

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 3

1985

ARGANG 14



Av innholdet:

TEMA: Vondt i halsen

Helseundersøkelsen for landbruket 1982
 Opportunistic Health Promotion
 Oppfølging av langtidssjukemelde
 NSAM's spalter
 Bok- og tidsskriftanmeldelser
 m.m

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S
9652.63.00111

Ola Lilleholt
Distriktslegekontoret
6657 Rindal
Tlf. kont. 073. 65 217
Tlf. priv. 073. 65 125

Magne Nylenna
Inst. for Almenmedisin
Fr. Stangsgt. 11/13
Oslo 2
Tlf. kont. 02. 56 37 80
Tlf. priv. 02. 87 11 93

Frode Heian
Tingvoll Helsecenter
6630 Tingvoll
Tlf. kont. 073. 31 100
Tlf. priv. 073. 31 437

Øystein Pedersen
Distriktslegekontoret
6400 Molde
Tlf. kont. 072. 55 036
Tlf. priv. 072. 51 066

Jon Hilmar Iversen
Distriktslegekontoret
6490 Eide
Tlf. kont. 072. 96 361
Tlf. priv. 072. 96 387

Abonnement: Kr. 100,- pr år. Enkeltnummer kr. 20,-. Layout: Ulset form & profil. Trykk: ST-Trykk A/S, 7300 Orkanger.

Om informasjonen og meninger

Etter EDB- og Finnmarksnummer kommer Utposten her i mer tradisjonell stil med løst og fast fra det vide området vi føler ansvar for å observere. Det har samlet seg forholdsvis mange bokomtaler til denne utgaven. Den som leser disse, vil finne at vi sjelden eller aldri "slakter" bøker. Vi har ikke plass til advare leserne våre om bøker som ikke holder mål. Samtidig er det innlysende at vi heller ikke greier å få med alle gode bøker. Vi mener at det er viktig med omtale av bøker og andre publikasjoner med relevans for almen- og samfunnsmedisin. Mer enn noen gang oversvømmes vi av faglig informasjon. Det er umulig for en generalist å fordøye og memorere stort og smått. Det er blitt en nødvendig kunst å kunne ordne seg sin private "database" med bøker, tidsskrifter og kopier av tidsskriftartikler, brosjyrer, rundskriv, lover og forskrifter. Ut fra denne private informasjonkjernen åpner det seg nå brede veier utover til de helt store oceaner av informasjon. Fra før har vi hatt de både de alminnelige og de medisinske bibliotekene. Via disse har vi hatt tilgang til

MEDLARS/MEDLINE databasene. I disse dager blir det for første gang her i landet arrangert kurser i søking på MEDLINE for slike som ønsker å bruke denne basen fra sine private datamaskiner. Den norske MEDLEX (Se Utposten nr. 1/85) føyer seg inn i det samme bildet. Snart er det kanskje ikke lenger bryet verd å systematisere sin personlige samling av bøker og tidsskriftartikler: alt vil ligge nærmest fullkomment og lett tilgjengelig i disse store databasene.

Dette er en utvikling som i høy grad angår Utposten og alle tidsskrifter som henvender seg til helsepersonell i 1985 og senere. Det er tydelig at artikler som formidler faglig stoff som er basert på empiriske undersøkelser i stadig sterkere grad vil konsentreres i tidsskrifter som nesten ingen abonnerer på eller leser systematisk. Disse tidsskriftene vil finne sin plass i bibliotekene og vil bli brukt ved at enkeltartikler bli fotokopiert av den som måtte føle behov for å fordøye i fred og ro disse utvalgte data.

Vi kommer fortsatt til å formidle artikler med tall, tabeller og akademiske analyser av disse. Samtidig er det klart at vårt ærende i stadig sterkere grad vil være å formidle stemninger, sentimenter, signaler, holdninger og konflikter i almen- og samfunnsmedisinen. Det gjør vi allerede og det vil vi fortsette. Og her er jeg tilbake der jeg startet og som egentlig også var budskapet her på 2. omslagsside denne gangen:

Vi overveldes av informasjon fra alle kanter og føler oss matte fordi vi ikke greier å formidle en rettfærdig og avveiet dose av alt som strømmer forbi. Se derfor med forståelse på utvalget av bøker som blir omtalt i Utposten. Send oss heller din private omtale dersom du kommer over en publikasjon som du tror kan være av verdi for Utpostens lesere utover hele Norges land!

Ola L

INNHOOLD:

Jørn Ødegård: Helseundersøkelsen for landbruket 1982	92	NSAM: Invitasjon til å danne faglige referansegrupper i almenmedisin	104
Dag Bruusgaard: Benytt anledningen	98	Frode Heian: Studiereise til England	112
Bernt Daltveit: Oppfølging av langtidssjukemelde	100	Fra Tidsskriftverden:	105
Bernt Daltveit: Rådgevinge lege -ei orientering..	101	Bok- og Tidsskriftanmeldelser: 91, 106, 110, 111.	
TEMA: Vondt i halsen			
Olav Rutle: "Vondt i halsen"			
-Hva gjør almenpraktikeren?	82		
Per Hjortdahl: "Vondt i halsen"			
-Hva er det?	85		
Per Hjortdahl: "Vondt i halsen"			
-Finnes det noen fasit?	87		

SPESIALISTENE UT TIL PRIMÆRHELSETJENESTEN

Vi har de siste årene hatt en omfattende diskusjon om primærhelsetjenestens organisering og arbeids- og ansvarsfordeling helsepersonellgrupper imellom.

Året som gikk har forhåpentlig bragt en del klarhet i disse spørsmålene, og med våren som bryter fram kan vi riste av oss gammelt løv og la nye spirer gro fram (selv om vi fremdeles må finne oss i å høre lerkesangen høyt i det blå). En bukett av disse spirene, og en viktig sådan, er forholdet til våre kolleger i 2. linjetjenesten.

Primærlegens tradisjonelle måte å styrke seg faglig på her vært å lære av spesialistene. Nå har vi innsett at vi har mye å lære av hverandre.

Likevel er kontakten med spesialistene viktig, men noe mer på våre premisser.

Holdningen til dette er høyst blandet i spesialistenes rekke, men det finnes også utstrakte hender.

Norsk Pediatrisk Selskap slår i sin generallaplan for pediatri fast at pediatrien skal være 2. linjetjeneste i barneomsorgen.

Dette prinsippet ble vedtatt ikke uten motbør i Norsk Pediatrisk Selskap, men har resultert i en samarbeidsform mellom spesialist og PHT som er verd å nevne her, og holdes fram som et godt eksempel: OMRÅDEPEDIATRIEN (som er velkjent for en del av UTPOSTEN's lesere).

Rapporten fra virksomheten i to områder (nedslagsfeltet for Kongsvinger og Nordfjord sykehus) forelå allerede i 1982, utarbeidet av pediaterne Dag Nilsson og Ole Sverre Haga. Den er ikke mindre aktuell nå, det er god grunn til å minne om den fordi samarbeidsformene som er skissert

her er forbilledlige også på andre områder enn pediatrien.

Grunnprinsippet for samarbeidet er størst mulig grad av pasientansvar i PHT, spesialisten skal være konsulent. Pediateren besøkte helsestasjonene etter bestemt reiserute 5-10 ggr. årlig med avtalte konsultasjoner. Ved konsultasjonene var også primærlegen og helsesøster til stede, og den ble etterfulgt av faglig diskusjon.

94% av pasienter/pårørende opplevde samarbeidsmodellen som en velegnet kontakt med barnelegen, og det var et generelt inntrykk at konsultasjonen hadde virket positivt på tilliten til egen lege. De fleste primærlegene opplevde ordningen som økonomisk ugunstig men ville likevel beholde den.

95% av konsultasjonene kunne gjennomføres med det utstyr primærlegen disponerer. Bare 10% av dem som ellers ville blitt henvisst til spes. var det nødvendig å henvise videre.

Samtlige leger mente samarbeidsformen er et velegnet middel for videre/etterutdanning. Spesialistene anførte fordelene ved å kunne følge pasientene bedre, og ved å bli bedre kjent med primærhelsetjenestens arbeidsform og kompetanse.

Helsesøstre anga bedre samarbeid HS/primærlege.

Kontakten til lokale instanser økte og spesielt for barn med multiproblem ble det en bedre samordning.

Sirkelen er altså sluttet. Ved samarbeid utad styrkes samarbeidet også mellom kommunens forskjellige deler av hjelpeapparatet.

Erfaringene er nokså entydige: godt faglig utbytte på begge

sider og bedre service overfor pasientene. Primærlegene har etterhvert styrket sin kompetanse på området og en faglig standardhevning vil føre til bedre lokal service og trolig færre henvisninger.

Parallellt med dette arbeidet har pediatrisk selskap fremmet en innstilling, "Område-pediatri" (okt.-81), som med en positiv uttalelse fra Legeforeningen har gått ut til fylkeskommunene og enkelte steder videre til primærhelsetjenesten.

Dette er ikke noe nytt. Ovenfor beskrevne områdepediatriske service er en oppfølging av tankene i Dag Bruusgaard's arbeid (NIS-rapport 5/78) om tilsvarende samarbeid mellom PHT og flere spesialisttjenester i Gjøvik/Valdresområdet.

Konklusjonene herfra er de samme, dessuten at flere spesialisttjenester er velegnet på samme måte. Videre er det vist at samarbeidet kan gi gevinst både arbeidsmessig og økonomisk.

En diskusjon om hva av utredning og behandling som kan gjøres i PHT vil slå forskjellig ut etter interesser, geografi og lokale ressurser. Innarbeidd praksis ett sted vil være helt uakseptabelt et annet.

Ut fra et slikt samarbeide skulle altså mulighetene være tilstede for:

- gjensidig skolerung
- klarere grenseoppganger mellom almenpraksis og spesialitetene
- bedre samarbeid og utnyttelse av ressursene, kanskje også økonomisk.
- lokalt tilpassede behandlings- og utredningsprogrammer og med det en mer enhetlig pasient-service.

Inode tt.

Som utlovet i forrige nummer kommer her muligheten til å sammenlikne dine egne svar på spørreskjemaet etter den enkle kasuistikken om vondt i halsen, med svarene til et gjennomsnitt(?) av norske almenpraktikere.

De to forfatterens behandling av dette tema gir et godt eksempel på at vi bør tenke gjennom våre rutiner også når det gjelder "enkle" lidelser. *Frøde H.*

TEMA:

Vondt i h

"Vondt i halsen".

- Hva gjør almenpraktikeren?

Når pasienten kommer til almenpraktikeren med vondt i halsen, er det først og fremst ett spørsmål almenpraktikeren stiller seg: er det en streptokokkinfeksjon eller ikke? Vi hadde selv vage meninger om at belegg, feber og halsglandler skulle kunne skille klienten fra hveten, men hva mente andre almenpraktikere, hvilke diagnostiske tiltak satte de i gang, og hvilke symptomer og tegn la de vekt på?



Olav Rutle

For å få et svar på disse spørsmålene sendte vi en sykehistorie til alle deltagerne på Beitokurset 1984. Sykehistorien handlet om en gutt på 18 år som oppsøkte lege fordi han hadde vondt i halsen. Plagene hadde vart i ca. 1 døgn, han hadde målt ca. 39 i temperatur og følte seg syk. Ved undersøkelsen fant man hovne, kraftig røde tonsiller på begge sider. Det var ikke belegg på tonsillene, pasienten hadde heller ikke kjevesperre. Han hadde tydelig hovne lymfekjertler under begge kjevevinkler. Vårt spørsmål til deltagerne var så: Hva ville dere gjøre videre?

Resultater:

Deltagerne skulle sende inn svarene sammen med påmelding til kurset. Vi fikk således svar fra så og si alle som meldte seg på, i alt 122.

