

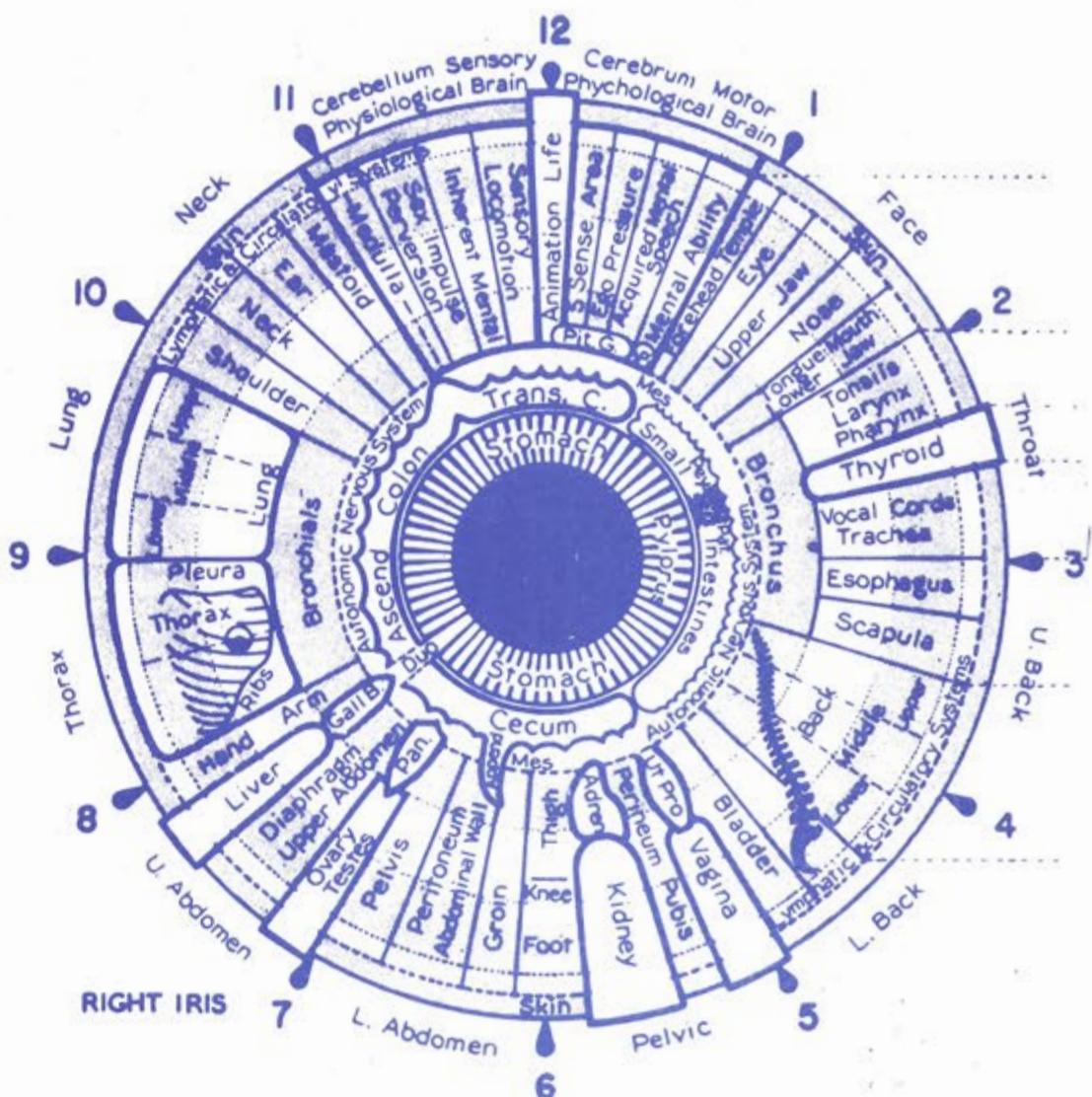
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 1

1983

ÅRGANG 12



AV INNHOLDET:

AV INNHOLDET:	
De som går	2
MARTIN HOLTE: Det utvidete almenmedisinske begrep	2
PETER JOHAN MOE: Medisin og alternativ medisin	3
BJØRN JOHAN ØVERBYE: Celleterapi, en terapeutisk mulighet	5
GEORG BENTZE: Noget om akupunktur	8
TRUDE DOLMEN: Helse er mer enn fravær av sykdom	10
PER FUGELLI: Målsetting fra praksisundervisningen	11

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:
Kåre Bjørn Huse
Abonnement
Kr. 100,- pr. år
Studenter og pensjonister
kr. 25,- pr. år

Trykk.
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

De som går!



Med dette takker vi for oss som Redaktører i Utposten gjennom fem år! Fem spennende år, år hvor faget almenmedisin har vokst seg ut av konfirmasjonsalderen. Foran oss står faget om noe ungdommelig usikkert (for hva våre store spesialist-brødre vil si om oss i Loen), så desto mer slagkraftig og sterkt, klar til å ta imot 2000 nye leger som vi sårt trenger.

Vi ser tilbake på en spennende tid, men registrerer samtidig at kraften i bladet nå må komme fra fornyende krefter. Vi tror derfor at det er et riktig valg når vi nå går fra borde.

Hva skal vi gjøre så? Vi skal verken forske eller undervise, verken herske eller administrere.

Vi fortsetter i vår praksis i høyblokka på Risvollan hvor vi gjennom 9 år har vært almenleger for bydagens befolkning. Jobben i Utposten har også gitt oss mange impulser som er oss nyttig i vårt individ-rettede arbeid.

Men---- vi vil følge utviklingen nøyne. Almen medisin som full spesialitet, rekruttering til faget, Norsk Selskap for almen medisin, akademisk styring av faget vil fortsatt være ting som kan få oss til å tenne og finne frem blyanten!

Vi ønsker bladet og dets nye redaktører lykke til på ferden.

Martin Holte - Aage Bjertnæs

Det utvidete almen-medisinske begrep

Kunsten å veilede behandlingssøkende, - trengende klienter til den til en hver klinisk situasjon best egnede behandling. Dette bør vel være essensen i et hvert lege-pasientforhold.

Hvordan er det med oss skolemedisinere - er vi faglig og kulturelt rustet til en hver tid å kunne gi det oppstimate behandlingstilbud? Er det for oss tenkelig at det beste behandlingstilbuddet ligger på grensen eller utenfor det skolemedisinske akseptable??

Er det slik at skolemedisinen fortsatt klamrer seg til gamle statiske behandlingsgrenser? - Behandlingsgrenser som ikke følger den kulturelle strømningen i befolkningen.

Er dette årsaken til at skolemedisinen er i ferd med å tape terreng i forhold til andre behandlingsretninger - healing, helhetsterapi, homøopati, meditasjon, naturmedisin, soneterapi.

Hvorfor er det ½ års ventetid på å komme til naturmedisinsk behandling (naturpatisk institutt) i Haugesund? Som lege har jeg 14 dagers ventetid. Klarer ikke skolemedisinen å dekke det behandlingsbehov pasientene har?

Hvorfor kjøper flere og flere pasienter dyre jernholdige miksturer i helsekostforretning i stedet for å spise de farmasøytske jernpreparatene legene anbefaler?

"Cured to death - the effects of prescription drugs" er tittelen på en nylig utkommet bok skrevet av seriøse forfattere.

Ja, kjære kollegør slik kunne jeg sitte å stille spørsmål i det uendelige om mitt
Forts. s. 13

Medisin og alternativ medisin

Ved professor Peter Johan Moe

Medisin og alternativ medisin er vanskelig å stille opp mot hverandre. Medisinen bygger i utstrakt grad på eksakt viten og vel dokumenterte forsøk, mens alternativ medisin later for det meste til å basere seg på tro. Medisinen bygger også på erfaring og praktisk skjønn. Dette gjelder særlig psykiske lidelser og kronisk lite traktbare lidelser.

Mange pasienter har naturlig nok vanskelig for å akseptere at det er begrenset hva som kan gjøres med deres mer eller mindre kroniske plager, og da er det fristende å forsøke noen av de mange andre tilbud som er på markedet ved ikke-leger. Her spiller vel også en rolle den begrensede tid mange leger har til sine pasienter.

Medisin praktiseres av et helsepersonell på ca. 120.000 med godkjent utdannelse. Alternativ medisin praktiseres av langt under 1% av det antall helsepersonell vi har. Dessuten har man tallrike former for alternativ medisin. Men det er fantastisk hva enkelte store leverandører har overkommet. Arno Wolles urter selges fra apotek i hele Norden, og det var iflg. ham selv innen 1979 skrevet tusenvis av artikler om ham og hans produkter, bare i danske aviser. På tross av de fleste former for alternativ medisin har eksistert i årtier til århundre, er det bare en håndfull leger i Norge som f.eks. later til å satse på homøopati.

Da vi har gode medisinske behandlingstilbud for de fleste alvorlige lidelser, og i mange av tilfellene livsviktige medisiner, er noe av det viktigste når det gjelder alternativ medisin å forsøke å begrense bruken til tilstander der det er svært begrenset hva medisinen kan utrette. Det ville også være ønskelig med en kvalitetskon-

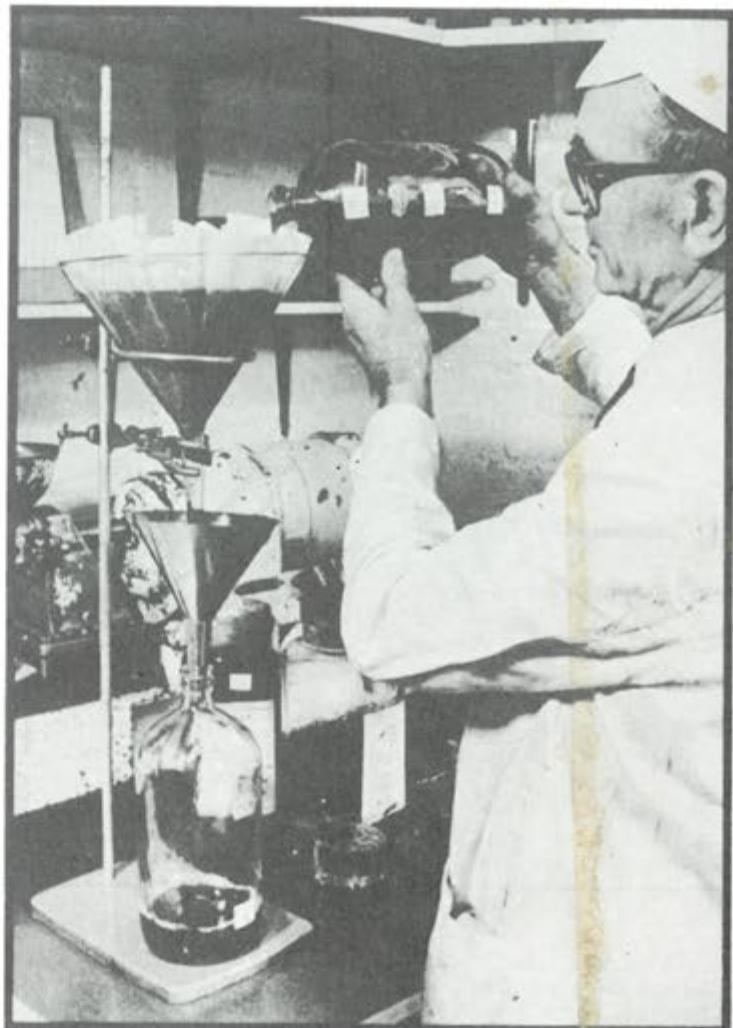
troll fra alle som tar til behandling mot betaling, og ikke minst at vi får kontrollerte forsøk, eller en eller annen objektiv vurdering, av behandlingsformer som homøopati, helhetsterapi, irisdiagnos-tikk, soneterapi, spektralanalyse, akupunktur, kiropraktikk o.s.v.

