer.

En telefon til kollega ved indremedisinsk avdeling eller poliklinikk før pasienten forlater kontoret vil sikkert langt på vei avklare håndterings spørsmålet. Operasjon er lite sannsynlig, noe de fleste var enige i.

Pasientens nysgjerrighet vedrørende fremtidig behov for tablettbehandling er forståelig. Hennes informasjonsbehov ville jeg langt på vei imøtekomet på dette punkt.

Siden Hashimoto som nevnt trolig er en hyppig årsak til myxødem er det nok grunn til å anta at det kan oppstå behov for tyroxinsubstitusjon på et senere tidspunkt.

Kollegenes og oppgavegiverens svar går ellers fram av oversikten og foranlediger egentlig ingen ytterligere kommentarer.

Takk for interessen!

Geir Jacobsen

## HVEM SVARTE PÅ OPPGAVEN?

Det kom inn ialt 75 svar på problemkasus 4/1981: Bjørg Lien. Av disse var 5 kvinner og 70 menn. Gjennomsnittsalderen var omtrent som tidligere: 35,9 år. Våre svarere hadde i gjennomsnitt 6,5 år i praksis. Tjueen var "almenpraktiker Dnlf". Det var 19 som drev solopraksis og 47 i gruppe, resten var ikke oppgitt. Trettisju var private almenpraktikere, 25 distriktsleger og 5 bydelsleger/kommunale almenpraktikere.

Legene fordelte seg jevnt med 25 i by, 22 i tettsted, 23 i landdistrikt, 5 var ikke oppgitt.

Sekstiseks hadde almenpraksis eller distrikt som fagområde, det var 4 sykehusleger, 1 bedriftslege, en turnuskandidat i distrikt og 3 "andre".

Eldstemann hadde eksamen fra 1947, yngste fra 1980.

Alle fylkene var som en vil se representert, selv om vi kunne ha ønsket oss en enda sterkere oppslutning ser vi en gledelig geografisk bredde. Det gir oss håp og ny inspirasjon.

Øverst på "Fylkestoppen" denne gang: Oppland og Sør - Trøndelag med 8 svar hver. Den øvrige fordelingen var:

Akershus	7
Rogaland	7
Møre og Romsdal	7
Nordland	6
Østfold	5
Vestfold	5
Oslo	4
Hordaland	4
Telemark	3
Buskerud	2
Vest-Agder	2
Troms	2
Hedmark	1
Aust-Agder	1
Sogn og Fjordane	1
Nord-Trøndelag	1
Finnmark	1

Ta opp utfordringen!

Takk for i år!

# NYTT INFORMASJONSBLAD:

# STOFFMISBRUK



"Det er behov for å øke informasjonen om narkotika-problemer og måter å møte disse på, samt stimulere til debatt i befolkningen, blant fagfolk og andre som har med ungdom å gjøre".

Denne formuleringen i en stortingsproposisjon som ble fremmet for Stortinget sommeren 1979, er utgangspunktet for bladet "Stoffmisbruk".

Det første nummeret kom ut høsten 1980, etter at det var endelig avklart at bladet skulle være organ for Sentralrådet for narkotikaproblemer og rette seg først og fremst til nøkkelpersonell som arbeider med narkotika-problemer. Etter fire "prøvenummer" i 1980 ble det så klart at etter-spørselen var så stor, at en måtte finne fram til en praktisk ordning slik at hvem som helst med interesse for narkotikaproblemer kunne få tak i bladet. Det ble innledet et samarbeid med Universitetsforlaget, som nå utgir bladet som skal komme med 10 nummer i året. Opprinnelig var det tenkt at hvert nummer skulle være på bare 12 sider, men det viste seg snart at stoffmengden og diskusjonslysten på dette området er så stor, at 16 sider er mer blitt regelen.

Ved siden av bladet blir det også gitt ut forskjellige spesialbilag om spesielle emner.