Knapt en tredjedel (28%) mente den undersøkelsen som var gjort var tilstrekkelig, mens resten ville gått videre med den kliniske undersøkelsen. De fleste av disse hadde tydeligvis mononucleose i tankene, for de ville undersøke om pasienten hadde

halsen



Olav Rutle er kombinert almenpraktiker på Jessheim og forsker i SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning. Nyvalgt formann i Norsk Selskap for Almenmedisin.

generell glandelsvulst eller forstørret lever eller milt (tab. 1). Det var således ganske mange som ville kle av pasienten for videre undersøkelser når kontaktårsaken var vondt i halsen. Imidlertid var det relativt få som ville lytte på hjertet (tab. 1). Selvsagt ville ikke en så kort sykehistorie være årsak til en bilyd, men en undersøkelse på dette stadiet ville være et viktig utgangspunkt ved eventuelt senere kontroller. Tre leger ville måle blodtrykket.

Burde det taes laboratorieprøver av denne pasienten? Ca. en tredjedel (32%) mente det ikke var nødvendig, mens de andre to tredjedeler i gjennomsnitt ville ta 2,9 laboratorieprøver. Den som var ivrigst ville ta 8 forskjellige prøver. Pasienten kunne således risikert at det ble tatt fra null til åtte laboratorieprøver av ham, avhengig av hvilken lege han oppsøkte.

Senkningsreaksjonen (SR) er fortsatt en av hjørnesteinene i almenpraktikerens diagnostiske arbeid. Det var således ikke uventet at en stor del ville ta en SR (tab. 2). Hvordan de ville reagert på resultatet vet vi ingenting om, men det ville vært interessant å vite hvilke slutninger den enkelte lege ville trukket dersom SR var henholdsvis 10, 20, 30 eller 50 mm. Prøvene gikk ellers ut på å skille mellom en

bakteriell og en mononucleose eller en annen viral infeksjon. Relativt få ville undersøke urinen for å ha et utgangspunkt for senere kontroller. Tilsammen var det forslag på 15 forskjellige prøver. Utenom de i tab. 2 kan nevnes AST, serum til virusantistoff, CRP og leverfunksjonsprøver.

Utifra de opplysninger legene fikk fra sykehistorien, og flere opplysninger er det sjelden en har ved et sykebesøk, ville knapt halvparten (45%) ikke gi pasienten antibiotika, mens 40% ville gi antibiotika, og resten sa ja med forbehold. Noen ville først ha en negativ Monospot, mens noen få andre først ville se på blodutstryk eller telle hvite blodlegemer. Det ville således ha vært nokså tilfeldig for denne pasienten om han hadde fått antibiotika eller ikke når han gikk til lege, nesten like tilfeldig som å kaste mynt eller krone.

Bortsett fra en som ville gi erythromycin, ville alle gi penicillin dersom de skulle behandle. Noen få ville gi erythromycin til barn og penicillin til voksne. Behandlingslengden varierte fra 4 til 10 dager (tab. 3). Det vanligste var 7 eller 10 dager.

Godt halvparten (58%) ville gitt et annet medikament til denne pasienten, i tillegg til eventuelt penicillin. Det var først

og fremst antipyretika som acetylsalicylsyre eller paracetamol (46%), smertestillende midler forøvrig (9%), suge-tabletter (6%) og nesedråper.

Det var heller ikke enighet om denne pasienten skulle kontrolleres. Godt en tredjedel (37%) mente de ikke ville gjøre det, mens en annen tredjedel (34%) mente at en kontroll var nødvendig. Resten mente at kontrollen var avhengig av det de ellers hadde funnet, eller om pasienten var tydelig bedre etter tre til fem dager. Fire leger gjorde kontrollen avhengig av om de hadde gitt antibiotika, de to andre ville kontrollere hvis de ikke hadde gitt antibiotika.

På spørsmål om urinen skulle kontrolleres delte legene seg påny i to. 40% ville ikke kontrollere urinen etter en slik sykehistorie, mens 37% sa at det var klar indikasjon for urin-kontroll. Resten sa nja, av og til, hvis streptokokker var påvist osv..

Men hva slags symptomer eller tegn var det legene la mest vekt på når de skulle bestemme seg for penicillin eller ikke? Det var kanskje det vi var mest spent på. Vi ba legene angi de tre symptomene/tegnene de mente var viktigst. Vi endte opp med en liste på 25 ulike symptom, de ni hyppigste er angitt i tabell 4. Utenom disse ni nevnes leucocytose, høy SR, fravær av rhinitt, influenzasymptomer, heshet, ønske om behandling, sideforskjell etc.. De ni hyppigste utgjorde imidlertid 90% av alle symptomene som ble oppgitt. Den hyppigste tre-kombinasjonen var belegg, feber, halsglandler. Men til tross for at den var den hyppigste, var det bare ni av denne helt spesielle kombinasjonen.

Vi ba legene sette det viktigste symptomet først: det de la mest vekt på før de bestemte seg for behandling eller ikke. Her ble det en liste på 16 ulike symptom/tegn. Det var imidlertid tre symptom som dominerte. En tredjedel (33%) mente belegg eller ikke belegg var det viktigste, 19% mente graden av injiserte tonsiller var det viktigste, mens 18% tok mest hensyn til feberen.

Kommentærer:

En kan selvsagt trekke i tvil om svarene på en skrevet sykehistorie viser hva legene gjør når de står overfor en pasient med vondt i halsen. Det er ikke utrolig at legene vil "pynte" på svarene og mer gi svar etter hva

de tror er riktig enn etter det de i virkeligheten gjør. Særlig kan det vær tilfelle når det gjelder hvilke kliniske undersøkelser og hvilke laboratorieprøver de vil ta.

Men selv om legene svarer utifra det de tror er riktig, er det tydelig uenighet. En står tilbake med mange spørsmål. Bør legen kle av pasienter med vondt i halsen for å palpere lever og milt? Bør legen auskultere hjertet og undersøke urinen i tilfelle senere komplikasjoner? Bør det taes blodprøver av pasienten, eventuelt hvilke prøver? Er bakteriologisk dykning påkrevet? Hva med de legene som ikke gjør dette: er det en kunstfeil å overse en generell glandelsvulst ved første kontakt, hvilke konsekvenser har det om en lar vær å ta SR?

Som det framkommer i dette nummer av Utposten, er det vanskelig utifra symptomer og tegn å slå fast om pasienten har en streptokokkinfeksjon eller ikke. Spørsmålet er om dette bør føre til bakteriologisk undersøkelse av alle med vondt i halsen? Eller kanskje er svaret så enkelt som å gi alle med vondt i halsen penicillin, eller det motsatte - ingen bør primært få penicillin? De siste to forslagene er vel som "å banne i kjerka", men hva ville konsekvensen bli? Det forundret oss litt at bare to leger tok med som indikasjon at pasienten ønsket penicillinbehandling. Kanskje bør ikke pasientens ønske telle så mye i denne sammenheng, men tro om ikke det teller mer enn det som kom frem her.

Særlig klokere blir man ikke etter en slik undersøkelse, enhver kan trygt praktisere videre - salig i sin tro. Men undersøkelsen reiser en rekke faglige spørsmål som krever svar. Vi ser klart at ulike situasjoner i almenpraksis vil måtte føre til ulike handlinger (sykebesøk kontra kontorkonsultasjon), men er det rimelig at det finnes 100 forskjellige måter å gå fram på når pasienten har vondt i halsen? Har pasienten vondt i halsen, bør han stort sett få samme behandling om han bor på Hedemarken eller i Sirdalen, om han går til dr. Olsen eller dr. Nilsen. Og skal det være forskjell, bør ikke forskjellen basere seg på at pasientene er ulike og ikke på at legene er ulike?

Men den uenighet som kommer til syne mellom legene fører ikke bare til faglige spørsmål. Det har også økonomiske konsekvenser. Det ville være stor forskjell i kostnader om en kom fram til at

Tabell 1

Klinisk undersøkelse ved vondt i halsen utenom den lokale undersøkelsen

	prosent av legene
Ingen	28
Palpere generell gl.svulst	43
Palpere milt/lever	41
Auskultere lunger	20
Otoskopere	17
Auskultere hjertet	14
Undersøke på nakkestivhet	11
Andre undersøkelser	16

Tabell 2

Laboratorieprøver ved vondt i halsen

	prosent av legene
Senkningsreaksjon	39
Bakteriologisk undersøkelse	33
Mononucleose test	33
Telle hvite blodlegemer	25
Blodutstryk	21
Hemoglobin	18
Urin stix	7
Urin mikro	7
Paul-Bunnell	5

Tabell 3

Behandlingslengde med penicillin ved vondt i halsen

	prosent av legene
4 dager	1
5 "	6
6 "	11
7 "	34
8 "	16
9 "	5
10 "	26

Tabell 4

Symptom/tegn legene la vekt på når de skulle avgjøre om den vonde halsen skulle behandles med penicillin

	prosent av legene
Belegg på tonsillene	70
Feber	64
Almentilstand	37
Injiserte tonsiller	33
Hovne halsglandler	25
Svelgsmerter	18
Varighet	16
Tonsille størrelse	12
Tidligere episoder	12

det ikke var nødvendig med laboratorieprøver ved første kontakt for vondt i halsen, eller om en mente det var nødvendig med Monospot, Streptocult, blodutstryk og urin m/mikro. Skal alle kontrolleres, vil det også føre til store kostnader, og for pasientene har det betydning om penicillinen skal vare i 5 dager eller i 10 dager. Vi må heller ikke glemme å regne med kostnader ved en glomerulonefritt eller rheumatisk feber.

Men selv om den økonomiske siden er viktig og må tas hensyn til, må vi som primærleger først og fremst svare på de faglige spørsmål denne undersøkelsen stiller. Kanskje har vi tilstrekkelig kunnskap til å gi svarene, kanskje ikke. Uansett - burde vi bruke den kunnskapen vi har til å lage et handlingsprogram for denne hyppige tilstanden, slik at det blir 10 måter å behandle en vondt hals på - ikke 100? ■

"Vondt i halsen", hva er det? ■

□ Per Hjortdahl



Per Hjortdahl er godt kjent for UTPOSTENS lesere fra før: meget produktiv bydelslege ved Lysejordet i Oslo/stipendiat ved Institutt for Almenmedisin i Oslo.

Min almenpraksis "druknet" i vonde halser. De ble rutinearbeid og kjedelige.

Til min skrekk oppdaget jeg at jeg hadde en bevisløs holdning til pasienter med vondt i halsen og at jeg ofte var inkonsekvent i behandlingsopplegget. Pasientene ble lett forvirret og jeg fikk lite faglig tilfredstillelse.

For å få fred i min faglige sjel satte jeg meg ned og så nærmere på problemstillingen "Vondt i halsen", slik den fortonet seg i egen og kollegers praksis og sammenlignet dette med hva jeg fant i litteraturen.

Jeg oppdaget raskt at jo mer jeg lærte om vondt i halsen, jo vanskeligere ble det. Like etter studiet kunne jeg "alt" om Tonsillitis acuta, i dag er jeg langt mindre sikker. Medisinske sannheter skifter ofte og stadig finnes forvirrende og motstridende "sannheter".

Hvem har rett, hva skal jeg tro?

I tillegg kommer almenpraktikerens hverdag og gjør forskjell på teori og praksis. I artiklene står det at

halsinfeksjoner bør dyrkes for å se etter streptokokker, men på et sykebesøk langt ute i havgapet, er det realistisk?

Er det nå så galt å gi penicillin "for sikkerhets skyld"?

Tre problemstillinger ved "vondt i halsen" føltes spesielt viktige for meg som almenpraktiker:

- hvor vanlig er dette symptomet i almenpraksis?
- inneholder vondt i halsen differensialdiagnostiske problemer?
- har differensialdiagnosene behandlingsmessige konsekvenser?

Hvor vanlig er "vondt i halsen" i almenpraksis?

I en praksisundersøkelse i Oslo i 1983 registrerte vi 5586 presentasjonssymptomer. Vondt i halsen var det vanligste enkeltsymptom. Hver tiende pasient med ny sykdom kom med dette symptomet. Som almenpraktikere ser vi i gjennomsnitt en ny pasient med vondt i halsen hver arbeidsdag. Andre har funnet at om trent halvparten av alle akutte infeksjoner vi ser i almenpraksis skyldes halsinfeksjoner. På grunnlag av Ukemeldingene, SIFF kan det beregnes at om lag 1/2 million pasienter oppsøker norske almenpraktikere hvert år med akutt halsinfeksjon.