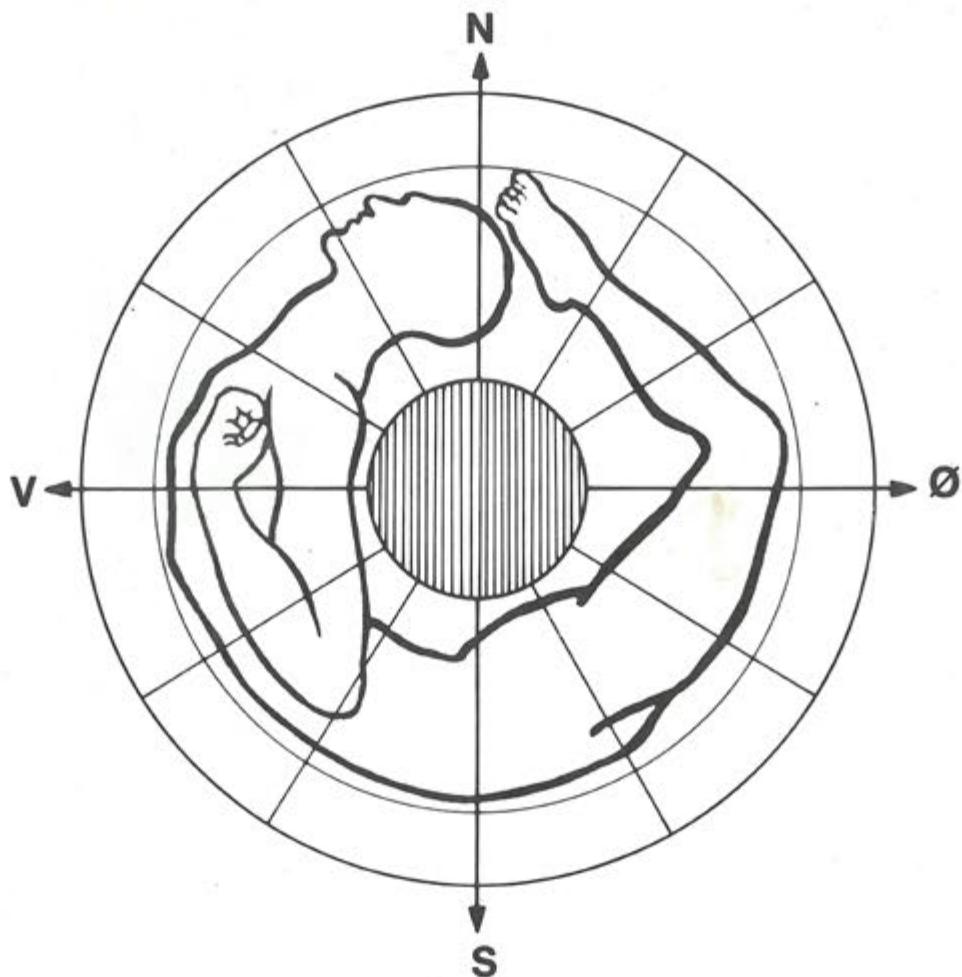
På i alle fall to områder innen alternativ medisin (Naturmedisin) er det muligheter for å vurdere resultatene av behandlingen:

1. Celleterapi er en behandlingsform som har vært benyttet i de siste ca. 50 årene mot nesten alle lidelser fra kreft, senilitet og til helt banale lidelser. Det begynte forøvrig med fornyelsesprosess for gamle menn. Ellers er vel

forsøkene på å behandle barn med Downs syndrom velkjent.

Jeg har lest de 3 (store) arbeidene som skaperen av celleterapi, kirurgen Niehans utgav selv. Det er tydelig at det har med tro å gjøre. Det foreligger ingen dokumenterte forsøk. Ingen medisinske instanser har funnet grunnlag på at påstanden om at celleterapi kan helbrede kreft. Både en amerikansk og en canadisk kreftkomisjon har bl.a. vært på Niehans klinik. Celleterapi er undersøkt i Vest-Tyskland i flere kontrollerte forsøk på barn med Downs syndrom, uten at det er funnet noen holdepunkter for en gunstig virking av terapien.





Det samme er offisielt oppnevnte kommisjoner i BDR kommet til (oversikter kan fås hos meg).

2. Sensasjonelle meddelelser om helbredelse av kreft ved bruk av naturmedisin

En del sensasjonelle meddelelser om helbredelse av barn med kreft har jeg undersøkt. De bør alle på feilinformasjon. Det er skjedd en dramatisk utvikling innen kreftbehandling hos barn, så vi idag helbreder over halvparten av alle barn som er blitt bra av kreft, og vi har meget sikre data på dem. Det fins ikke et eneste tilfelle som har blitt helbredet av naturmedisin. Utvikling i helbredelsesprosessen kan dokumenteres i hvert enkelt tilfelle. Arno Wolle har også i brev til meg meddelt at han aldri har sagt at han kan helbrede noen for kreft,

men han "har gjort tusenvis bedre." Hans naturmedisin har også vært gjenstand for et kontrollert forsøk i Danmark uten at det kunne påvises noen effekt av dem ved kronisk lymfatisk leukemi (Ugeskrift for Læger 141, 1979). På tross av at hans urter selges fra apotek i hele Norden som aldri før. Kreftpasienter har fått oppgitt noen nummer fra Wolle, og de får så resept på utene hos leger her i landet.

Homøopati er en filosofisk retning fra det 17. århundre med en komplisert behandling som neppe lar seg kontrollere. I en debatt jeg nylig hadde i sykepleiestudentforbundet med 3-4 homøopater, fikk jeg ikke fram noen dokumentert effekt av forskjellig naturmedisinske metoder, inklusiv homøopati, bare anek-

dotiske sykehistorier. Jeg fikk heller ikke noe svar fra dr. Jens Lund da jeg spurte han 2 ganger på lørdagsuniversitetet om han mente at homøopatisk medisin kan hindre smitte av kusma og meslinger, samt oppførselen av forkjølelse. Det er påstander fremsatt av en homøopat i Trondheim i en bok, Homøopati, som utkom i Trondheim i 1980.

Men på tross av at alternativ medisin bygger mer på tro enn realitet, så kommer vi ikke utenom at mange pasienter må ha "noe for sjelen." Dessuten ser det ut til at behandlingsformer som akupunktur og kiropraktikk har hjulpet mange pasienter med både akutte og kroniske plager. Det er imidlertid behandlingsformer som det skulle la seg gjøre å lage kontrollerte forsøk på.

Celleterapi, en terapeutisk mulighet

Av lege Bjørn Johan Øverbye. BSc.

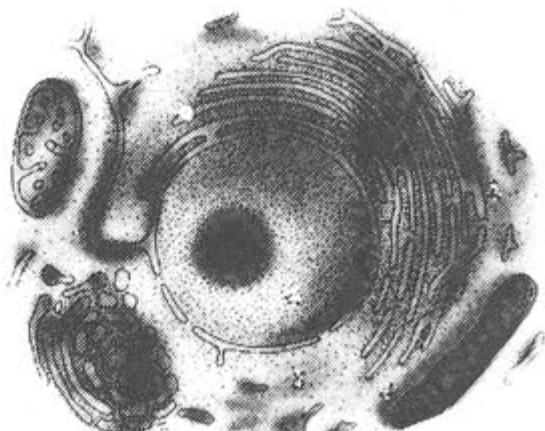
Historikk.

Den første transplantasjon av dyrisk vev til menneske skjedde i 1889 da den franske kirurg Brown-Sequard overførte testikler fra en rhesusape til sin egen bukhule i håp om å vinne eks-tra virilitet. I 1920-årene utførte østerrikske, russiske og sveitsiske leger ved Metchnikow-instituttet i Wien flere tusen slike implantasjoner av føtale kjertler fra dyr til mennesker, med positive kliniske effekter på en rekke endokrine dysfunksjoner. Således lyktes det forskere ved instituttet å helbrede så ulike tilstander som mb. Basedow, hypofysær dverg-vekst, amenorre, sterilitet mm.

Forskerne var den gang av den oppfatning at de føtale kjertler levde en viss tid i pasientens bukhule, men i 1931 fikk denne antagelse et skuff for baugen ved at Prof. Niehans fra Sveits oppnådde de samme resultater ved å injesjere homogenisert, dødt cellemateriale fra dyre-embryo (primært sau og ku, sjeldnere ape). Niehans trakk derfor den korrekte slutning at det var cytoplasmatiske bestanddeler i de føtale celler som hadde den vevs-stimulerende effekten, (med andre ord proteinfraksjonen og DNA/RNA fraksjonen).

Siden 1931 har denne observasjonen blitt etterprøvet grundig både klinisk og teoretisk. Mer enn 1500 vitenskapelige artikler er skrevet om CT, flere fra høyt vitenskapelig kvalifisert personer slik som nobelprisvinnerne Alexis Carell (transplantasjonsimmunologi 1912) Brunet og Medwar (transplantasjons-immunologi 1961).