TYVÅR HAR JAG EN DEL ELEVER SOM INTE STÅMMER MED LÅROPLANEN.

Disse spesialbilagene blir målrettet mot enkelte grupper som kan ha behov for mer utførlig informasjon om særemer. Abonnementregisteret er lagt opp slik, at vi kan plukke ut innpå 20 forskjellige målgrupper som en kan målrette informasjonen til.

"STOFFMISBRUK" har en svært sammensatt målgruppe. Den spenner fra behandlere som vil vite mer om sikkerheten ved bruk av urinprøver, til foreldrene som lurer på hva myndighetene har tenkt å gjøre med narkotikaproblemet. Spennet i tema som tas opp, blir derfor stort. En kan derfor si at bladet ser på hele vår sosialpolitiske virkelighet med stoffmis-

bruksproblemet som det ordnende prinsipp. Stoffmisbruk blir derfor brennpunktet, men de stråler som fanges opp av lupen - bladet - springer ut av en rekke problemer som spenner atskillig videre enn bare rusmiddelmisbruk.

Bladet "STOFFMISBRUK" har vakt betydelig interesse allerede, og opplaget vil snart passere 4000. Interesserte kan abonnere på bladet for bare 30 kr. (i 1981) hos Universitetsforlaget, ab.avd., postboks 2959 Tøyen, Oslo 6.

Tore Hoel.



HUR SKA JAG NU BLANDA IN MORAL I Na<sub>2</sub>CO<sub>3</sub>?

Manifestasjoner ved vitamin B<sub>12</sub>-mangel



såvel til profylakse som til behandling

### **Betolvex**

(cyanocobalamin-tannin-kompleks)

Depotpreparat som sikrer organismens vitamin B<sub>12</sub>-status.

For øvrige opplysninger, se Felleskatalogen.

**DUMEX**

**NYHET  
FRA**



**URI-MED A.S**

1458 Fjellstrand

Tlf. (02) 91 80 13 – 91 81 29

## **EASTLEIGH MED BARE EN MATTE**

Det velkjente Dri-Nite Eastleigh alarmsystem for sengevætere har etter mange år kommet med en ny modell! Til dette apparatet trengs kun en matte, laget i myk plast med trykte kretser. Dette gir en rekke brukerfordeler:

- behageligere å ligge på
- lettere renhold
- enklere instruksjon
- unngår «falsk alarm»
- raskere varsling

Selve apparatet er mindre og nettere i utførelsen enn den tidligere modellen, og drives av et lite 9 volts batteri. Lyden er en annen, og lampen blinker helt til apparatet blir slått av.

Prisen er den samme som før, dvs. kr. 500,- ekskl. mva. for et komplett anlegg.

TETRALYSAL® lymecyklin har i flere arbeider vist god effekt mot Chlamydia/NGU infeksjon (3,4). Tetralysal kjennetegnes ved kombinasjon av høy aktiv urinkonsentrasjon og god vevspenetrasjon (såkalt både/og-effekt). Det er vanskelig å utelukke at nettopp denne egenskapen kan ha betydning for det endelige behandlingsresultat (5).

Non gonoroisk uretritt: 300 mg × 2 i 7-10 dager.  
Ved svært alvorlige infeksjoner forlenges behandlingen til 2-4 uker.  
Pris pr. 1/1-81:  
Dagsdosen (2 kapsler) vil variere mellom kr. 7,86 og kr. 4,53 alt etter hvilken pakningsstørrelse man velger. Spesielt sistnevnte døgndose må sies å være prisgunstig. Derfor: Hvorfor ikke prøve Tetralysal når et tetracyklin er indisert?