KONKLUSJON: Vondt i halsen er et vanlig, nesten banalt problem i almenpraksis. (Sløves vi ??)

Er vondt i halsen et differensialdiagnostisk problem for almenpraktikeren?

Som det fremgår av den andre artikkelen i dette nummeret av Utposten er norske almenpraktikere ikke enige om hvilke vurderinger som bør gjøres når en pasient kommer med vondt i halsen. Vi er heller ikke enige om hvilke symptomer og funn pasienten bør ha før vi mener at antibiotika er den rette behandling. Vi deler denne usikkerheten med leger i resten av verden. J.G.Howie, skotsk professor i almenmedisin, sier det slik: "Sore throat represents a decision making disaster area for our discipline".

KONKLUSJON: Vi har som almenpraktikere ingen ensartet tilnæringsmåte til problemet vondt i halsen.

Har differensialdiagnosen ved vondt i halsen behandlingsmessige konsekvenser?

Dette er det viktigste og mest kontroversielle punkt i problemstillingen. Skal alle, ingen eller bare noen pasienter med vondt i halsen ha antibiotikabehandling? Hvis alle, eller ingen, skal ha behandling, er det liten grunn til å foreta differensialdiagnostiske overveininger. Hvis bare en selektert gruppe av pasienter skal ha behandling, må vi ha metoder som kan skille ut disse pasientene.

Insidensen av akutte halsinfeksjoner har økt i de industrialiserte land de senere år, mens komplikasjonene som giktfeber og glomerulonefrit er blitt meget sjeldene. Ingen vet om denne nedgang i komplikasjoner skyldes en utstrakt bruk av antibiotika, om streptokokkene er blitt mindre virulente, eller om det er forhold hos den eksponerte befolkning som har endret seg.

Det er i de senere år reist velbegrunnet tvil om antibiotika ved streptokokk halsinfeksjoner forebygger utviklingen av akutt glomerulonefrit eller om det har vesentlig innvirkning på forekomsten av giktfeber.

En ny amerikansk undersøkelse viser at antibiotikabehandling ved streptokokk halsinfeksjon påbegynt innen tre dager av sykdomsfrembrudd lindrer de videre symptomene og forkorter sykdomsforløpet med flere dager. En annen undersøkelse tyder på at de fleste pasienter med vondt i halsen opplever sykdommen som så plagsom at de godtar en 5% sjanse på lette til moderate penicillinreaksjoner mot å få forkortet sykdomsforløpet med to dager.

Jeg er klar over betenkelighetene ved "slepphendt" omgang med antibiotika. Jeg mener allikevel vi som almenpraktikere må ta pasientens ønsker med i betraktning når vi vurderer antibiotikabehandling ved halsinfeksjoner.

For å lindre pasientens besvær, forkorte sykdomsforløpet, forebygge peritonsillær abscess, hindre smitte spredning og kanskje, i noen grad, forebygge komplikasjonene giktfeber og glomerulonefrit, mener jeg det fremdeles er riktig å behandle akutt streptokokk halsinfeksjon med antibiotika. Jeg finner ingen grunn til å anbefale antibiotika til pasienter med andre akutte, ukompliserte halsinfeksjoner (med unntak av gonokokker og difteri).

KONKLUSJON: Differensialdiagnosen ved vondt i halsen er viktig og har

direkte behandlingsmessige konsekvenser.

Vondt i halsen, hva er egentlig det?

Fremmedlegner i svelg eller luftveier bør alltid tas med i betraktning når pasienter, særlig barn, kommer med akutt innsettende halssmerter. Den vanligste årsak til vondt i halsen er imidlertid halsinfeksjoner. For meg som almenpraktiker er det logisk og praktisk å dele halsinfeksjonene i tre grupper:

- infeksjoner forårsaket av beta hemolytiske streptokokker
- mononucleose, forårsaket av Epstein Barr virus
- infeksjoner forårsaket av andre virus og bakterier

Om lag 1/3 av pasientene som kommer med vondt i halsen får påvist beta hemolytiske streptokokker gruppe A, C eller G ved dyrkning, avhengig av pasientenes alderssammensetning, årstid og den epidemiologiske situasjon.

Dette er klinisk den viktigste av de tre gruppene, da denne er den eneste som bør behandles med antibiotika.

Mononucleose utgjør bare 1 - 2% av de akutte halsinfeksjoner som kommer til almenpraktikere. Men denne pasientgruppen er viktig, da pasientene ofte, når de først oppsøker oss, er klinisk dårlige og syke i lang tid. Differensialdiagnostiske overveielser overfor blod og lymfekreft kan være viktig.

Infeksjoner forårsaket av andre bakterier og virus utgjør de største pasientgruppene. De vurderes under ett da de ikke skal ha spesiell behandling eller oppfølging. Hos 40 - 50% av pasientene kan det ikke påvises etiologisk agens ved halsinfeksjoner, selv etter omfattende bakteriologiske, virologiske og serologiske metoder. Generell bakteriologisk dyrkning av halsfloraen og virusdiagnostikk har mindre klinisk betydning i almenpraksis, da de ikke har behandlingsmessige konsekvenser.

HOVEDKONKLUSJON: Halsinfeksjoner er vanlige i almenpraksis. Vi har en lite ensartet tilnæringsmåte til problemet. Differensialdiagnosen er viktig og har direkte behandlingsmessige konsekvenser.

"Vondt i halsen", finnes det noen fasit?

Per Hjortdal □

Vondt i halsen er et vanlig, viktig og samtidig vanskelig diagnostisk problem i almenpraksis. Måten vi tilnærmer oss diagnosen og behandlingsopplegget er lite ensartet. Men når vi først har bestemt oss for en tilnæringsmåte, hvor diagnostisk sikker er denne? Greier vi å skille ut den tredjedelen av pasientene med vondt i halsen som bør ha antibiotika?

Vi kan forsøke å stadfeste diagnosen ved:

- Klinikk; symptomer og funn og/eller
- Laboratorieprøver; blodprøver, mikrobiologisk dyrkning og ved direkte immunologiske prøver

Klinikk

294 pasienter med vondt i halsen som oppsøkte 10 erfarne almenpraktikere i Oslo ble evaluert med hensyn til symptomer og funn. Disse symptomer og funn ble senere relatert til de mikrobiologiske dyrkningssvar.

Enkeltsymptomer eller funn som vond lukt fra munnen, svelgsmerter, spisevegring, feber over 38 gr, angulære glandler, rødhet, belegg eller propper var dårlige indikatorer på om halsinfeksjonen var forårsaket av beta hemolytiske streptokokker eller ikke. Ved å sette sammen symptomene/funnene i ulike "knipper" som feber, belegg og svelgsmerter økte sensitiviteten av de kliniske funn, men antall pasienter som fyller disse tre kravene samtidig ble lite (34 av 294). Det ble mange falske negative

vurderinger og lav spesifisitet. Slike "knipper" er derfor av begrenset klinisk hjelp. Almenpraktikeren ble også spurt ved den første konsultasjonen om han, etter en helhetlig vurdering (inklusive erfaring og intuisjon), mente pasienten hadde beta hemolytisk streptokokk halsinfeksjon eller ikke. Bare 51 av de 99 pasienter som hadde beta hemolytiske streptokokker ved dyrkning, var klinisk mistenkt. Av 195 pasienter uten streptokokker ved dyrkning ble 60 klinisk bedømt som positive. Som klinikere er vi på gjettenivå når det gjelder å plukke ut pasienter med beta hemolytisk halsinfeksjon. Vi kan nesten like gjerne slå "kron og mynt". Litt bedre er vi til å forutsi når det ikke er streptokokk halsinfeksjon.

Det hadde vært flaut om det bare var i Oslo vi var så dårlige klinikere. Store internasjonale undersøkelser viser at også i utlandet har de vanskeligheter med å stille differensialdiagnose på grunnlag av symptomer og funn ved vondt i halsen (felles trøst!).

Det kan allikevel være til hjelp å huske at barn under tre år har vanskelig for å gi uttrykk for halsmerter og at deres tonsillitis ofte presenteres ved feber og spisevegring. Symptomer som generelle muskel- eller leddsmerter, rhinorhoa og symptomer på laryngitis, tracheitis og bronchitis kan tyde på at vondt i halsen har andre årsaker enn beta hemolytiske streptokokker.

Hvis vi i almenpraksis forordner antibiotikabehandling hos pasienter

med akutt halsinfeksjon ut fra klinisk vurdering alene, vil halvparten av pasientene som har behov for antibiotika, ikke få det, og hver tredje pasient vil få unødvendig antibiotikabehandling.

KONKLUSJON: Den kliniske diagnosen alene er lite å stole på.

Laboratorieundersøkelser

Blodprøver

SR er den blodprøve vi tar hyppigst hos pasienter med vondt hals. Av våre pasienter med positiv dyrking av streptokokker hadde 40% SR under 12 mm/t, 40% hadde SR mellom 12 og 20, mens 20% hadde SR over 20. Omtrent samme spredning viste SR hos de pasientene som ikke hadde positiv dyrkning.

Telling av hvite blodlegemer var like lite diskriminerende.

Serologiske undersøkelser som AST/ASH stiger ikke hos alle pasienter etter gjennomgått streptokokk halsinfeksjon. Parsera må som regel benyttes, så prøvesvar foreligger ofte ikke før 2 - 4 uker etter sykdomsdebut.

Differensialtelling av hvite blodlegemer og vurdering av blodutstryk gjøres ikke så ofte av almenpraktikere. Disse prøvene kan imidlertid være til nytte i skillet mellom virale og bakterielle årsaker til vondt i halsen og til påvisning av mononucleose ved vedvarende hals-symptomer. Immunologiske blodprøver kan også være til nytte ved mistanke

om mononucleose.

KONKLUSJON: SR, telling av hvite og serologi har liten diagnostisk verdi ved akutte halsinfeksjoner.

Bakteriologi

Enkelte klinikere mener å få hjelp av direkte mikroskopisk undersøkelse av halsutstryk. De fleste almenpraktikere har liten erfaring med dette, og det er usikkert hvor nøyaktig og anvendbar metoden er i praksis.

Ved innsending av halsprøver til mikrobiologisk laboratorium tar det som regel 3 - 5 dager eller lenger før prøvesvar foreligger. Dette oppleves som lang tid av både pasient og lege. De fleste almenpraktikere finner innsending av bakteriologiske halsprøver som lite praktisk nyttig og tar derfor standpunkt til behandling på grunnlag av klinikken alene, med alle de feil dette innebærer.

ØNSKEMÅL: En enkel prøve vi selv kan utføre i almenpraksis, hvor svaret helst skal foreligge umiddelbart og som har sensitivitet og spesifisitet lik 1.

Denne prøven finnes ennå ikke, men vi er i ferd med å komme nærmere dette ønskemålet.

"Dyrk selv"

Tidligere var dyrkning av bakterielle prøver forbeholdt de mikrobiologiske laboratorier. Denne praksis er nå oppmyket de fleste steder i Norge. Mange almenpraktikere tar nå halsprøver, dyrker dem på kontoret og leser av svaret neste dag. Enkelte almenleger får tilsendt blodagar-skåler fra det mikrobiologiske laboratorium de samarbeider med. Andre bruker det kommersielt produserte selektive dyrkningsmedium for påvisning av beta hemolytiske streptokokker, Streptocult.

I flere større undersøkelser er det funnet at Streptocult-dyrkning utført og vurdert av primærlegen, har en sensitivitet og spesifisitet på rundt 90% sammenlignet med vanlig innsendt dyrkning.

Dette betyr at bare hver tiende pasient får feil behandling når Streptocult-svaret legges til grunn for beslutningen. Dette i motsetning til behandling etter klinikken hvor hver tredje pasient får feil behandling.

Ulempene ved "dyrk selv" metodene er at svaret først kan avleses etter 12

- 24 timer. Selv denne relativt korte tiden vil av mange pasienter og leger føles som uakseptabel. Flere og flere almenleger tar derfor halsprøver og gir antibiotika ved første konsultasjon der de mener det er indisert. "Dyrk selv" prøven avleses neste dag og antibiotikabehandlingen justeres etter dyrknings-svaret.