Burnet var bl. annet involvert i CIBA's forskning på CT med Thymus ved immundefekter. Tross positive kliniske resultater gav CIBA til slutt opp sin thymus-forskning pga. vansker med å isolere den aktive substansen "thymosin".



Dette problemer er således CT. i et nötteskall: at klinikken er positiv, mens det ofte er teoretiske vansker med å forklare virkningen og å isolere effektive enkelt-substanser. Det sistnevnte har vært den store hindring for at industrien skal gå inn i C.T. da man øyner få eller ingen muligheter til patentlisens på terapeutiske substanser.

Metoden.

Den kliniske observasjon i C.T. er at ved injeksjon av dødt, føtalt vev fra et organ hos sau eller ku stimuleres det tilsvarende organ hos mottakeren. Avhengig av hvilke organer som trenger en stimulering velger man så ut en kombinasjon av vevimplantasjoner

fra ulike føtale organer. Dvs. en "like for like".

Preparatene består i det vesentlige av tre grupper.
a) Frossen-cellér (Gefrierzellen). Dette er føtale celler som er homogenisert og frosset ved -172°C innen 30 min etter at embryo er drept (ku). Hver injeksjon består av 100 mg vev i ringeracetat. Legen får tilsendt det nødvendige antall sprøyter i kjølekontainer og timer sprøyten opp før bruk. Materialer settes så intramuskulært i nates (optil 11 injeksjoner kan settes i en seanse hos voksen).

b) Tørkede- eller (Sicca-zell). Dette er frysetørrede celler der vannet er trukket ut av cellene under vakum (= "lyofilisasjon")

100 mg cellemateriale har på vakumampuller og når legen mottar ampullene løser han opp det nødvendige antall i istont saltvann og setter intramuskulært i nates.

c) "Makro-molekylær terapi": Dette er fraksjoner av føttale celler med en viss molekylvekt slik midlet i det vesentlige består av DNA/RNA fraksjonen og de større proteinene. Fraksjen løses i isotont saltvann og forsendes på ampuller som vanlige injeksjonsmidler. Flere fabrikker lager idag makromolekylmidler av ulike organer eks. Thymusekstrakt fra Mulli, Rhumalon (brusk + benmarg) fra Robefpharm m.m.

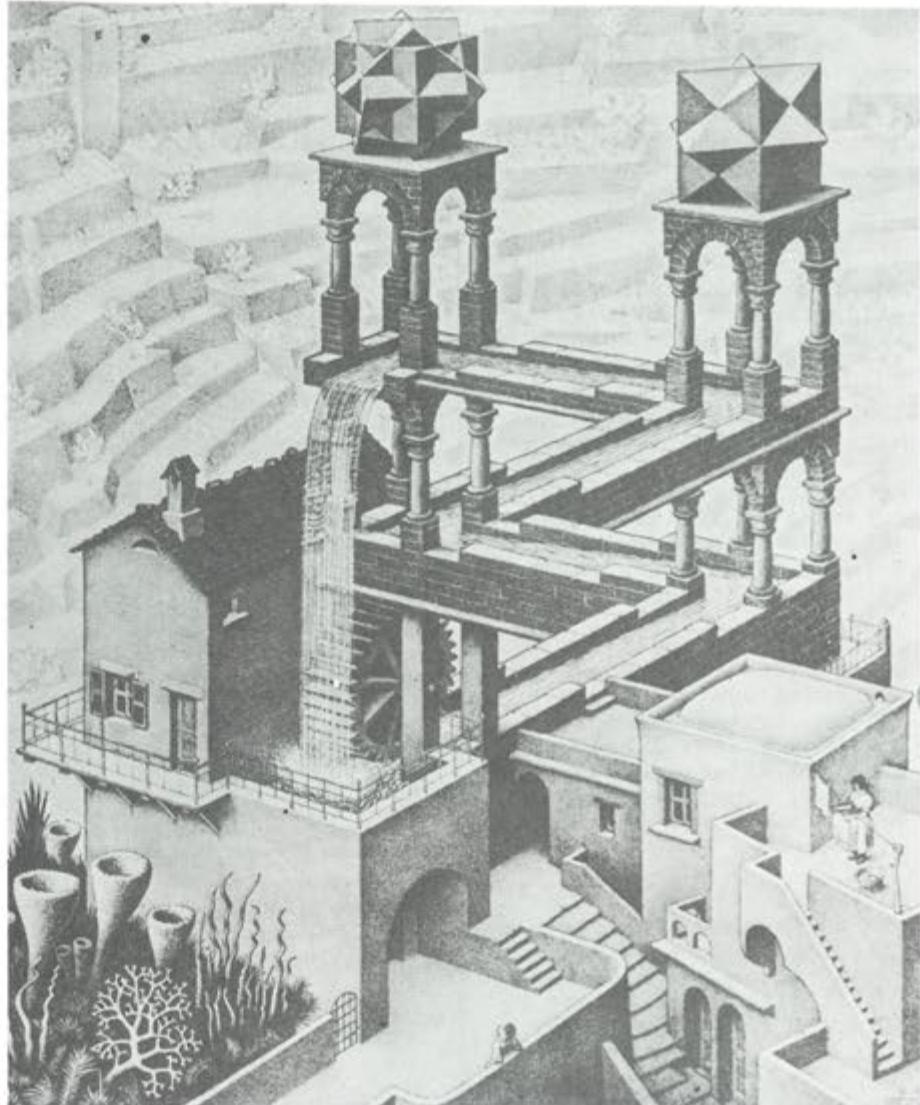
Sikkerhet.

De moderne CT- midler er industriprodukter som er underlagt offentlig kontroll av den Tyske Stat ifølge Legemiddellov av 1961. Denne loven krever en allergologisk, toksikologisk og mikrobiologisk kontroll av alle CT. midler. På grunn av den strenge offentlige kontroll og en indre kontroll ved fabrikkene er det siden denne dato (dvs. 1961) aldri observert dødsfall med CT tross 3,5 mill. behandlede pasienter i samme periode.

En viss lokal allergisk reaksjon sees alltid, men alvorlige allergiske reaksjoner sees meget sjeldent. Således registreres alvorlige allergier hos 1:1000 pasienter ved "tørr-cellér" og 1:100 000 pasienter ved "is-cellér". Ved makromolekylarterapi sees praktisk talt aldri alvorlige allergier.

Virkning.

Gjennom lysmikroskopiske studier, radioaktive tracerstudier og studier av vevskulturer in vitro vet man idag følgende: 0-60 min etter injeksjon brytes det injesjerte vev ned og fagocyteres av makrofager. 60 min - 2 timer etter inj. fagocyteres gjennomsnittlig 80% av disse mikrofagene av makrofager og innen 6dg. er 100 % av materialet fjernet fra injeksjonsstedet.



I makrofagene brytes materialet ned til makromolekyler a ca. 80-300 000 vektenheter som inkapsles i membraner. Dette materialet overføres så til pasientens egne celler. Overføringen er delvis selektiv dvs. at CT. av føttal lever gjenfinnes i pasientens leverceller osv. Selektiviteten varierer fra organ til organ. Efter at materialet er overført observeres en øket metabolisme i pasientens organ i en periode a 2-3 mndr. CT. er derfor en metabolisk stimulerende terapi, som må gjentas med 6 mndr. mellomrom.

Klinikk.

Efter 50 års erfaring og

flere kliniske reislag har CT. i dag utkristallisert fire egnede indikasjonsområder:

- Medfødte defekter (primært Downs syndrom, CP og endokrine sykd.)
- Degenerative vevssydommer (eks. Chirroser, arthroser)
- Devitalisering pga. alder (geriatri) eller stort fysisk/ psykisk press (eks. postoperative tilstander)
- Immunkonstillerende terapi ved cancer og immundefekter.

A belegge disse indikasjoner med kliniske data vil ta for lang tid i en krot artikkel, men jeg skal kort oppsummere

noen av mine egne erfaringer så langt.

Dessverre er CT. forbudt i Norge og mine erfaringer stammer derfor fra pasienter behandlet i utlandet, samtaler med kolleger, studiereiser, innsamlet litteratur over 3 år, samt mitt arbeide med Foreldreforeningen for Celleterapi.

Ved Downs syndrom og CP ser man først forbedring hos yngre pasienter (under 5 år), mindre i gruppen 5-12 år og sjeldent forandringer etter puberteten. I en oppsummering av Foreldreforeningens barn (behandlet 2 ganger hittil) så man bedre motorikk hos 50% av barna (de yngste nesten 100% av barna) økt oppmerksomhet, bedre sosialisering, samt økning i hodeomfang, høyde og vekt. Ved å teste barna på en såkalt Doman Delecato skala så vi hos yngre Down Syndrom pasienter en tilnærmet normalisering av den neurologiske modning.

Ved degenerative sykdommer har artroser i store ledd (initsil fase) vist seg velegnet. 2 års egne erfaringer med Rumalon (makromolekylær preparat fra Sveits) har vist 50% symptom og funksjonsbedring. Ved injeksjon av "isceller" i ledet ser man smertefrihet innen 24 timer som vedvarer 12 måneder. Bedringen sees også røntgenologisk. Ved leverchirroser (cave dekompenseerte) sees normalisering av lab. data innen en uke og holdbart i 4 mndr. Geriatriske indikasjoner slik som nedsatt blodsirkulasjon, decubitus, svekket sårtilheling mm. reagerer positivt på CT. Ved Cancer virker CT. med Thymus ekstrakt og føltalt mesenchymalt vev aktiverende på immunsystemet og tilslutter bedre beskyttelse mot bivirkningen av stråler og cytostatika. I pilotstudier ved Heidelberg Universitet har Renner påvist en dobbeling av den mildere overlevelse ved ca. mamma. cum metastase. I motsetning til vanlig terapi må CT ved slike tilstander gis hver 14. dag hvilket umulig gjør situasjonen for norske pasienter, med mindre midlene (Resomille fra Milcelle eller Resistocelle fra Cybila) skaffes inn i Norge etter særskilt tilladelse



eller ved egen import etter besøk hos utenlandske lege.

På grunn av den vanskelige situasjonen i Norge er CT. for tiden kun forbeholdt de pasienter som kan påkoste seg en utenlandsreise. Selve midlene er billige. For Isceller og trørceller som settes hvert halve år er prisen ca 700-1200 for midlene, for makromolekylære midler som kan importeres til Norge (i en viss grad) koster midlene ca. 20 kr. ukent i forbruk.