**Tetralysal «Erba». Tetracyklin-preparat.**

**Kapsler:** Hver kapsel inneholder Lymecyklin aegv. tetracyclin 0,15 g resp. 0,3 g  
**Egenskaper:** Tetralysal er som andre tetracykliner et bredspekteret antibiotikum med bakterostatisk virkning.  
**Indikasjoner:** Infeksjoner forårsaket av tetracyklintoltsomme Gram-positive og Gram-negative mikrober, spirocheter, rickettsier og visse virusarter, også mycoplasma.  
**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor tetracykliner. Nedsatt nyre- og leverfunksjon. Pyelonefritt. Gravitet. Barn under 12 år.  
**Bivirkninger:** Gastrointestinale besvær, som kvalme og brekninger og diare. Overvekst av resistente mikroorganismer kan forekomme (monilia og stafylokokker) (vaginit) kan forekomme.  
**Fotosensibilitet** (og allergiske reaksjoner) kan forekomme. Glossitt, stomatitt, proktitt.  
**Forsiktighetsregler:** Ved nedsatt nyrefunksjon, særlig i forbindelse med svangerskap, kan tetracykliner ved akkumulasjon gi lever- og nyreskader. Hvis det er nødvendig å gi tetracykliner til slike pasienter, bør det foretas nyre- og leverfunksjonsprøver før og under behandlingen (evt. også bestemmelse av tetracyklinnivået i serum). Tetracyklin kan gi en forbigående hemming av benveksten og bør ikke brukes i vekstperioden. Under svangerskapet, særlig i 2. og 3. trimester, bør en ha for øyet muligheten for vangs mistfarging og emaljehypoplasi av de permanente tenner. Likeså foreligger mulighet for emaljehypoplasi av de permanente tenner ved behandling opp til 7-9 år. Tetracyklin bør i nevnte perioder bare brukes på klare indikasjoner, og når avveining mot alternative antibiotika er foretatt.  
**Interaksjoner:** Divalente kationer (Fe<sup>2+</sup>, Ca<sup>2+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, Al<sup>3+</sup>) danner chelatforbindelser med tetracykliner, slik at antibiotikumabsorpsjonen nedsettes. Tetracyklin bør derfor alltid tas utenom matidene, og spesielt ikke sammen med jern, antacida eller melk. Fenytoin, fenylobarazon, perorale antikoagulantia, sulfonylurea.  
**Dosering:** Voksne: 1 kapsel a 0,15 g 4 ganger daglig eller 1 kapsel a 0,3 g 2 ganger daglig. Denne dose kan økes hvis nødvendig. Barn: Vanlig dosering 8-10 mg pr. kg legemsvekt pr. dag.  
**Pakninger:** 0,15 g: 25 stk., 100 stk.; 0,3 g: 14 stk., 20 stk., 50 stk., 100 stk.

Referanser:

- Oriel 1978, Corn B Current therapy, Sanders, Philadelphia.
- The New England journal of medicine. I. Schacter: Chlamydia infections. (second of three parts) Medical Progress. March 2nd, 1978.
- J. Wallin, Acta Universitatis Upsaliensis 212, 1974.
- K. R. Bremner, NZ med. J. No 84: 314-315, 1976.
- Fryjordet, Tidsskrift for Den norske lægeforsening nr. 29, 1979.



For ytterligere informasjon, se Felleskatalogen.



**MONTEDISON GROUP**  
**FARMITALIA CARLO ERBA**

Samme adresse/telf. nr. som før:  
Billingstadsletta 72, Boks 133, 1360 Nesbru  
Telf. (02) 790760

BRATLIE ELI OG OLA  
2250 ROVERUD

Returadresse:  
UTPOSTEN  
Risvollan Legesenter  
Boks 3616  
7001 Trondheim

# SURMONTIL® 10 mg

trimipramin

Justeringsdose  
med DELESTREK!

NYHET!

NYHET!



NYHET!

NYHET!

INDISERT  
ved

## ANGST og SØVNFORSTYRRELSER

Pakninger à 30 og 100 stk.  
M.h.t. bivirkninger, kontraindikasjoner og  
forsiktighetsregler: Se Felleskatalogen.

---

**RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR**

Skårerveien 150 · Postbox 20 · N-1473 Skårer · Tlf. (02) 70 55 20