KONKLUSJON: Svelgpoding kan dyrkes og avleses med rimelig sikkerhet i almenpraksis

Direkte immunologiske prøver

Disse immunologiske prøvene påviser streptokokker direkte ved halsutstryk og svaret avlese etter en halv time. Denne metoden, som er ny (i prinsippet noe lik graviditetsprøvene) kan vi forvente meget av i tiden fremover. Da den ennå ikke er prøvet ut i almenpraksis, gjenstår det å se hvor nøyaktig og anvendbar den er i våre hender og hva den vil koste å utføre.

Økonomiske betraktninger

Økonomiske vurderinger av ulike undersøkelser og behandlingsrutiner blir stadig viktigere, ikke bare for enkeltindividet, men også for samfunnet.

Settes det opp en oversikt over hva de ulike utrednings- og behandlingsalternativene vil koste i Norge pr år fremkommer det at dyrking hos primærlegen og behandling på grunnlag av dette, ikke er dyrere enn de andre realistiske behandlingsalternativene ved vondt i halsen.

Forslag til utrednings- og behandlingsrutine.

Med bakgrunn i de tidligere overveielser fremlegges mitt forslag til utrednings- og behandlingsrutine for pasienter som kommer til oss med "vondt i halsen":

FØRSTE DAG: Klinisk undersøkelse. "Dyrk selv" (f. eks. Streptocult) av alle pasienter hvor det er mistanke om beta hemolytisk streptokokk halsinfeksjon. Antibiotika og symptomatisk behandling til pasienter som er meget plaget.

ANDRE DAG: Avlesing av "dyrk selv" prøven.

Hvis NEGATIV, hiv prøven. Avbryt antibiotikabehandlingen. Kontroll etter 3 - 4 dager hvis ikke bedring, da eventuelt blodutstryk og mononucleosetest (f.eks. Monosticon Dry Dot).

Hvis POSITIV eller usikker prøve, prøven innsendes til samarbeidende

mikrobiologisk laboratorium (dette for å sjekke egne rutiner, kvalitetskontroll). Fortsett antibiotikabehandlingen i 5 - 7 dager.

KONTROLL: Unødvendig, med mindre vedvarende eller nye symptomer, eventuelt urinprøve etter 4 - 5 uker.

Bibliografi:

Acute rheumatic fever. A vanishing disease in suburbia. Land M, Bisno A. JAMA 1983;249:895-8

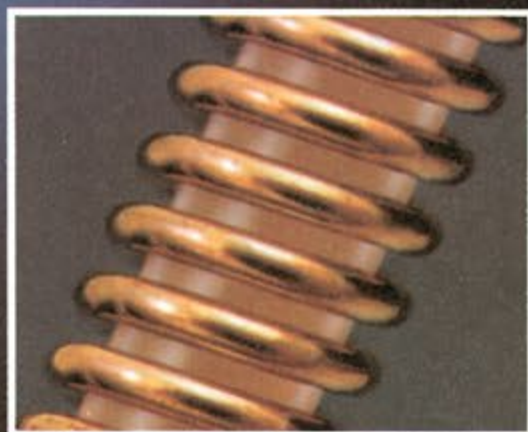
Halsinfeksjoner forårsaket av beta hemolytiske streptokokker. Diagnostikk i almenpraksis. Hjortdahl P, et al Tidskr Nor Lægeforen 1984;104:673-6

Halsbetændelse. Hoffman S, Kjærulf E og Vejlsgaard R, Medisinsk Årbog 1984, 101-10

Streptococcal pharyngitis. Placebo controlled double-blind evaluation of clinical response to penicillin therapy. Krober M, Bass J, Michels G, JAMA 1985;253:1271-4

Patients' willingness to take risks in the management of pharyngitis. Herman J. J Fam Pract 1984;19:767-72

NYHET



- ★ Høy sikkerhet
- ★ Lav utstøtningsfrekvens
- ★ Fleksibel form
- ★ Enkel innsetting

MULTILOAD CU375

– med veldokumentert
5 års virketid

POSTBOKS 325, 1371 ASKER TLF. (02) 78 43 65





■ Dette er en vesentlig og viktig bok. Olof Lagercrantz sier i sitt forord: "Att läsa den har boken av Nils Christie og Kjetil Bruun er som att komma ut ur en manipulerad mardrom inn i et venligt upplyst og stillsamt moblerad rum. Har talas lågmalt. Har bjuds kunnskap. Här råder sans och måtta".

Boken gir på et velskrevet norsk en nøktern gjennomgang av problemet: årsaker, stoffenes art og inndeling, problemets omfang, de nordiske staters løsninger (eller kanskje man skulle si mangel på løsninger) og tilsist forfatterens forslag til løsninger. De siste er kontroversielle og blir følgelig slått stort opp i media: Nå skal det selges hasj fra apotek, og alle som vil kan få gratis Metadon. Forfatterens forslag til løsninger utgjør ca 20 sider av bokens totale antall på 236. Den grundige analyse av problemets årsak og omfang oversees helst.

Boken begynner med et kapittel om menneskegjoring, - det gjennomgår vår tids forutsetning for å skape mennesker. Deretter følger et kapittel om ungdoms oppvekstvilkår og hvordan de er forandret fra tidligere år. De snakker om ungdoms vansker med å finne sin identitet: "Men vi mener i hvert fall at det er en tid som byr på helt ekstraordinære vanskeligheter når det gjelder å finne ut hvem man egentlig er. Styring og modeller, fra himmel og helvete, er borte. De fleste voksne har trukket seg bort, inn, hjem. De gjenværende har betaling for å forholde seg til ungdom. Og så samtidig, som et hovedtema i dette kapittel: Denne ungdom er programmert til å nytte sin tid, og til at betalte arbeid er måten å gjøre det på. Samtidig kastes denne ungdom ut en situasjon hvor tiden er forandret i sin fremtredelsesform og for mange aldri vil kunne fylles med det betalte arbeid... Frigjort for kulturelt arvegods og svært mange materielle oppgaver står ungdommen tilbake et sted i denne tid med den oppgave å finne ut av hvem de egentlig er, - eller er i fare for å bli."

Boken tar opp mange spørsmål som vi er vant til å gi sjablongsvar på. For eksempel stoffenes slavebindende karakter. Fra studiet er vi vant til å tenke på addiction og farlig abstinens. Jeg husker hvor forbløffet jeg

ble da en heroinmisbruker fortalte meg om hvordan han uten særlig besvær kunne gå inn og ut av sine misbrukerperioder. Det stemte jo ikke med det vi lærte i studiet.

Christie og Bruun tar opp mange av de mytene som omgir narkotika. Jeg nevner i fleng: Fører hasjbruk overgelig til bruk av tyngre stoffer? Kan vi inndele stoffene i lettere og tyngre? Finnes narkotikahaiere med fete konti i sveitsiske banker? Hvor mye kriminalitet fører egentlig narkotikamisbruk til?

I Norge er narkotikaen gjort til DET STORE UNGDOMSPROBLEMET. Selv om det også er andre forsøk på løsninger, er det sentrale kriminalisering av stoffbrukerne, stadig mere politi og verdens høyeste straffer. Og masse-media følger opp med sensasjonelle reportasjer og store overskrifter. Men hvordan fortøner det seg fra en hverdag i almenpraksis? Jo, man kommer i kontakt med narkotikamisbruk, problemet er naturligvis der. Men det store misbruksproblem er alkoholen. Et hav av skuffelser og elendighet møter oss, ungdomsfull, brutte ekteksap, tap i arbeidsliv, ulykker av alle slag. Og likevel, alkohol er et tillatt rusmiddel, problemet blir litt brydd feid under teppet. Det er narkotikamisbruk som får de store oppslag i media, for det angår jo de andre, - synderne. Dette er en god fiende fordi det samler oppmersomheten om et symptom og dermed unngår å ta opp årsakene til at samfunnet ikke fungerer.

Christie og Bruun legger ikke skjul på at narkotikaproblemet er alvorlig og at narkotika er farlig, men de mener problemet er blitt grotesk forstørret opp til fortrenghet for andre, viktige forhold. Som leger er vi vant til å søke forbi symptomene til de egentlige årsaker, og vi bør bære vant til nøktern problemsløsning. Boken er velsignet klar og fornuftspreget, den anbefales på det beste. Du vil ikke være enig i alt, men du får mye å tenke på. Narkotika er ikke et medisinsk problem, det er et samfunnsproblem. ■

Nils Christie og Kjetil Bruun: DEN GODE FIENDE Narkotikapolitikk i Norden. Universitetsforlaget 1985. 236 sider. Kr. 128,-.

Den gode fiende.



□ Jørgen Jørgensen
Legehuset i Hokksund

Roger Granit:

Hur det kom sig.

Forskarminnen och motiveringar. P. A. Norstedt & Söners forlag. Stockholm. 1983.

I forordet sier forfatteren at dette ikke er memoarer i vanlig forstand, men en skildring av en vitenskapelig utvikling. Han sier at den nesten kunne kalles en undersøkelse av de omstendigheter som ledet til at forfatteren ble det han ble. De fleste av oss vil kjenne Ragnar Granit som en av de største i medisinsk vitenskap i Norden: Han fikk Nobelprisen i medisin i 1967.

Ragnar Granit var født i Finland i 1900 og avla medisinsk embeds-eksamen i Helsingfors i 1927. Han arbeidet først i Finland til 1940, deretter i Sverige. Forskningen falt i to epoker: De første 20 år arbeidet han med retinas nevrofysiologi og fargesynet, deretter med de sensoriske endeorganer i muskler og sener (muskul-/senespoler).

Boken forteller om en urolig men stimulerende oppvekst i Finland, han deltok bl.a. i den finske borgerkrigen i 1918. Vi hører om de mange arbeidsår, men fremfor alt hører vi om de krefter som

virker på et mottagelig sinn og gjør det til forsker. Han åpner med et sitat fra Henry Adams: "Boys never see a conclusion, only on the edge of the grave can man conclude anything": og vi møter en erfaren mann inntrykk fra et langt liv, velskrevet og fascinerende. Fremfor alt opplever vi gleden over å oppdage "en ny innsikt i en tidligere ubegripelig sammenheng". Når vi snakker om forskning i dag, har vi inntrykk av tusener av maurflittige mennesker som arbeider med millimeterstore utsnitt fra virkeligheten. På Granits tid var forskermiljøene små, og de store begavelser raget opp som fyrårn i landskapet. Man kunne gjøre epokegjørende oppdagelser eller "man kunne ordne tidligere oppdagede fakta slik at det kom fram et ordnet mønster av noe man trodde var tilfeldigheter. Boken gir et fascinerende gløtt inn i en slik oppdagelsesreise.

Granit skriver glimrende og mange av hans spissformuleringer er frydefull lesning. Her er et knippe av dem:

"Finländerna är vana att lida utan att klaga, medan riks-

svenskar er benägna at klaga utan att lida"

"Skolan i all ära, men större delen av det kunnskapsförråd man behöver, skaffar man sig själv när man märker vartåt det bär"

Det er lettare att komma fram i världen med flit än med begåvning, emedan flit inte väcker någon avund"

"Gud satt en gräns för det mänskliga förståndet, men ingen als för dumheten"

"En udda jävel i en framande helvete" (om outsidersen)

Boken gir et vemodig glimt inn i en svunnen verden av tro på mennesketanken, håp til utviklingen og solidaritet mellom forskerne over landegrensene.

Hvert år utsettes vi for en flom av "kjendis"litteratur, popsangere, skuespillere og hva det nå er. Man vasser i trivia, non-events, pakket inn i pludder og prat.

Her møter vi heldigvis et klokt og reflektert menneske som har noe å fortelle: Boken gir fin lesning for den som er interessert i mennesker og medisin i videste forstand.

Den anbefales på det beste

Seksuelle overgrep mot barn.

Den som har lest Herbjørg Wassmos roman "Huset med den blinde glassveranda", vil aldri glemme hovedpersonen, en jente på 10-11 år. Det er skjærende vondt når man leser om hvordan hun, angstfylt og forsvarsløs, misbrukes seksuelt av sin stefar.