Det er å håpe at CT frigis i Norge i det denne metoden kan hjelpe en rekke pasienter som ikke får noe terapitilbud ved tradisjonell norsk medisin, samt at det øker utsiktene ved en rekke sykdommer når det kombineres med "vanlig" norsk terapi (jamnf. Cancer). Et nøtteskall kan man si det slik: Motstanderne mot CT. har størst makt men minst fakta om metoden, tilhengerne har mest fakta men minst innflydelse, en situasjon vi husker fra akupunkturdebatten i 70-årene. Det er å håpe at denne situasjonen forandres.

Anbefalt litt.

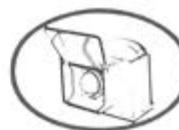
For faglig, vitenskaplig dokumentasjon:
F.Schmid. Zelltherapi,
Otto Verlag, Thun. Sveits
(439 sider).

Cytobiologische Revue,
Otto Verlag, Thun, Sveits
(6 nummer med forskning og
klinik pr. anno-høy standard).

Gali "Frisczelle", Gali
Verlag, Edenkoben. Tyskl.
(populært om celleterapiens
historie og klinik)

F.Schmid. Das Mongoloismus
Syndrom' Hansen & Hansen
Verlag (akademisk informativ
om Downs Syndrom med
bl. annet bruk av CT.).

B. Øverbye (Nytt håp for
handicappede) under utgivelse.
En bok om Downs syndrom med kapittel om
CT og eget avsnitt om CT-debatten i Norge.



Noget om akupunktur

Av Georg Bentze - Oslo

Jeg skal forsøke å gi her et (av plasshensyn grovt forenklet) inntrykk av akupunktur, hva forskjellen er mot skolemedisinens, og hva indikasjonene er.

Min vei dit startet med en følelse jeg hadde av personlig nederlag for hver gang jeg måtte gi tapt overfor et casus, selv om jeg hadde Rikshospitalets epi-krise å trøste meg med, en følelse som med tiden ble kronisk. Jeg reiste til Tyskland for å lære neuralterapi, og det var i den tiden jeg for første gang fikk høre om akupunktur.

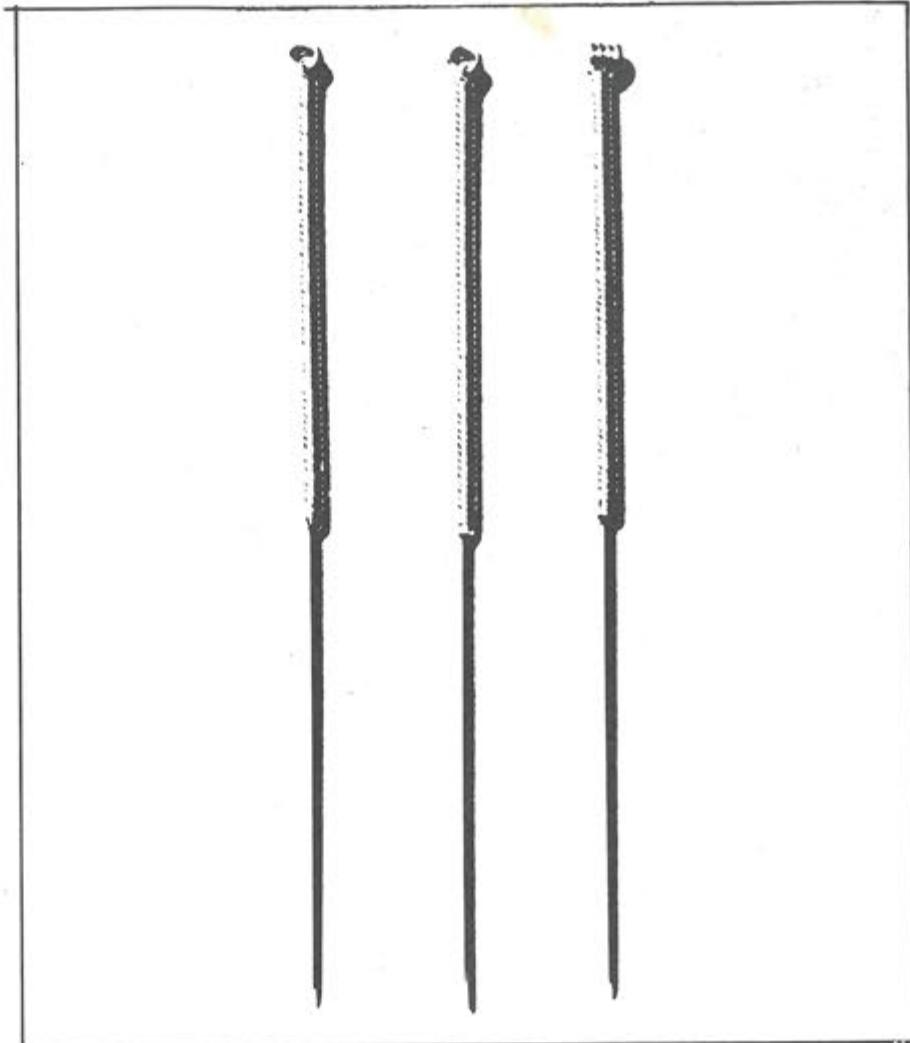
Jeg begynte å lese akupunktur med stor og vedvarende skepsis, inntil jeg kom bort i et "uforklarlig" tilfelle som hadde sin enkle og riktige forklaring i akupunktur-teorien. Da begynte jeg å studere for alvor.

Her vil jeg gi i telegram-stil enkelte opplysninger, skulle det bli ønske om det, kan vi komme inn på detaljer siden.

Den vesentlige forskjell mellom akupunktur og vestlig medisin er: Mens begge to kjenner til anatomi (normal og patologisk) og fysiologi (normal og patologisk), baserer skolemedisinens seg temmelig ensidig på det anatomiske, mens kinesisk medisin baserer seg enda atskillig mer ensidig på det fysiologiske. Forskjellen virker liten men er dog avgjørende.

Denne forskjell medfører en helt annen filosofisk-erkjennelsesteoretisk innstilling. Medisinens kausale analyse undersøker materien, nesten alt som ikke lar seg undersøke materielt, blir ignorert.

Den østlige medisins induktive syntese interesserer seg praktisk talt ikke for det materielle, kun for prosesser, forandringer, bevegelser, aktuelle (indre og ytre) påvirkninger.



I praksis vil dette si at skolemedisinens har sitt område i det materielle som er resultat av tidlige virkninger, men kan ikke diagnostisere en sykdom før disse virkningene har gitt materielle (anatomiske, histologiske, kjemiske) forandreinger. Akupunkturen kan ikke diagnostisere disse medmindre prosessen fremdeles pågår. Her har man altså det området som vestlig medisin er suveren i. Derimot kan akupunkturen diagnostisere og behandle aktuelle påvirkninger og kroppens reaksjon på dem, noe skolemedisinen ikke kan.

Disse to kan derfor ikke erstatte hverandre, siden en sykdom - f.eks. en arthrotiserende prosess i et hofteledd - kan opphøre

etter at den har ført til kontraktur eller ankylose, kun akupunkturen kan diagnostisere prosessen i det første stadiet, og i det andre stadiet er det også kun den som kan fortelle om prosessen har opphört eller ei. På den annen side er det kun skolemedisinens som kan gi opplysninger om den materielle forandring i denne fase, og i den siste (da prosessen ikke lenger pågår) er det kun medisinens som kan fortelle oss noen ting om saken. De to er altså komplementære, de utfyller hverandre.

Denne komplementære natur betyr dessverre en ting til: Siden de to synsmåter er polare motsetninger, ingen av dem kan se det

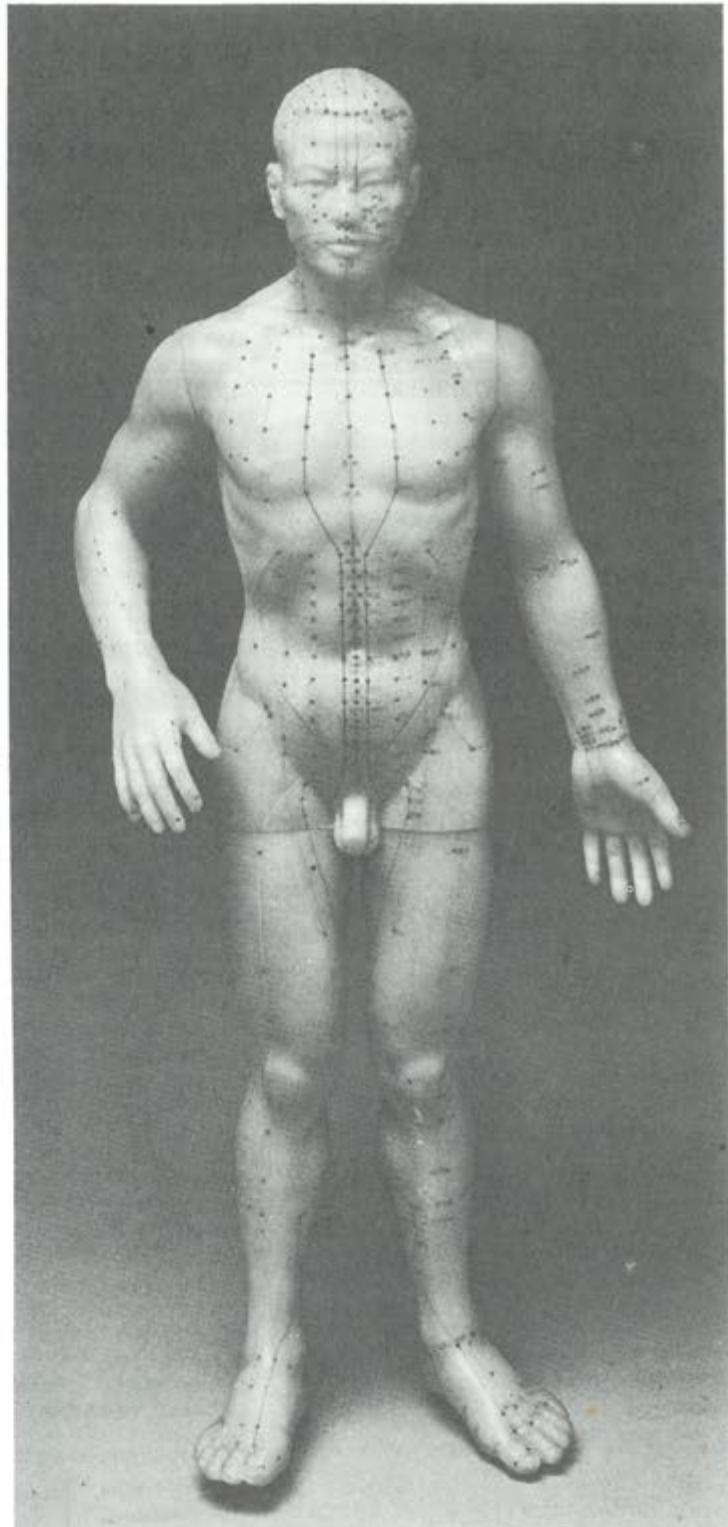
den andre ser. Derfor kan leger se at akupunkturen har virket hos visse pasienter, men de kan ikke se sammenhengene, virkemåten, derfor begynner de å anvende punkter uten grundig viden om hva de gjør. Dette er grovt uvitenskapelig og slett ikke ufarlig.