Incestproblemet har vært lite snakket om, emnet er sterkt tabubelagt. Dessverre er nok omfanget større enn vi har ant, og basert på utenlandske undersøkelser kan vi gå ut fra at omtrent en av ti jenter er utsatt for seksuelle overgrep fra voksne innen familien. I mindre grad kan også gutter og voksne kvinner være involvert, men problemet gjelder vanligvis mindreårige jenter og voksne menn.

Problemet er nok blitt større de seneste årene på grunn av tiltagende oppløsning av familie-

strukturen. Mange barn opplever at foreldrene skilles, og de møter nye og fremmede voksne hjemme. Selv om barnets biologiske far kan være årsak til incest, er mulighetene større dersom barnet må leve med voksne det ikke har genetisk forbindelse med. I så måte står vi ovenfor enda en skyggeside av den økende familieoppløsningen.

Problemet blir nå tatt opp i massemedia, og norsk fjernsyn forbereder en serie om det. Universitetsforlaget har derfor, meget aktuelt, utgitt boken "Seksuelle overgrep mot barn". Bokens to forfattere er henholdsvis sykepleier/lege og sosionom, og den henvender seg først og fremst til helse- og sosialarbeidere, men også til alle som i sitt arbeide kommer i kontakt med barn.

Det er nøkternt og klart skrevet og gir et omriss av den tilgjengelige informasjon vi har om emnet uten at den pretenderer å gå i dybden. Boken gjennomgår også de lover som dekker slike forhold, og den tar opp hvordan man kan hjelpe både barnet og den voksne etter at incest er blitt oppdaget.

Tilsist i boken finnes en omfattende litteraturliste, slik at interesserte kan sette seg mere inn i emnet.

Boken hører naturlig hjemme i biblioteket på et distriktslegekontor

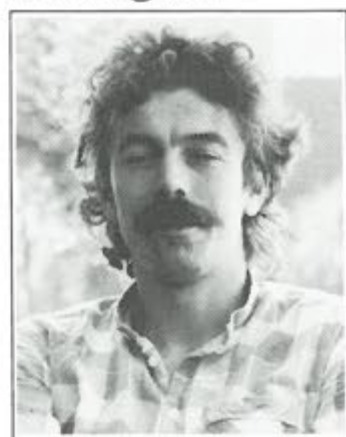
Eli Knudsen Innes og Karin Haarberg Aas: Seksuelle overgrep mot barn. Universitetsforlaget. 98 sider. Pris kr. 95.

Denne artikkelen gir ei oppsummering av resultatene fra Helseundersøkelsen for Landbruket 1982 som er gjennomført av Bygdeforskningsgruppa ved Institutt for Sosiologi og Samfunnskunnskap, Universitetet i Trondheim. Undersøkelsen inngår i Norges Landbruksvitenskapelige Forskningsråds arbeidsmiljøprogram. Data er samlet inn av Statistisk Sentralbyrå og består av personlige intervjuer (spørreskjema) av et representativt og landsomfattende utvalg av bønder og bondekoner. Svarprosenten var på 90, noe vi har funnet svært tilfredsstillende, særlig tatt i betraktning av at vi har med "intime" data (helsesdata) å gjøre.

Undersøkelsen bygge altså på egenrapportering av sykdom. De intervjuede ble bedt om å besvare en rekke spørsmål som belyste deres helsesituasjon i 14-dagersperioden før intervjuet. Det er med andre ord sykdomsprevalensen i gruppa som er registrert. En identisk framgangsmåte ble også benyttet i Statistisk Sentralbyrås Helseundersøkelse 1975.

Egenrapportering av helse har tidligere vist seg å føre til en viss underrapportering av sykdommer. Særlig gjelder dette mentale lidelser og svulster. Totalt sett gir imidlertid metoden et brukbart bilde av helsetilstanden i ei befolkningsgruppe, og vi har funnet å kunne feste lit til våre resultater, ihvertfall når det gjelder tall for total sjukelighet og de største sykdomsgruppene.

□ Jørn Ødegård



Jørn Ødegård er cand. polit. 1981 fra Universitetet i Trondheim og har etter dette arbeidet som forskningsassistent ved Institutt for sosiologi og samfunnskunnskap ved Universitetet i Trondheim.

Helseundersøkelsen for

BØNDERS "SJKDOMS-PANORAMA"

I denne artikkelen er det bøndernes helse vi er opptatt av. Figur 1 er ei grafisk framstilling av hvilke sykdommer norske gardbrukere er ramma av. Langs den ene aksen går bøndernes alder, mens den lengste aksene representerer de ulike sykdomsgruppene. Bønderne er delt inn i 10-årsgrupper, mens vi for sjuketilfellenes del har foretatt ei gruppering i 17 årsaksgrupper i henhold til ICD's 8 revisjon av sykdommer, skader og dødsårsaker.

Sjukeligheten øker som vi ser sterkt med alderen i noen av sykdomsgruppene, mens den er bortimot konstant i andre. Øking etter alder finner vi særlig i sykdomsgruppe 7, som er hjerte-/karsjukdommer og i gruppe 13, som er belastningsslidelser i muskler, skjelett og bindevev. Gruppe 6, sykdommer i nervesystemet og sanseorgana viser ei tilnærma jamn fordeling etter alder, med unntak for den yngste aldersgruppa, de under 30 år. Antall enheter er imidlertid for lite i denne gruppa til at vi kan feste lit til denne fjelltoppen.

Skadetalla er skjult i denne figuren. For å få fram fordelinga

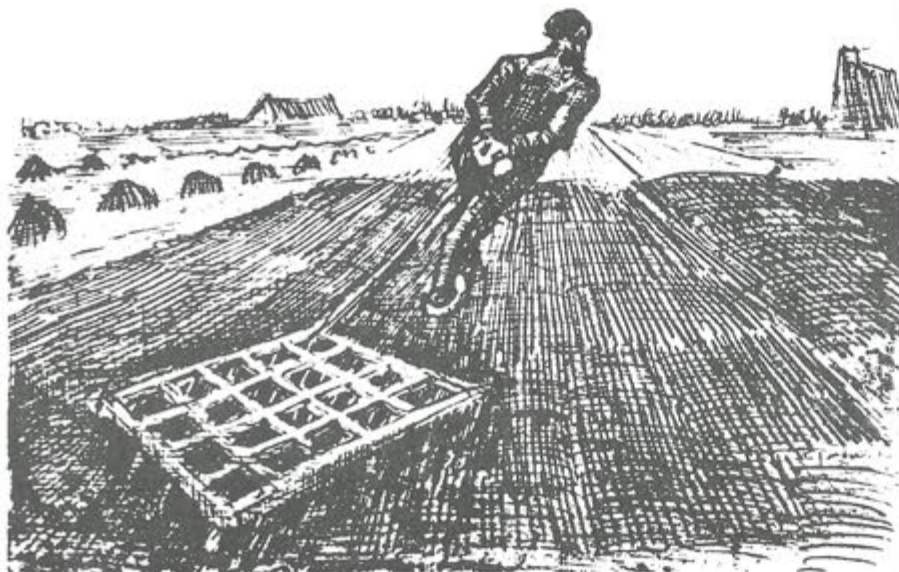
av tilfellenes i denne sykdomsgruppa etter alder, har vi vært nødt til å "snu" figuren slik som vist i figur 2. Denne figuren er i motsetning til den forrige vridd, det vil si at fjella som på den andre figuren lå lengst unna, nå er kommet i forgrunnen. Aldersaksen er også snudd slik at de eldste bønderne befinner lengst til venstre. Årsaken til at vi har snudd figuren, er som nevnt at vi ønska å få fram sykdomsgruppe 17, ulykker, forgiftninger og vold. Denne kategorien rommer i hovedsak arbeidsulykker som vi fra tidligere vet forekommer ofte i landbruket. Den høge toppen på midten av aldersaksen (dette er bønder mellom 40 og 49 år), er noe overraskende med bakgrunn i det vi kjenner til fra undersøkelser om arbeidsulykker med døden til følge. Slike ulykker rammer oftest de yngste og eldste yrkesutøverne. At aldersgruppa 40-49 år har en skadefrekvens på linje med dem som er over 70 år er derfor vanskelig å forklare. Årsaken kan være at dette er bønder som står midt oppe i ei utbygging av bruket i disse "sine beste år". Hardt kjør og lange dager kan medføre øket risiko for skader på grunn av at bønderne er slitne og mindre oppmerksomme. Ei anna forklaring, som det er vanskelig å verifisere, er at når man runder 40 år, så inntreffer det misforhold mellom hode og kropp. Sagt med andre ord: man føler seg yngre enn man egentlig er, og tar

derfor de samme sjanser som før og arbeider like hardt som før, mens kroppen i virkeligheten ikke henger med.

Figurene 1 og 2 sier lite om den totale helsetilstanden blandt bønder. Tidligere helseundersøkelser, som for eksempel Helseundersøkelsen 1975, har vist at de som jobber i primærnæringene kommer dårlig ut med hensyn til helse sammenlikna med andre yrkesgrupper slik som vist i tabell 1. Talla i denne tabellen er ikke korrigert for alder. Den høge gjennomsnittsalderen i jordbruket er derfor med og trekker opp tallet for primærnæringene. En anna svakhet er det at de som arbeider i jordbruk, skogbruk og fiske er gruppert sammen. Likevel må konklusjonen bli at sysselsette i primærnæring, og dermed i landbruket, har en dårlig helsetilstand totalt sett.

Når vi sammenligner sjukelighetstall over tid, virker det som om helsetilstanden er blitt noe bedre blandt bønderne de senere åra. Usikkerhetsmomentene i ei slik jamføring er imidlertid så mange at vi ikke vil presentere noen tall her. Dersom det likevel har skjedd ei generell bedring av helsetilstanden hos norske gardbrukere, kan dette etter vår mening være følgende årsaksfaktorer som har virka inn:

1. Gjennomsnittsalderen blandt bønder har gått noe ned de siste



landbruket 1982

åra.

2. Opptrappinga i landbruket har gitt bøndene bedre økonomi og mer fritid.
3. Distriktas helsetjeneste er blitt mer og bedre utbygd.
4. "En bedre livsstil", med mer trim, mindre røyk og alkohol, bedre kosthold kan ha fått gjennomslag også på landsbygda.

Mer interessant enn å diskutere hvorvidt bønder er blitt friskere eller ikke de siste 5-10 åra, er det etter vårt syn å se nærmere på hvilke sykdomsgrupper som representerer den alvorligste trusselen mot deres helse. Som vi allerede har nevnt, har vi delt inn vårt materiale i henhold til ICD's 17-gruppering av sykdommer, skader og dødsårsaker. Hvis vi et øyeblikk vender tilbake til figuren med "sykdomsfjell", ser vi at det er noen av disse sykdomsgruppene som stikker seg ut i det ellers flate eller småkuperte landskapet.

De tre sykdomskate goriene; gruppe 7 (sykdommer i sirkulasjonsorganer), gruppe 13 (sykdommer i muskler, skjelett og bindevev) og 17 (skader), utgjør tre viktigste fjellkjeder i bøndernes helsepanorama. Det er nettopp slike sykdommer som er sterkest betingta av forhold i arbeidet, noe som ikke minst er viktig for oss som driver med

arbeidsmiljøforskning. I forbindelse med diskusjonen om hvorvidt bønder er blitt friskere eller ikke de seinere åra, er det også nødvendig å skyte inn at nettopp disse tre sykdomsgruppene ikke viser tegn til nedgang. Antall tilfeller av belastningslidelser og skader har endog økt siden Helseundersøkelsen 1975. Dette burde understreke betydninga av fortsatt og økt innsats mellom anna for å bedre arbeidsmiljøet i landbruket.