Indikasjonsområdet følger av det som ble fortalt. Funksjonsforandreinger fremfor alt (ikke "funksjonelle", dvs. psykisk betingete sykdommer!), helst uten (vesentlige) anatomiske forandringer, som f.eks. migraine, - alle sykdommer som passer inn i denne definisjon. Også smertetilstander, så sant det ikke er anatomiske forandringer som betinger dem eller holder dem vedlike (som f.eks. postoperative forandringer). Men i smertetilstander vil jeg trekke grensen på et punkt: Hvis man kan påvirke årsaken, er det en mening med det, men hvis man ikke kan det, er det mingsløst å erstatte analgetika med høyt kvalifisert arbeid som kun kan gi kortvarig lindring.

Også leger må lære seg akupunktur før de utøver den, og den er vitenskap like stor og komplisert som skolemedisinien. Det er egentlig spesielt leger med sin innsikt i mekanismenes kompliserte natur som burde være de første til å forstå dette, og stilte faglige krav overfor seg selv. Det er dessverre ikke tilfelle.

Opplæringen i akupunktur er en lang og smertefull prosess, siden man ikke kommer langt med å pugge. Man må lære å tenke på en annen måte enn det man har vært vant til, enda vanskeligere er det for leger som allerede har lært å tenke på en bestemt måte om sykdommer, patomekanismer og terapier, de må helst kunne gjøre det fortsatt på sin gamle måte, mens de samtidig må kunne se de samme tingene i et helt annet lys også. Det er mulig, men lett er det ikke.

Det er en del av akupunkturens stoff som man kan lære alene, ut av bøker, men det er svært vanskelig, det er sikkert mye bedre



og lettere å ta undervisning. Det er en del, spesielt pulsdiagnosikken, som ikke kan læres uten veiledning og kontroll.

Jeg vil påstå at akupunktur er både meget interessant og svært viktig. En hver praktiserende lege vet om alle de pasienter som går med usikre symptomer og en feilaktig diagnose ("psykisk") i årevise og spiser nervetabletter,

hos mange av dem viser det seg til slutt, da de materielle symptomer endelig kommer, at de hadde en ganske vanlig sykdom som krevede en helt annen behandling. Ikke få av disse mennesker blir narkomane eller medisinmisbrukere.

Aktualiteten av disse spørsmål tilsier også at man bør se på alt som kan hjelpe oss med å unngå disse feilgrep.

Helse er mer enn fravær av sykdom

Trude Dolmen

Maharishi-institutt for kreativ intelligens- mik. Trondheim

Vi står idag på terskelen til en ny og spennende epoke når det gjelder kunnskapen om mennesket.

Moderne vitenskap har for lengst begynt å forstå at kropp og sinn ikke er to isolerte deler vi tilfeldigvis er sammensatt av, men at de gjensidig påvirker hverandre i meget stor grad.

Informasjon og kunnskap om kroppen og den materielle verden er det ingen mangl på, men sinn og bevissthet - det skjønner vi jo, men hva er vel bevissthet? Etter hvilke lover fungerer den? Og hvordan er forholdet mellom sinn og kropp, bevissthet og materie?

Mange spørsmål dukker vel opp når vi begynner å tenke oss om, og det er bare få år siden moderne vitenskap tok dette emnet opp for alvor. I dag kalles det med et fint uttrykk "BEVISSTHETSTEKNOLOGI," og forskningsresultater dukker opp i hundretall.

Maharishi European Research University - MERU - har forsket på resultatene av teknikken Transcendental Meditasjon i ca 10 år nå. Over 700 forskningsresultater foreligger fra forskningsinstitutter over hele verden, og nye kommer stadig til. 2,5 mill. mennesker har lært teknikken, (ca 30.000 i Norge, ca 3-4000 i Trondheim) og det er ca 1.500 hovedsentere på verdensbasis:

Hva var det så som gjorde at moderne vitenskap fikk interesse for begrepet bevissthet?

Jo - det var først og fremst via fysikk, og de seneste oppdagelser innenfor materiens grunntilstand.

For å forklare vakuumlahstanden - grunntilstanden for alle fysiske former, tok vitenskapen i bruk nøyaktig de samme ord og begreper som de eldste skrifter vi kjenner til idag - vedasene - bruker for å forklare den menneskelige bevissthetens grunntilstand - ren bevissthet.

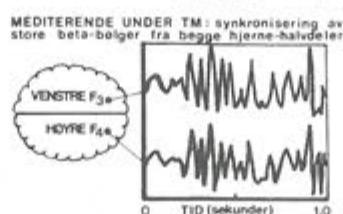
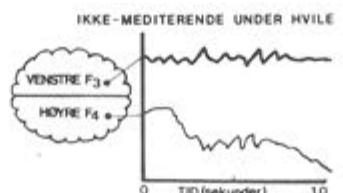
Var det en sammenheng? Har alt som eksisterer, både fysisk og psykisk et felles grunnlag, eller er det kun 2 sider av samme sak?

Dette fikk naturligvis interesse og vitenskapen har i et lo-år drevet intens forskning på bevissthet og dens forhold til kroppen.

Termodynamikken sier at når temperaturen reduseres i et lukket system, synker entropi (uorden, kaos) - og orden og symmetri øker. I tilstanden av minste aktivitet er orden og symmetri perfekt. I motsatt fall, når temperaturen øker, øker uorden og kaos, og på et visst nivå bryter systemet sammen.

Vi går nå over på området av bevissthet, og det er her teknikken Transcendental Meditasjon kommer inn. Det er ganske enkelt en eldgammel teknikk (5000 år gammel tradisjon) om hvordan redusere aktiviteten i sinnet slik at en oppnår en tilstand av minste aktivitet - ren bevissthet.

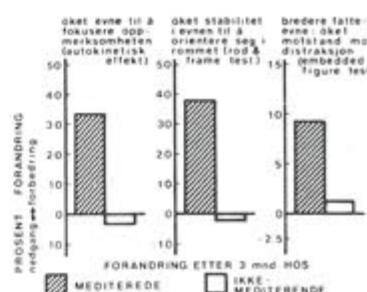
Pga. det gjensidige forholdet mellom sinn og kropp vil orden introdusert i bevisstheten automatisk påvirke kroppen. Vi bruker TM som en teknikk for å la sinnet erføre sin egen grunntilstand, en tilstand av perfekt orden hvor sinn og kropp er i uendelig korrelasjon (samsvar).



HVILETILSTAND
HJERNEBØLGE-
SYNKRONI

Termodynamikken sier også at når temperaturen reduseres i et system, støtes urenheter bort og vi får et homogent system (-2730 absolute nullpunkt). Når dyp hvile - reduksjon av aktiviteten - blir introdusert i nervesystemet vårt, løser stress og spenninger seg opp, og større ressurser av bevisstheten tas automatisk i bruk.

Det vanlige menneske bruker kun 5-10% av sin bevissthet (mentale kapasitet) - TM er en teknikk hvis mål er å ta hele bevisstheten i bruk.

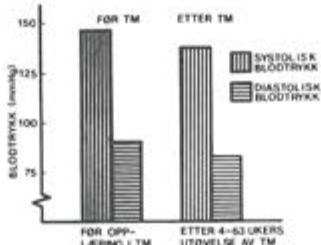


FORBEDRET OPP-
MERKSOMHET...
ØKT SKAPEREVN

Innenfor helsevesenet vil en teknikk som TM være av stor nytte. Fra den dagen et menneske begynner å meditere vil han løse opp litt mere spenninger enn det han påfører seg, og starter dermed en gradvis utvikling av seg selv. Vil ikke dette lette en leges arbeid? En lege arbeider hovedsakelig på det fysiske plan - TM arbeider på det mentale plan, hvorfor ikke et lite samarbeid?

Til slutt: TM er en meget enkel teknikk. Den kan læres av absolutt alle fra 10 år og oppover (barneteknikk fra 4-10 år). Den er ikke basert på noen tro, livsoppfatning eller spesielle ferdigheter. Kurset går over 6 dager innenfor 1 uke.

Vi inviterer med glede alle som er interessert til å diskutere dette emnet nærmere, (og gjerne til å starte forskningsprosjekter også her i landet) til



TM. virkning BT.

å ta kontakt med oss.
Vitenskapelige forskningsresultater + referanser kan skaffes.

Maharishi Institutt for
Kreativ Intelligens -
MIKI
Elgesetergt. 45
Trondheim.
Tlf.: 939600 tirsdag og
torsdag 14-16.

Målsetting for praksisundervisningen

Innlegg ved orienteringsmøte om praksisundervisning
i primærhelsetjenesten, Bergen 6.11.82.

Av Per Fugelli

Lenge ble almenmedisinen sett på, ikke som et fag i seg selv, men som et lappeteppe, sydd sammen av hverdagsdeler fra søndagsdisiplinene, - de egentlige fag, indremedisin, nevrologi, pediatri, gynækologi osv. Dette syn har preget universitetene og de medisinske studieplaner frem til nylig. Vel het det at formålet med studiet var å dyktiggjøre kandidaten til alminnelig legegjerning, altså almenpraksis, men dette mente man vel ivaretatt ved følgende regnestykke: Den til hverdagen devaluerte og i folke-dypet nedsenkede sum av faget hud, faget øye, faget øre-nese-hals m.m. er lik almenpraksis. Derfor, hvis studentene måtte til uketjenesten på universitetsklinikene og leste spesialistenes lærebøker, - da ville de til slutt beherske almenpraksis. Dette har vært en vanlig holdning, og den lever den dag i dag.