HELSE- OG ARBEIDSMILJØ

delene av Temaet for denne artikkelen er sammenhengen mellom arbeid, miljø og helse. Sagt med andre ord, vi er interesserte i å belyse noen av de faktorene i arbeidet og arbeidsmiljøet som er bestemmende for den enkelte gardbrukers helse. Når vi er ser bort fra individuelle og samfunnsmessige forhold, er vi kommet til at det er 5 sentrale variabler som forklarer det meste av variasjonen i sjukelighet. Disse er:

1. Heltids/deltids jordbruk
2. Arbeidsmengde og -intensitet
3. Bruksstørrelse
4. Driftsform
5. Regionale forskjeller

Før vi går nærmere inn på hver enkelt av disse variablene, er det imidlertid nødvendig å knytte noen kommentarer til den viktigste variabelen av alle når vi undersøker helsa til mennesker, nemlig alder. Fra før vet vi at aldersvariablen forklarer det meste av det vi finner i sjukelighet. For å unngå å måtte sjekke alle sammenhenger mot alder har vi standardisert samtlige tabeller videre i framstillinga med hensyn til alder. Virkninga av ulik alderssammensetning i de forskjellige gruppene er altså tatt bort. På denne måten kan vi føle oss tryggere på at de eventuelle forskjeller i helsetilstand vi måtte finne virkelig er uttrykk for virkninger av forhold i arbeidet.

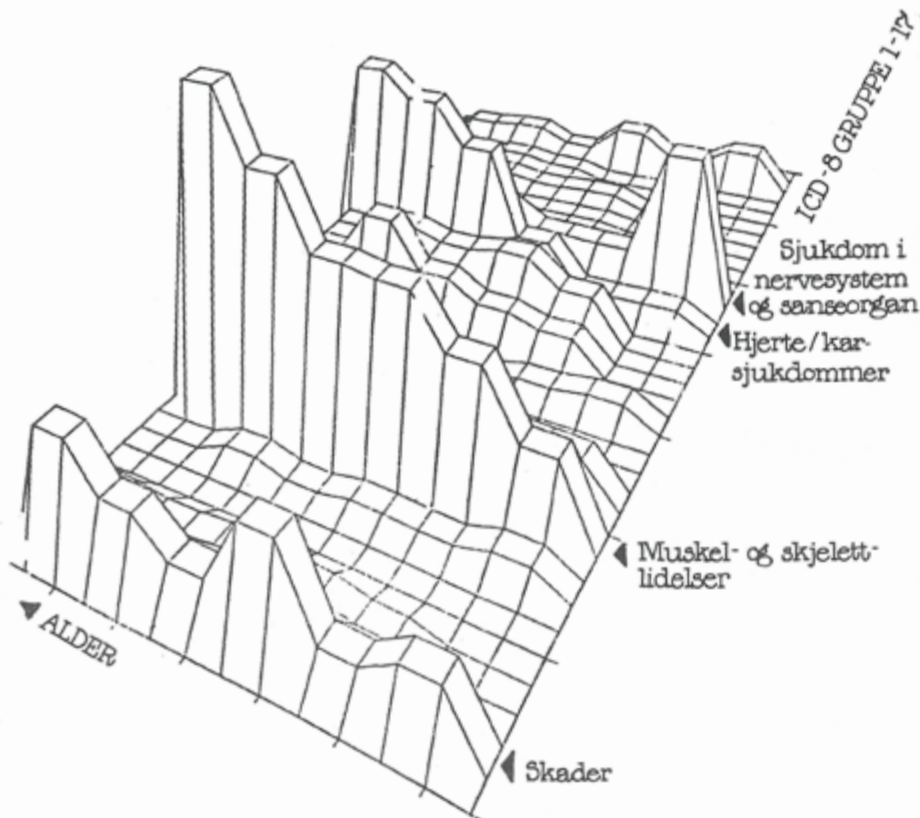
En annen sentral variabel i helsesammenheng er kjønn. Denne har vi valgt å se bort fra da vårt materiale nesten utelukkende består av mannlige bønder. En kontroll som vi har foretatt viser at de 44 kvinnelige bøndene som er med i undersøkelsen, ikke skiller seg systematisk ut fra resten med hensyn til sjukelighet. Den videre framstilling er med andre ord ei beskrivelse av mannlige bønders arbeidsmiljø og helse. Vi skal seinere publisere materiale om bondekvinnes helse.

Heltids/deltids jordbruk

Et interessant funn i vår undersøkelse er at sjukeligheten er adskillig mindre for brukere som har andre yrker i tillegg til gårdsarbeidet. Dette går tydelig fram av tabell 2. Her ser en at skadetalla er lite påvirkta av om man har anna arbeid. Dette betyr likevel at de som har arbeid utafør bruket er forholdsvis mer utsatt for skader enn heltidsbrukerne ettersom de siste jobber mye mer på gården. Mindre gårdsarbeid slår altså ikke ut i færre skader. Årsaken er trolig at deltidsbrukerne har dårligere teknisk utstyr og er mindre trenna i landbruksarbeidet enn heltidsbrukerne.

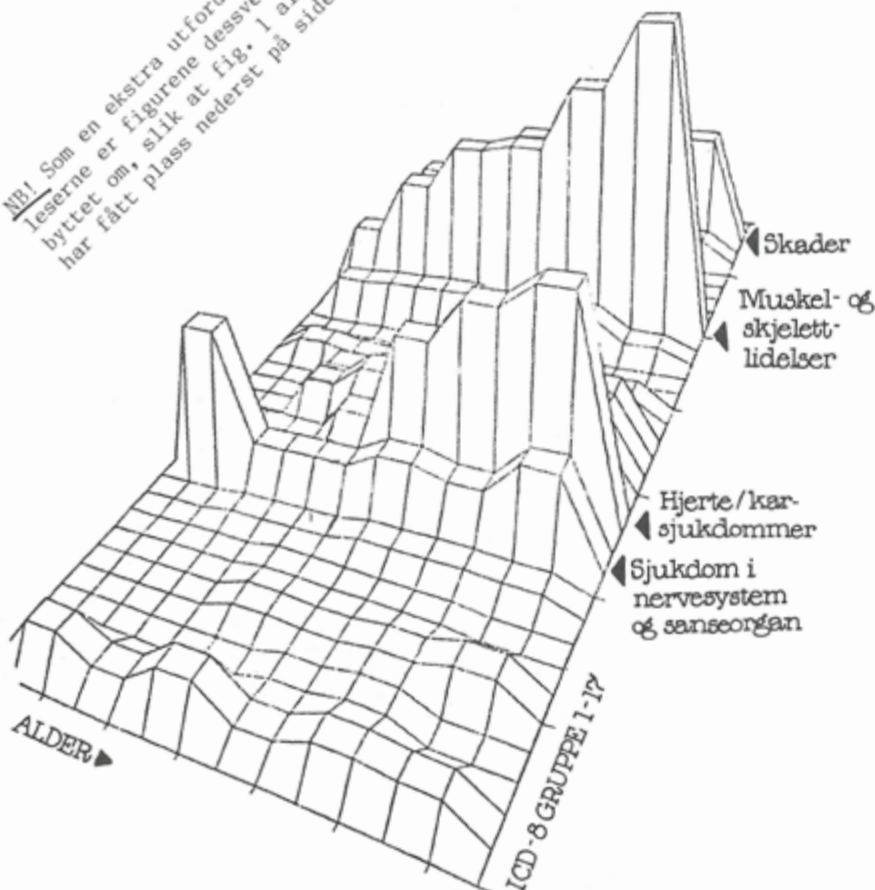
Når det gjelder muskel- og skjelettlidelser, ser vi derimot en klar tendens til økt sjukelighet etter økt arbeidsinnsats i landbruket. Dette betyr at vi her står overfor sykdommer som skyldes for mye og feilaktig bruk av kroppen som for eksempel ved tunge løft, ensidige og uheldige arbeidsstillinger og så videre. Den variasjonen man får via et anna arbeid ser ut til å virke positivt.

Går vi videre til hudsykdommene og sykdommer i fordøyelses-



Figur 2: Sjuketilfeller pr. 1000 etter ICD8 hovedgrupper og alder blant norske bønder. (Vridt matrise)

NB! Som en ekstra utfordring til leserne er figurene dessverre byttet om, slik at fig. 1 altså har fått plass nederst på siden.



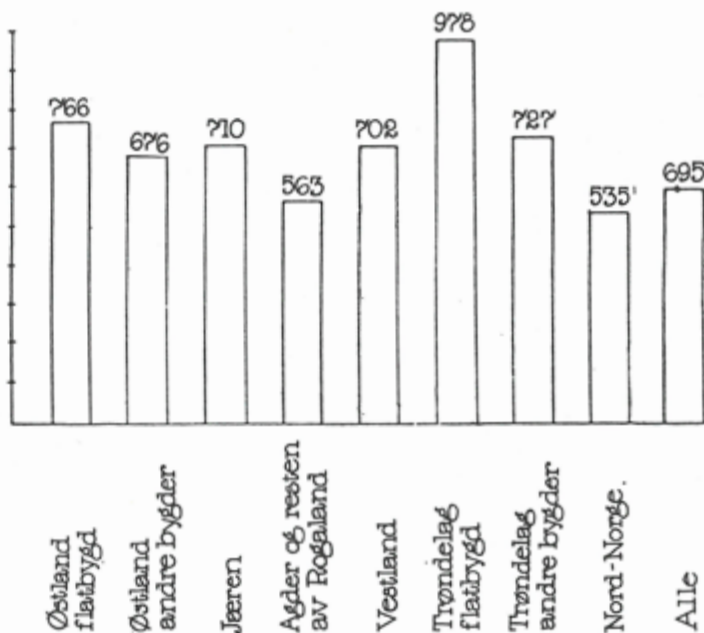
Figur 1: Sjuketilfeller pr. 1000 etter ICD8 hovedgrupper og alder blant norske bønder.

organa, finner vi en noe anna profil. Her går skillet mellom de som har heltidsarbeid i anna yrke og de som er heltids eller deltid bønder. Men også når det gjelder disse sjukdomsgruppene ser det ut til at omfanget av landbruksarbeidet har negativ virkning.

Arbeidsmengde og intensitet

Arbeidsmengde er i vårt tilfelle målt etter hvor mange timer bonden oppgir å arbeide hver dag. Rent intuitivt er det lett å tenke seg at jo mer man arbeider på gården, jo større er sjansen for å pådra seg sjukdom. Her må vi ta noen forbehold. Alt arbeid er ikke like hardt, og opp til et visst antall timer er det ikke usunt å arbeide. Hvis vi imidlertid tar i betraktning at jordbruksarbeide ofte innebærer hardt fysisk slit og at den gjennomsnittlige arbeidsdagen i mange tilfeller er lengre enn industriarbeiderens, skulle det være lettere å akseptere at vår hypotese er riktig. Noen tall kan illustrere dette: se tabell 3. Tabellen støtter ikke vår hypotese i særlig grad. Vel er det slik at de som arbeider minst på gården er de friskeste totalt sett. Med unntak for hjerte/karsjukdommer er det slik, men ellers er utslaga små. Etter vårt syn er forklaringene enkle, og vi velger å holde fast på at vår hypotese er riktig av grunner vi snart skal komme tilbake til. Det faktum at de som arbeider mest ikke er særlig sjukere enn andre bønder mener vi skyldes en seleksjonsprosess som fører til at det er de sterkeste (og dermed de friskeste) bøndene som arbeider mest. Bønder som er sjuke trapper naturlig ned, enten ved å mekanisere eller redusere inntekta, gjennom å legge om drifta ellr veg å legge ned gården. Mest dramatisk vil en slik nedtrapping bli ved en hjerte/karsjukdom.

Et bedre bilde av forholdet mellom arbeidsinnsats og helse-tilstand får vi ved å se på sammenheng mellom ulike belastninger man er utsatt for i arbeidet og sjukelighet. Her får vi bekrefte vår hypotese om at lange dager er verre enn korte, gitt at de er noelunde intense. En kontroll som vi har foretatt viser at det er de som er utkjørt etter arbeidsdagen som er mest plaga av sjukdom. Mindre hardt kjøer og hyppigere pauser kan med andre ord være med på å forebygge en del av yrkessjukdommene vi finner i landbruket. Vonde arbeidsstillinger og gjentatte bevegelser synes også å ha sammenheng med høg sjukelighet. Dette viser at bedre helse i stor



Figur 3: Sjuketilfeller pr. 1000 etter landsdel.