Almenpraktikeren selv har til alle tider visst at denne betraktelsesmåten er gal. Det de ikke lærte i den medisinske skole fikk de snart erfare ute i den medisinske jungel. Litt etter litt, ofte alene med prøving og feiling, gjennom usikkerhet og vansker har almenpraktikeren på egen hånd måttet lære sitt fag. Hver og en av de 2000 almenpraktikere i landet har

måttet gjøre det, og de forvalter i dag et felles gods av holdninger, kunnskaper og ferdigheter som til sammen bygger et stort, viktig og særdeles selvstendig fag.

Slik har det vært til alle tider, men først i den senere tid har vi klart å tydeliggjøre dette, at almenpraksis er et fag i seg selv med oppgaver og arbeidsmåter som skiller seg fra sykehuset. Først de siste 10 år kan vi si, har vi nådd faglig modning og selvtryghet som har gjort identitetsskapende arbeid, forskning og undervisning mulig. Kort og enkelt: Mens vi før bedømte et almenmedisinsk problem ved å spørre "ville dette være holdbart i sykehuset? og svarte "nei" og skammet oss litt, - spør vi nå "er dette god almenpraksis?" sier "ja" og er trygge på det.

De almenmedisinske institutter har vært fortropper i denne utviklingen. Fremfor alt har deres forskning vært med på å profilere faget. Instituttenes innsats i videre- og etterutdanningen - og dette gjelder særlig Bergen - har også bidratt til å styrke selvbildet og gi tro på egne krefter.

Svakest, synes jeg, har vi evnet å få almenmedisinen inn i grunnundervisningen. I Tromsø er det nokså bra,

takket være at de kunne få en helt ny ordning og at byggmestrene var driftige og fremsynte. Men i Oslo, Trondheim og Bergen er det sørget for dårlig. Det har mange forklaringer. Dels at vi er nykommere i fast etablerte, lite påvirkelige fakultetsstrukturer. Dels at dette faget begynte å vokse samtidig med at pengene begynte å synke. Dels at vi er alt for få, -2-3 universitetslærere på hvert institutt, - det gir seg selv, - vi kan umulig makte å gi almenmedisin den plass faget fortjener i studentundervisningen. Dette er ille, ikke minst i disse tider, hvor 1980-årene proklameres som primærhelsetjenestens tiår og hvor sykehusene stenges, slik at halvparten, kan hende flesteparten av de studentene vi nå utdanner vil måtte arbeide i almenpraksis. Almenmedisin burde være et hovedfag, og jeg opplever det fortsatt som et bifag. Men her er ett lyspunkt i mørket, og vi er nå fremme ved dagens tekst, jeg tenker på utplasseringen. Jeg tror alle vi som arbeider med studentundervisning har følt utplasseringen som et gjennombrudd. To uker, fire uker, åtte uker arbeidende sammen med en almenpraktiker i en by eller bygd, - for første gang får studenten et ekte bilde av hva dette faget består av. Vi kan

saktens forelese om almenmedisin i auditoriene, og det bør vi også som en introduksjon til praksistiden. Men alene, uten uketjeneste blir teorien tørr og fjern. Den får først mening når studentene møter den igjen, iført kjøtt og blod, ute i den almenpraktiske felt. Det er som kirurgen, han må også lese og høre foredrag, men jobben må han lære på operasjonsstuen. De almenmedisinske håndgrep og teknikker kan studenten bare lære godt nok ute på almenpraktikerkontorene.

Målsetting

Hva er det så vi vil de skal lære i praksistiden, - som er så viktig at det brettiger ekstra utgifter og administrative oppgaver for fakulteter som fra før er i økonomisk og byråkratisk nød.

Tre ting:

1. Praksisundervisningen skal gi studentene kunnskap og erfaring i almenpraksis.
2. Den skal gi studentene innsikt i hvordan de øvrige delene av den lokale helse- og sosialtjeneste fungerer.
3. Utpllasseringen skal bringe studentene forståelse av hvordan fysiske og sosiale miljøfaktorer påvirker helsen i lokalsamfunnet.

Vi skal se litt nærmere på hvert av disse formålene.

1. Almenpraksis.

Det viktigste mål med utpllasseringen er å lære studentene hvordan sykdommene ytrer seg og håndteres utenfor sykehus. Før praksistiden stammer all deres kliniske erfaring fra det lille, merkverdige 2-3% utvalg av sykdommer som ender opp i universitetsklinikene.

Diagnostiske resonnementer og terapeutiske prinsipper, basert på dette selekerte materiale, kan ikke uten skade for pasienter og helsevesen overføres på almenpraktikerens pasientpopulasjon. Her vil studentene møte de hyppige hverdagssykdommer i deres alminnelige yttringsformer, og her vil studentene lære at diagnose og terapi av

disse tilstander avviket og skal avvike fra det som doseres på universitetsklinikene. Hoste skal utredes og behandles annerledes i almenpraksis enn på en lungeavdeling. Hodepine bærer bud om ganske andre tilstander i almenpraksis enn på en nevrokirurgisk avdeling. Dyspepsi innevarsler andre sykdommer hos oss enn på en seksjon for gastroenterologi. Dette er kanskje det nytigste studentene får ut av praksistiden, å få trening i å justere den diagnostiske kalkulator fra de universitetskliniske sannsynligheter til de primærmedisinske odds.

Et ytterligere skille mellom den almenmedisinske og den sykehusmedisinske klinik oppstår ved at almenpraktikeren arbeider med hele den mangfoldige folkesykelighet. Han møter om lag 3000 nye sykdomstilfeller hvert år, spredt på 5-6 store og 10-15 små diagnosegrupper. Mange av disse sykommene ser man aldri i sykehuset: De banale infeksjoner, plager fra muskler og ledd, de nervøse besvær, de sosiale mistilpasninger. Dette ønsker vi også at studentene skal få en smak av, samtidig med innsikt i det tredje trekk i den almenmedisinske, kliniske profil:

Førstelinjepreget. Dere vet almenpraktikeren møter mange sykdomstilfeller i sin tidlige emning. Det uferdige sykdomsbildet, uklart og vanskelig tydbart, er en viktig og karakteristisk del av den almenmedisinske klinik. Engelske kartlegninger klargjør at mellom 30 og 50% av de primærmedisinske helseproblemer er udiagnosiserbare etter tradisjonelle, sykehusbaserte klassifikasjonssystemer ved første og ofte eneste konsultasjon. Dette må også studentene ut på almenpraktikerkontorene for å erfare.

Den fjerde bestanddel i den almenmedisinske klinik heter kontinuitet. Det diagnostiske og terapeutiske potensial som ligger i dette, - å kjenne pasientene over tid, - er også et mål å la studentene få oppleve mens de er ute. Det samme gjelder den helhetlige arbeidsmåte som følger av at almenpraktik-

eren ikke bare har faglig ansvar for somatikken, men også for de psykiske og sosiale følger av sykdommen, - og ikke bare for en løsrevet del av dykdomsforløpet, men hele utviklingen fra begynnelse til slutt.

Endelig prøver vi å bibringe studentene hvilket faglig redskap almenpraktikeren har i sin miljøkunnskap, - sin innsikt i familer, i boforhold, i yrkesbelastninger osv.

Kan hende viktigere enn alt dette, er at uketjenesten gir studentene en første lærdom i det vi kan kalte pragmatisk medisin. Og med det mener jeg den kynigheten og ferdigheten det er å omforme akademisk, teoretisk viten til jordnær, gjennomførbar handling. Dere vet, i det fargerike og merkverdige skuespill som heter folks hverdag, spiller vi, legene og medisinen, motsatt vår tro, ofte biroller. Ute i den folkelige jungel vil mange andre krav og påvirkninger enn våre gjøre seg gjeldende. Stadig må almenpraktikeren gi avkall på teoretiske idealløsninger og finne gyldne middelveier, hvor retningen dels bestemmes av det teoretisk korrekte, men mest av det praktisk oppnåelige, hvilket almenpraktikeren er spesialist i å forstå seg på.

Skjøter vi sammen disse særpregene:

Ulikheter i odds, det bredspektrede sykdomspanorama, førstelinjepreget, kontinuitet, miljøkjennskapet, pragmatikerpreget, - danner et bilde frem av en genuin almenmedisinsk klinik, - sykdommer og løsningsmåter flertallet av



"We don't seem to communicate anymore."

studentene skal arbeide med hele sitt yrkesliv, men som de ikke lærer neverdig om på sykehuset og derfor må ut i almenpraksis for å få tak i. Å sikre studentene denne erfaring er hovedformålet med utplasseringen.

2. Det andre mål er at studentene skal få oppleve samarbeidet med det øvrige helse- og sosialstellet og slik blant annet få innsikt i almenpraktikerens koordinasjonsfunksjon.

Videre skal studentene trenes i kynlig samvirke med sykehus og spesialister, herunder utforming av et skikkelig henvisnings- og innleggelsesskriv. Et viktig delmål her er å la studentene få oppleve hverdagen til almenpraktikerens viktigste medarbeidere på lokalplanet, - hjemmesykepleier, helsesøster, sosialkurator, trygdekontor m.m.

3. Det tredje mål med praksisundervisningen er av samfunnsmedinsk art. Vi håper å vise studentene på en konkret og lokal måte hvordan levekår, fysiske eller sosiale, er med på å forme folks helse og ikke minst hva helsevesenet, blant annet gjennom Helserådet, gjør med dette.

«Åpenbar misforståelse»

I Utpostens jubileumsnummer finner jeg artikkel av professor Chr.F. Borchgrevink der han uttaler at "understegnende skal nylig ha uttalt at primærleger på fast lønn ikke gjorde en 100 pst. innsats". Jeg går ut fra at professor Borchgrevink uttaler seg på grunnlag av pålitelige kilder, slik en professor i medisin bør gjøre. Jeg har ikke hatt anledning til å kontrollere kildene, men kan ikke vedstå meg synspunktet. Ett eller annet sted må det foreligge "åpenbar misforståelse" for jeg mener ganske enkelt ikke at leger på fast lønn gjør dårligere innsats enn andre.

Med vennlig hilsen

Chr. Erlandsen
Stortingsrepresentant.

Forts. fra s. 2

forhold til skolemedisinen som fag på den ene siden og pasientenes behandlingsbehov på den andre siden.

Er det ikke på tide at også våre medisinske akademier begynner å reflektere?