Tabell 1: Sjuketilfeller pr. 1000 i noen yrkesgrupper. Menn. Fra Helseundersøkelsen 1875.

	Jordbruk, skogbruk, fiske	Transport, og kommunikasjon	Industri, bygg, anlegg	Administ., forvaltn, ledelse	Kontor og handel	Alle
Sjuketilfeller pr. 1000 menn	979	858	832	731	692	801
N=	377	795	1367	870	850	4259

Tabell 2: Sjuketilfeller pr. 1000 etter arbeidsinnsats i gårdsdrift og/eller andre yrker. Noen sykdomsgrupper og total sjukelighet.

	Arbeidsinnsats			Alle
	Bare gårdsdrift	Deltid i anna yrke	Heltid i anna yrke	
Hjerte/karsjukdommer	141	73	94	117
Sjukdom i fordøyelsesorgan	75	64	32	61
Hudsjukdommer	42	45	25	37
Muskel- og skjelett-sjukdommer	253	208	169	207
Skader	77	75	69	74
Total sjukelighet	838	679	573	713
N=	535	130	187	852

grad er avhengig av hvorvidt brukeren sjøl klarer å legge opp det daglige arbeidet på en fornuftig måte. Det er ikke lengden på arbeidsdagen i seg sjøl, men hvordan arbeidet legges opp som påvirker sjukeligheten mest. Regelmessige pauser, variasjon i arbeidsstillinger og unngåing av ensidighet i arbeidet skulle da også være en billig måte å investere i bedre helse på.

Bruksstørrelse

Over store deler av Norge består jordbruket av små driftsenheter. Særlig gjelder dette Nord-Norge, Vestlandet og fjord- og fjellbygder ellers i landet. Produksjonen er ofte allsidig, de tekniske hjelpemidlene få og dårlige og fortjenestemulighetene små. Bruka bygger utelukkende på familiens arbeidskraft, og ofte må det hardt slit til for å opprettholde drifta.

På den andre sia har vi de gode jordbruksbygdene på Østlandet, Jæren og i Trøndelag. Der finner vi store bruk med høy mekaniseringsgrad, god inntjeningssevne, og der gjøres mer bruk av leid arbeidskraft. Rent intuitivt virker livet lettere på større bruk enn de er på mindre. Det ligger derfor nær å anta at det bør kunne finnes en sammenheng mellom bruksstørrelse og sjukelighet, der bønder på små bruk kommer dårligst ut.

Ser vi på totaltalla i tabell 4, viser vår antagelse seg å holde stikk med ett unntak. På de største gårdene er sjukeligheten stor, ja, nesten på nivå med de minst gårdene.

Går vi inn på den enkelte sykdomsgruppe, finenr vi imidlertid noe svært interessant. Det er helt tydelig at det er kategorien "andre sykdommer" som fører til at bønder på de mindre gårdene er mest sjuke. Dette er overraskende. Det er altså ikke de sykdomsgruppene som er mest knytta til forhold i arbeidet (sykdomsgruppene 7,13 og 17) som fører til oversjukelighet. Tvert imot ser vi for eksempel utbredelsen av muskel- skjelettlidelser tiltar med økende bruksstørrelse, og at det samme er tilfelle for yrkesskadene vedkommende, til tross for at den totale sjukeligheten viser en motsatt tendens. Dette viser etter vår mening klart at flere og bedre maskiner for eksempel ikke er tilstrekkelig til å forebygge belastningslidelser og skader. Maskinene som skal erstatte anna arbeidskraft gjør nok arbeidet lettere, men øker samtidig sjansene for slitasjesjukdommer av en ny type

Tabell 3: Sjuketilfeller pr. 1000 etter arbeidstimer pr. dag. Noen sjukegrupper og total sjukelighet.

	Arbeidstimer pr. dag		
	1-5	6-10	11 eller mer
Hjerte/karsjukdommer	149	134	120
Muskel- og skjelettlidelser	174	227	215
Skader	80	118	120
Total sjukelighet	683	760	760
N=	134	503	254

Tabell 4: Sjuketilfeller pr. 1000 etter bruksstørrelse (areal i drift). Noen sjukegrupper og total sjukelighet

	Bruksstørrelse i dekar				
	-19.9	20-49.9	50-99.9	100-199.9	200 og mer
Hjerte/karsykdommer	148	114	172	80	175
Muskel- og skjelettlidelser	184	193	205	249	269
Skader	0	52	93	95	114
Total sjukelighet	906	805	738	689	821
N=	104	231	263	195	99

Tabell 5: Sjuketilfeller pr. 1000 etter brukstype (driftsform). Noen sjukegrupper og total sjukelighet

	Tilfeller pr. 1000	N=
Korn og husdyr (ikke melkeproduksjon)	952	84
Korn- og melkeproduksjon	786	42
Bare kornproduksjon	729	151
Allsidig husdyrhold med korn	620	100
Husdyrhold uten melkeproduksjon	689	190
Melkeproduksjon og anna husdyrhold	660	156
Bare melkeproduksjon	586	111
Verken husdyrhold eller kornproduksjon	831	89
Alle grupper	713	923

(særlig nakke- og rygglidelser) og skader. På de store bruka er det heller ikke bare arbeidsmengden, men også intensiteten i arbeidet som påvirker sjukeligheten. De ensidige arbeidsoperasjonene ved pløying, harving, såing, forhøsting og skurtresking skal helst gjøres unna i det samme laglige tidsrom som alle brukstyper har til rådighet. Resultatet blir gjerne hastverk og stress med økt sjanse for sjukdom.

Ei forklaring på den høge sjukeligheten blant brukere på de minst bruka kan være at disse har sjukdommer som gjør dem uskikka til å drive jordbruk i stor skala. De har derfor valgt å forbli små heller enn å satse på anna levebrød.

Driftsform

Sammenhengen mellom driftsform og sjukelighet henger igjen sammen med forholda vi nå har vært inne på, som for eksempel arbeidsmengde og bruksstørrelse. Med dette in mente blir ikke talla i tabell 5 så overraskende som de var for oss den første gangen vi så dem.

Talla i denne oversikten er ikke aldersstandardiserte. Dette medfører at vi i tolkninga hele tida må skjele til aldersfordelinga blant brukerne i de forskjellige produksjonsmåtene. Det mest iøynefallende ved tabellen er de hhøge sjukelighetstalla for produksjoner som omfatter bare korn eller korn i kombinasjon med andre typer husdyrholdenn til melkeproduksjon. Dette er imidlertid de store bruka som vi i den forrige tabellen så hadde høge sjukelighet. Vi fant da at det var yrkessjukdommene (hjerte/karsjukdommer, muskel- og skjelettlidelser og skader) som dro tallet i været for denne gruppas vedkommende. Vi er blitt stående ved den forklaringa på oversjukeligheten for brukerne på disse brukstypene at den skyldes at de har flere hektiske drifts-sesonger med mye traktorkjøring. Dette slår ut i høge skadetall og mye muskel- og skjelettlidelser.

De melkeprodusentene som ikke driver med korn, kommer faktisk alle bedre ut enn gjennomsnittet. Allsidigheten i husdyrholdet må antaes å virke positivt inn på helsetilstanden. Dessuten er også dette yngre brukere med unntak av de som driver allsidig husdyrhold med korn. Disse "gammeldagse" brukerne er på tross av sin høge gjennomsnittalder svært friske, noe som gir en pekepinn om at allsidighet i arbeidssituasjonen fremmer god helse, men ensidighet

og "harde tak" over kortere perioder virker negativt inn på helsetilstanden.

Regionale forskjeller

Tar vi for oss landsdeler og jordbruksområder, så vil noen av de samme forhold som vi har beskrevet tidligere gå igjen, men også andre forhold spiller inn.

Høgst sjukelighet finner vi i Trøndelag, og særlig da i flatbygdene der. Også de andre områdene i landet med flatbygder kommer dårlig ut, mens Nord-Norge som vi vil se, har den klart laveste sjukeligheten. At Trøndelag under ett skal komme så dårlig ut med hensyn til sjukelighet, trenger ei forklaring. Den korte, hektiske drifts-sesongen spiller nok en viss rolle, særlig for dem som driver med kornproduksjon. Stress-situasjoner både vår og høst øker sjansene for skader og belastningslidelser.

Nord-Norge har også en kort drifts-sesong, men i og med at korn er uaktuelt, skulle den mest hektiske produksjonen være fjerna fra bildet. Den storstilte nedlegginga av bruk i Nord-Norge kan også ha ført til en seleksjon av gjenværende bønder med god helse.

De beste landbruksdistrikta utmerker seg som vi ser med høgst sjukelighet. Det er forårsaka av at bruka er store, og at det for en stor del drives med kornproduksjon. At Vestlandet kommer heller dårlig ut, er ikke overraskende når vi vet at vanskelige driftsforhold er en av de faktorene som medfører oversjukelighet.

4. OPPSUMMERING

Det vi har vært igjennom i denne artikkelen kan presenteres kort under følgende 8 punkter:

1. Hvorvidt bøndernes helse har forverra seg eller blitt bedre de seinere åra er vanskelig å uttale seg om på grunnlag av vår undersøkelse.
2. Yrkessjukedommene (hjerte/karsjukdommer, muskel- og skjelettlidelser og skader) har ikke vist noen tilbakegang.
3. Sammenlikna med andre yrkesgrupper er den yrkesbetinga sjukeligheten høg blant bønder.
4. Sjukeligheten er høgst for heltidsbrukerne.
5. Sjukeligheten er høgst blant de brukerne som er fysisk utmatta etter arbeidsdagen.



6. Sjukeligheten er høgst på de minste og de største bruka.

7. Det er største sjukelighet på bruk med kornproduksjon og minst på bruk med melkeproduksjon.

8. Det er høgst sjukelighet i Trøndelag og på flatbygdene og lågest i Nord-Norge og bygdene i Agder og Rogaland utenom Jæren.

Vårt håp er at resultatene fra denne undersøkelsen sammen med andre forskningsresultater og statistikk skal kunne danne utgangspunkt for dem som ønsker å drive forebyggende arbeid i landbruket. Prioriteringa skulle gi seg sjøl etter som det er så klare utslag i materialet. For det første må mye av innsatsen rettes inn mot hjerte/karsjukdommer, muskel- og skjelettlidelser og skader som er de

største risikofaktorene for landbrukshelse. For det andre er det viktig å se nærmere på de arbeidsforholda som skaper høy sjukelighet. Vi tenker her spesielt på utmattelse, belastninger og ensidighet i arbeidet.

La oss derfor håpe at vi kan være med å motivere fagpersonell av ulik art, og ikke minst bondene sjøl til å ta et tak for å bedre helsetilstanden i landbruksbefolkninga. Kanskje vil vi da om vi tar en titt inn i bøndernes "sjukdomspanorama" igjen om noen år, oppleve at de høge fjellrekkene og de truende toppene i figurene 1 og 2 i hvertfall til en viss grad er blitt redusert og landskapet flattere.

Benytt anledningen

Om forebyggende helsearbeid og helseopplysning som integrert del av almenpraktikerens kurative virksomhet.

□ Dag Bruusgaard
Institutt for almenmedisin
Oslo



Ettersom alle innfødte forlengst har lokalisert Dag B., skal det for våre utenlandske lesere opplyses at han er cand. med. fra Oslo 1965 og at han fra 1971 er amanuensis ved Institutt for almenmedisin i Oslo.

Almenpraktikernes spesielle forutsetninger og muligheter for å drive forebyggende helsearbeid har vært understreket ved gjentatte anledninger de siste år. Samtidig har mange betvilt almenpraktikerens evne og vilje til å drive forebyggende helsearbeid under påstander som "almenpraktikere tenker bare sykdom og behandling, ikke helse og forebygging".

Almenpraktikere står for mesteparten av det forebyggende legearbeid i det norske helsevesen, og de fleste almenpraktiserende leger har en eller flere veldefinerte forebyggende oppgaver, som heisestasjonslege, bedriftslege, skolelege e.l. (1,2). Også fiesteparten av de rundt 1/2 million cytologiske prøver som undersøkes i Norge hvert år blir tatt av almenpraktiserende leger.