Legekunst - et forgylt ord i gamle dager - vi hører ikke så meget om denne kunsten lenger - begrepet er falmet og forslitt.

Er man som lege i besittelse av den gave og kunnapsrikdom hvor man kan individualisere et behandlingstilbud - kan man vel tillate seg å hente fram igjen dette begrepet - like blankt og skinende men i en annen ramme. For jeg tror det er en kunst å kunne møte pasientens behandlingsbehov fra den rette synsvinkel.

La meg forklare hva jeg legger i å individualisere et behandlingstilbud. Det kan kanskje også være med på å belyse hvorfor jeg stiller alle disse spørsmål.

La oss ta utgangspunkt i det mest dagligdagse av alle problemer - vond rygg.

Følgende eksempler på skolemedisinsk aksepterte konsernative behandlingsformer står til rådighet:

- fysioterapi
- mensendickterapi
- kiropraktikk
- akupunktur.

En pasient med mangeårige ryggplager med 100 fysikalske og 50 kiropraktiske behandlinger bak seg har fortsatt sine plager. Pasienten blir så henvist til mensendickbehandling og etter 12-18 behandlinger begynner pasienten å bli bedre. Hvorfor?

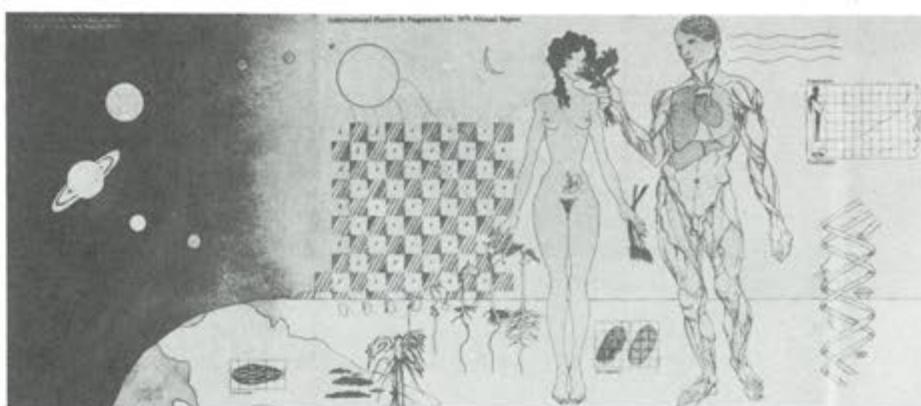
En annen pasient har kanskje prøvet alle 4 behandlingsformer uten å få hjelp. Blir så henvist til sone-terapi og opplever betydelig bedring - igjen hvorfor?

Den tredje pasienten blir først bra etter å ha begynt å meditere.

Disse eksemplene viser at vi må bli flinkere til å føle oss fram til mulige årsaker til plagene. For å kunne dekke det individuelle behandlingsbehov må vi også av og til være villig til å bryte de eksisterende skolemedisinske behandlingsgrenser uten å gå på akkord med faget almenmedisin.

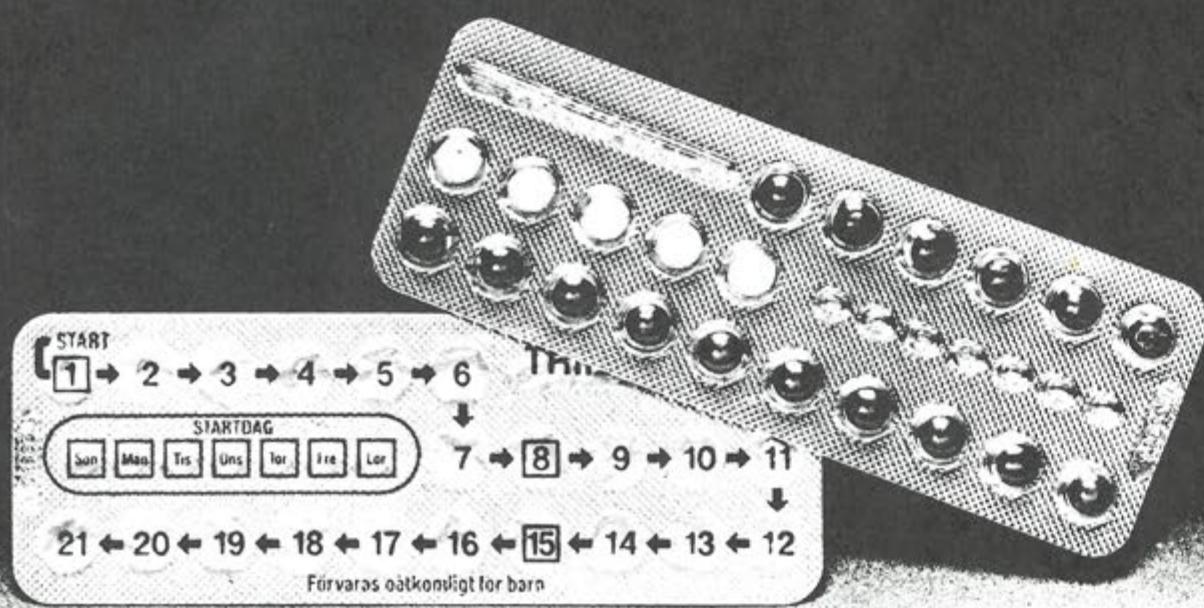
Konsekvensene av dette må bli et kritisk samarbeid - ikke motarbeidelse av andre terapeutiske retninger.

Kan vi kalte det det utvidete almenmedisinske begrep?



TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE



TRINORDIOL gir bedre blødningskontroll og like høy sikkerhet som lavdose-pillene – men med **40% lavere gestagenmengde**.

- Høy sikkerhet
- Cyklustilpasset hormontilførsel
- God blødningskontroll

TRINORDIOL har lavest hormonmengde, og er i størst mulig grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmønster under cyklus.

TRINORDIOL - 80-årenes p-pille

* etinyløestradiol + levonorgestrel

1.10.81

KabiVitrum
Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
Telefon: (02) 54 29 50



TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE

Antikonsepsjonsmiddel

Referanser

- (1) LACHNIT-FIXON U: Münch. med. Wschr. 121, Nr. 43; 1421-1426, 1979.
- (2) ZADOR G: Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 88: 43-48, 1979.
- (3) BRIGGS M: The Proceedings of a special Symposium held at the Xth World Congress on Fertility and Sterility, Madrid, July 1980.
- (4) LARSSON-COHN U et al: Fertility and Sterility, vol. 35, No. 2, Feb. 1981.

TABLETTER:

1 brun tablett inneholder: Etnylostradiol 30 µg + levorgestrel 50 µg, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.

1 hvit tablett inneholder: Etnylostradiol 40 µg + levonorgestrel 75 µg, const. q.s.

1 gul tablett inneholder: Etnylostradiol 30 µg + levonorgestrel 125 µg, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.

EGENSKAPER:

Klassifisering: Trinordiol representerer en ny generasjon kombinasjonspiller av trefasetypen med lav østrogen- og progestogen-mengder.

Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervixsekretet således at spermienes passasje vanskelig gjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon.

Absorbsjon: Absorberes hurtig og nesten fullstendig. Maksimal serumkonsentrasjon: Etnylostradiol ca. 1 time og levonorgestrel 1 - 2 timer etter oral innslag.

Halveringstid: Etnylostradiol ca. 26 timer og levonorgestrel ca. 24 timer.

Metabolisme: Begge hormoner metaboliseres i leveren.

Utskillelse: Via urin og faeces.

Ovgang i morsmelk: Begge stoffer passerer over i morsmelken, men i så små mengder at risiko for å skade barnet neppe foreligger ved terapeutiske doser.

INDIKASJONER:

Antikonsepsjon.

KONTRAINDIKASJONER:

Absolute: Østrogenavhengige tumorer. Tromboflebit eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Utpreget familiær disposisjon for kardiovaskulære sykdommer eller trombose. Aktiv leversykdom. Leverfunksjonsforstyrrelser. Dubin-Johnson - syndrom, Rotor-syndrom, Graviditetscisterus. Sicklecellaneameti. Herpes gestations. Udiagnosert genitalblodning. Graviditet. Residuende urinveisinfeksjoner.

Relative:

Ikke etablert regelmessig menstruasjon. Amming.

BIVIRKNINGER:

Trinordiol er en cyklustilpasset p-pille med lavt hormoninnhold, i størst mulig grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmonster under cyklus. Bivirkningsfrekvensen er lav sammenlignet med p-piller med konstant sammensetning. Uregelmessige blodninger kan forekomme, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Amenore av varierende lengde kan oppføre etter seponering. Mastalgi, kvalme, hodepine, migrene, edemer, tretthet, nedstemthet, føtt hår og benkramper kan forekomme. Endring av vekt og libido. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Tilfelle av leverforandringer (adenom, fokal nodu-

lær hyperplasi) er beskrevet. Symptomer kan være akutte buksmerter eller tegn på intraabdominal blodning. Gallesten er noe hyppigere hos dem som anvender p-piller av kombinasjonstypen.

FORSIKTIGHETSREGLER:

Som for alle preventivtabletter gjelder at man før behandlingen gjennomgår gynækologisk undersøkelse (omfatter også mammae). Sukker i urinen og blodtrykk måles. Dette bør gjentas en gang hvert halvår. Forbindelse mellom bruk av perorale antikonsepsjonsmidler og tromboemboliske komplikasjoner anses som sannsynlig. Oppfør tegn på tromboemboli under behandlingen skal preparatet umiddelbart seponeres.

Bruk av preventivtabletter må også avbrytes 14 dager for kirurgiske inngrep. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte-kar-sydommer. Denne risikoen er ytterligere øket hos kvinner som røker og hos kvinner som er over 35 år. Det advares mot samtidig røyking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Oppfør migrænelignende hodepine og/eller synsforstyrrelser skal behandles avbrytes. Hos kvinner med sykdommer som erfaringsmessig forverres under graviditet bør preventivtabletter ordineres under streng legekontroll. Anvendes med forsiktighet ved epilepsi, otosklerose, multipel sklerose, porfyri, tetani, hypertoni, diabetes, myoma uteri og nyrelidelse. Klinisk-kjemiske normalverdier og tester kan endres. Chloasma kan oppføre. Uteblir blodningen to ganger etter hverandre, bør det utelettes om patienten er gravid eller ikke. Bør ikke anvendes hos kvinner med tidligere oligomenoré eller amenoré, da slike kvinner vil være disponert for langvarig amenoré med infertilitet etter at preparatet er seponert. Kvinner med regelmessig menstruasjon kan også risikere en slik komplikasjon som imidlertid er sjeldent, og vil i de fleste tilfelle reagere gunstig på behandling.

INTERAKSJONER:

Interaksjoner sees med perorale antikoagulantia, tenytoin, rifampicin og vitamin B₁₂ (1 : 55 e, steroider, antikonsepsjonsmidler, perorale).

DOSERING:

Antikonsepsjon: 1 tablett daglig i 21 dager fra cyklus 1. til 21. dag. Etter 7 tablettdøgn følger ny behandlingsperiode. Oppstartningsfasen: Begynn alltid i forbindelse med en menstruasjon. 1 brun tablett daglig i 6 dager med start 1. menstruasjonsdag (1-6 på brettet). Deretter 1 hvit tablett hver dag i 5 dager (7-11). Resterende 10 gule tabletter tas de neste 10 påfølgende dager (12-21). Fortsatt behandling: Etter inntak av de første 21 tabletter gjøres 7 dagers opphold.

PAKNINGER OG PRISER:

1 tablettdøgn inneholder: 6 brune, 5 hvite og 10 gule tabletter.

3 brett x 21 stk.
6 brett x 21 stk.
13 brett x 21 stk.

NB!! Begynn
alltid 1. blødningsdag
også ved overgang
fra andre p-piller.



KabiVitrum
Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
Telefon: (02) 54 29 50



Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

SURMONTIL® 10 mg

trimipramin
Justeringsdose
med DELESTREK!



INDISERT
ved
ANGST og SØVNFORSTYRRELSER

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

RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR

Skårvævelen 150 . Postbox 20 . N-1473 Skåre . Tlf. (02) 70 55 20





Til deg som informerer om Trinordiol:

Plansjens forside kan brukes som hjelpemiddel ved pasientinformasjon. Teksten på denne siden er tenkt som en huskeliste over de viktigste punktene i informasjonen.

- Trinordiol er en 3-fasisk p-pille. Tablettene har 3 ulike styrker som er markert med ulike farger.
- Medisineringen skal starte i forbindelse med en menstruasjonsperiode. Dagen da blødningen begynner regnes som dag nr. 1.
- På menstsuasjonsens første dag begynner du med p-piller fra det første brettet med Trinordiol.
 1. For egen kontroll kan du lage et hull i tablettsbrettet på den ukedag du begynner medisineringen.
 2. Begynn med tabletter nr. 1 og fortsett deretter med en tabletter pr. dag i pilenes rekkefølge 2, 3, 4 osv.
 3. Tablet 8 og 15 skal følgelig tas på samme ukedag som tablet 1. Til støtte for minnet er disse tabletene innrammet på samme måte som tablet 1.
4. Når du har tatt 21 tabletter gjør du 7 dagers opphold. 2 - 5 dager senere kommer sannsynligvis (men ikke nødvendigvis) en menstruasjonslignende blødning.
 - Den 8. dagen begynner du på et nytt brett Trinordiol med tabletter nr. 1 (selv om blødningen ikke har stanset). Merk av på brettet hvilken ukedag du begynner.
 - Hvis du ikke gjør noen feil, skal hvert nytt brett påbegynnes samme ukedag som foregående brett.
 - **HUSK:** 21 dager p-pille 7 dager uten piller (men beskyttet alle dager).

KabiVitrum
Nestbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
Telefon: (02) 54 29 50

Tenormin

atenolol

Indikasjoner: Hypertoni. Angina pectoris.

Kontraindikasjoner:

Absolutte: Ukompenget hjertesvikt, AV-blokk grad II og III.

Relative: Hjertesvikt, bradykardi, arteriosclerosis obliterans, insulinresistente diabetes mellitus, metabolsk acidose, Raynaud's syndrom, graviditet (se Forsiktigheitsregler). Pasienter med latent og manifest hjertesvikt må digitaliseres. Betablokkerere dessuten kontraindikert hos pasienter på verapamil-behandling. Ønsker man å erstatte betablokker med verapamil eller vice versa, må den nye terapi ikke institueres før atskillige dager etter seponering av det tidligere preparatet. 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 hyppigheten 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 betablokkerer må skje gradvis.

Forsiktigheitsregler:

Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktiv luftveislidelse. Man kan imidlertid ikke ute lukke en økning i luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av beta₂-spesifikke bronkodilatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøyde. 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' positivt inotrope effekt på hjertemuskelens. Beta-blokkere og digitalis virker additivt på nedsettelsen av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overleddning øker når medikamentene gis sammen. Som under enhver behandling kan sykdommen utvikle seg videre uavhengig av behandlingen. Pasienter som står på betablokkere - 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 betablokkere, må eventuell seponering av klonidin ikke finne sted før atskillige dager etter seponering av betablokkeren. Betablokkeren må seponeres først for å unngå en sterk "rebound" blodtrykksstigning etter seponering av klonidin.

Interaksjoner:

Betablokkere COID	
Beta-stimulerende adrenergika	Blokkerer beta-adrenerg effekt (Vlb)
antiidiabetika	økt hypoglykemisk effekt (Vla)
antihypertensiva/ diureтика	økt BT-senkende effekt (Vla)
digitalis	bradykardi, arytmie (Vla, VII)
disulfiram	dempet disulfiram/etanol reaksjon (VII)
etanol	risiko for nedsatt etanol-toleranse (VII)
generelle anestetika	myokarddepresjon (VII)
sekalealkaloider	økt risiko for perifere kåspasmer (Vla)
kolinesterasehemmere	økt risiko for bradykardi (Vla)
verapamil	økt risiko for myokard-depresjon (Vla)

Dosering:

Individuell dosering.

Hypertoni:

Hos de fleste pasienter vil 100 mg/døgn, fordelt på 1 eller 2 doser, gi tilfredsstillende virkning, men lavere initialdose bør forsøkes. Ved dosering 1 gang pr. døgn, som administrasjonsmessig er fordelaktig, må større svingninger i blodkonsentrasjonene forventes. Pasienter må derfor overvåkes nøyere med hensyn til bivirkninger, men dosering 1 gang daglig er vist å gi tilfredsstillende klinisk virkning. Hvis 1 tablet daglig ikke har gitt den ønskede virkning ved kontroll etter 2 uker, kombineres med diuretikum eller hydralazin.

Angina pectoris:

Initialt 50 mg x 2. Når anfall/smerter kontrolleres tilfredsstillende kan man forsøksvis gi hele doses 1 gang pr. døgn.

Pakninger:

Tabletter 50 mg:	100
" 100 mg:	28 98 250



ICI ICI-Pharma

Drammensveien 126
Postboks 173 Skøyen, Oslo 2
Tlf.: (02) 55 90 04



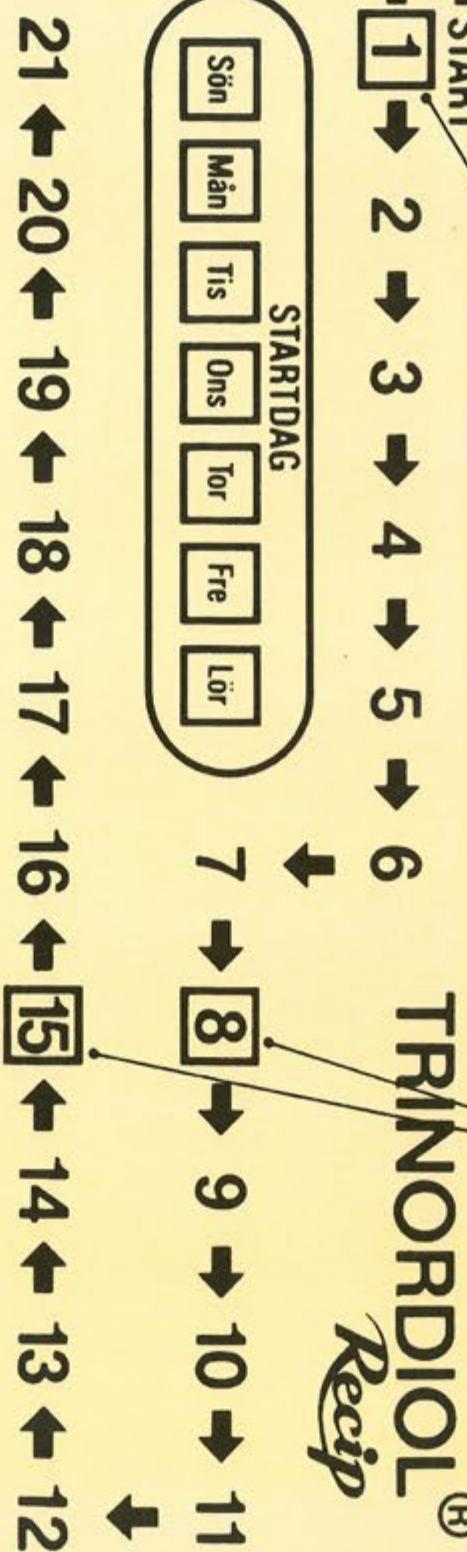
TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE

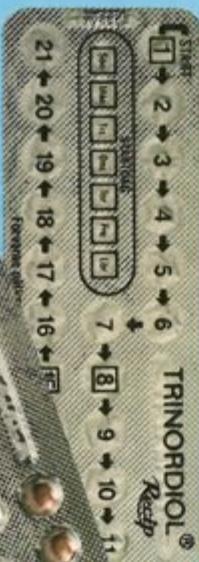
1. Merk av den ukedagen du begynner.

2. Begynn med tabletter nr. 1 første menstruasjonsdag og fortsett i nummerrekkefølge.
3. Tabletene nr. 8 og 15 blir tatt på samme ukedag som tabletter nr. 1.

TRINORDIOL® Recip



4. Når det er slutt på tabletene tar du 7 dagers pause. Den 8. dagen begynner du på et nytt tablettsbrett.



HUSK: 21 dager p-piller 7 dager uten piller
(men beskyttet alle dager).

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 en medikamentell behandling som forordnet av legen. Ikke minst gjelder dette behandling av kroniske sykdommer som hypertoni og angina pectoris.

Tenormin

atenolol



*) Dosering 1 gang daglig er doseringsmessig fordelaktig og har vist seg å gi tilfredsstilende klinisk virkning. Større svingninger i blodkonsentrasjonene må imidlertid forventes, og pasientene må overvåkes nøyere med hensyn til bivirkninger.