Prinsipielt kan almenpraktikerens forebyggende arbeid deles i tre typer:

- deltidsansatt for å arbeide forebyggende (bedriftslege, heisestasjonslege, skolelege etc.)
- forebyggende helsearbeid innimellom kurativt helsearbeid (graviditetskontroller, cervixcytologi)
- forebyggende helsearbeid som del av kurative konsultasjoner (rutinemessig blodtryksmåling, informasjon om røyk og helse etc.). På engelsk: Opportunistic health promotion.

I denne artikkelen vil jeg spesielt ta for meg den siste form for forebyggende helsearbeid. Det er stadig et ubesvart spørsmål hvilket omfang denne type arbeid har, og om vi er flinke nok til å benytte anledningen når pasientene først oppsøker oss.

På kurs "Almenmedisin for almenpraktikere" foretok vi som forberedelse til gruppearbeid en enkel registrering av hva som foregikk av forebyggende helsearbeid og helseopplysning på en vanlig kontordag. Deltagerne var positivt overrasket over hvor mye forebyggende arbeid de gjorde, til dels

i de mest kurativt orienterte konsultasjoner.

Stott & Davis (3) prøvde i 1979 å sette dette inn i en videre ramme der konsultasjonen ble inndelt i fire komponenter, jfr. figur 1. Denne enkle konsultasjonsmodellen blir mye brukt i England, ikke minst i undervisningen. Mens unge leger under utdanning til almenpraksis bruker modellen systematisk, synes mange av studentene den er seivst og derfor lite spennende. Den siste tid har modellen også vært gjenstand for en del kritikk.

Ad.A: Ta opp akuttproblem (management of presenting problems). Dette er hovedinnholdet i de aller fleste konsultasjoner og gjenstand for det meste av den interesse som har vært omkring konsultasjonssituasjonen. Diagnostikk og behandling er middelet for å løse det problem pasienten presenterer.

Ad.C: Ta opp kroniske eller kontrolltrende problem (management of continuing problems). Dette burde være en del av enhver almenpraktiker-konsultasjon. En benytter anledningen til å spørre hvorledes det går med kroniske sykdommer eller tidligere plager og foretar om nødvendig kontroll. Dette bør skje også uten at pasienten ber om det.

Ad.D: Drive forebyggende helsearbeid (opportunistic health promotion). Det er særlig dette siste begrep som har vært omfattet med interesse i England. Utgangspunktet er at 80-90 % av den engelske befolkning i løpet av tre år vil oppsøke sin almenpraktiker minst en gang og at legene således kommer i kontakt med de aller fleste i befolkningen. Oppgaven blir å utnytte denne kontakten til et målrettet forebyggende arbeid ved at man "benytter anledningen". At det tas et blodtrykk i forbifarten på alle i aldersgrupper der dette er vist formålstjenlig, at en snakker om røyking, at det tilbys cervix cytologi og mammae-undersøkelser. Tanken er besnærende, i stedet for kompliserte innkallingsprosedyrer skal

man benytte seg av kontakt mellom befolkningen og helsevesenet som likevel kommer i stand fordi pasientene har en eller annen plage. Begrepet "opportunistic health promotion" har i løpet av noen få år blitt en almenmedisinsk siøgn. Hvis det kan dokumenteres at almenpraktikerne virkelig er i stand til å utnytte denne mulighet til systematisk forebyggende helsearbeid, vil det være en triumf for bestrebelsene på å integrere forebyggelse og behandling. Hvilke undersøkelser som skal foretas, hvilke råd som skal gis, i det hele tatt fremgangsmåten for et slikt arbeid vil selvsagt til enhver tid være avhengig av tilgjengelig medisinsk viten, som hvor ofte man skal ta cytologi, i hvilke aldersgrupper blodtrykket skal måles, og når og på hvilken måte en skal gi informasjon om f.eks. røyking, familieplanlegging og forberedelse til pensjonsalderen.

Ad. B: Påvirke legesøkningsadferd (modification of health-seeking behaviour). Hver konsultasjon påvirker fremtidig legesøking, enten dette gjøres bevisst eller ikke. For pasientene fortøner helsevesenet seg ofte komplisert og uoversiktlig, og de kjenner hverken til de almenmedisinske eller andre ideaer. Det er nødvendig å informere pasientene om hva vi mener er den mest fornuftige bruk av helsevesenet. Hva vi sier er en ting, hva vi gjør er kanskje vel så viktig. Hvis vi tar oss tid til en skikkelig anamnese som inkluderer risikofaktorer og helseproblemer ut over det dagsaktuelle, viser vi en interesse for pasientens samlede helsestilstand som pasientene utvilsomt vil merke seg. Møter vi en pasient med sår hals med fire spørsmål og en spatei på tungen, vil ikke dette nødvendigvis avskrekke, men vil heller ikke gjøre at pasienten vil anstrenge seg særlig for å komme tilbake til den samme lege ved neste korsvei.

Denne enkle konsultasjonsmodellen er tenkt som en huskeregel. Ved enhver konsultasjon bør samtlige fire områder være vurdert, og om noen av elementene utelates må det begrunnes. Hovedunnskydningen vil selvsagt være mangel på tid. Dette er imidlertid et argument som for fremtiden vil få stadig mindre gjennomslagskraft og som ikke bør brukes for å motarbeide forsøk på å øke kvaliteten i almenpraksis. Hvis vi gjennomfører konsultasjoner slik som antydnet i modellen, vil dette høyst sannsynlig bli tatt vel imot av befolkningen og vil være et godt argument for å styrke primærhelsetjenesten.

Mens det er bred enighet om at disse fire elementene bør inngå i svært mange konsultasjoner, gjelder dagens debatt først og fremst hvor realistisk det er å basere individorientert forebyggende helsearbeid på de situasjoner "der anledningen byr seg" -opportunistic health promotion. Det som har vært foretatt av registreringer så langt viser at engelske almenpraktike-

re ikke er altfor flinke. Dette er først og fremst dokumentert ved å gå gjennom journaler for å se etter om blodtrykk er målt og registrert. Tallene er, ikke uventet, skuffende lave. Fiere leger har derfor begynt å betvile effektiviteten av denne form for forebyggende helsearbeid. De mener den i det minste må suppleres med mere systematiske innkallinger for å være sikker på å nå frem med et tilbud. Engelskmennenes listesystem har i alle år gitt et godt grunnlag for systematisk innkalling av pasienter for forebyggende helsearbeid. Denne muligheten har imidlertid blitt utnyttet i svært liten grad. I våre dager har moderne datateknologi aktualisert spørsmålet. Innkallingsprosedyrer kan nå forenkles ytterligere.

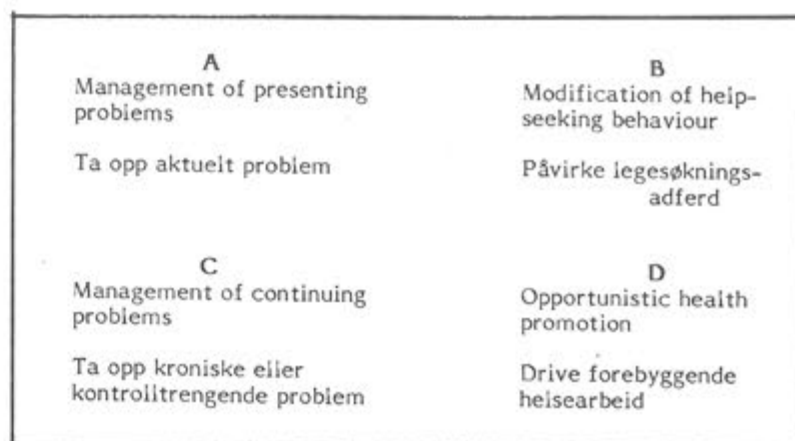
Ved Department of Community Medicine and General Practice i Oxford er man i ferd med å utprøve en alternativ modell. Kontakt etableres "når anledningen byr seg" dvs. når pasienten allikevel kontakter helsevesenet. I stedet for at legen skal forventes å drive forebyggende helsearbeid som del av en kurativ kontakt, blir pasientene tilbudt helsekontroll av sykepleier enten samme dag eller de får time en av de påfølgende dager, en form for systematisert "når-anledningen-byr-seg" arbeid.

Forebyggende helsearbeid og helseinformasjon må skje på flere plan med ulike metoder. Det er ingen tvil om at hovedoppgaven vil påhvile den primære helsetjeneste. Primærhelsetjenesten kommer jevnt i kontakt med store deler av befolkningen, og muligheten til forebyggende helsearbeid og helseinformasjon må overveies ved enhver situasjon der primærhelsetjenesten møter befolkningen. Dette bør gjennomføres selv om det også etableres tilbud om rutinemessige helsekontroller. Vi må benytte sjansen når anledningen byr seg.

REFERANSER

1. Bruusgaard D, Koksvis T. Videre- og etterutdanning av almenpraktiserende leger. En spørreundersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1979;99:1157-61.
2. Rutle O. Pasienter fram i lyset - analyse av legekontakter i primærhelsetjenesta. SIFFs gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 1-1983.
3. Stott NCH, Davis RH. The exceptional potential in each primary care consultation. J R Coll Gen Pract 1979;29:201-5.

Figur 1 Ulike elementer som bør inngå i enhver konsultasjon



Etter Stott & Davis (3)



Bernt Daltveit er rådgjevande lege på deltid for Indre Hordaland siden -82. Cand. med. Bergen 1970. Med. avd. Fylkessjukehuset, Voss 1974-78, Med. A. Haukeland 1978-79. Privat praksis Ullensaker Legesenter 1973-74, privat praksis Voss 1979-. Spes. indremed. 1980.



Oppfølging av langtidssjukemelde

ei orientering frå ein rådgjevande lege.

Sjukemeldingar er etter "trygden" si oppfatning eit aukande problem, både pga. omfanget og kostnaden. Det er mange oppgaver som kunne vore prioritert høgre, evt. høgre satsar i ytingar for ulike grupper som alt har visse rettar til stønad, men der trygdens økonomi no set ein stoppar for dette.

Sjukepengar kostar trygden, og dermed storsamfunnet, like mykje som alderstrygd, uførepensjon, grunnstønad og hjelpestønad til saman.

Vidare er det eit aukande problem med mange arbeidslause og den manglande samordning mellom arbeidsløsestønad og sjukepengar.

Idag er det store økonomiske fordelar med å vera sjukemeld framfor å vera permittert/arbeidslaus.

Eit litt "spesielt" eksempel: Ca. 100 gjestearbeidarar frå eit anna nordisk land var ferdige med oppdraget sitt på eit norsk verft, og same dag vart ca. 70 av desse sjukemelde...

Likeeins verkar det merkeleg for RTVat mest alle friskmeldingar skjer frå mandagar. Dei spør seg om det er så sjeldan at nokon blir friske på onsdag, torsdag eller fredag?...

ATTFØRING

Det synest å vera eit mønster at sjansane for attføring er mindre jo lenger sjukemeldingsperioden varer- og dette synest å vera uavhengig av diagnosen. Arbeidsføreleik er i ikkje liten grad avhengig av dei einskilte sin motivasjon, og lang passivitet svekker denne motivasjonen.

Trygdekontora har det attføringsmessige ansvar for sine klientar, men er avhengige av at tiltak, enten medisinske, yrkesmessige Trygdekontora har plikt til å sjå til at vilkåra for rett til sjukepengar er til stades. Eit hovudvilkår er at det er sjukdom (hjá klienten) som er årsak til arbeidsuførleiken.

Oppfølging av langtidssjukemelde bør leggast opp slik av det vert eit tilbod til den sjukmelde. Det er viktig i saka med eit nært samarbeid mellom trygdekontor og den sjukmelde, behandlande lege, rådgjevande lege og arbeidskontor.

Oppfølginga bør startas snarast råd, men skjlsagt skal kvar sak vurderast individuelt. Diagnosen vil oftast gje ei rettesnor for vruderinga av kor lang sjukmelding som kan ventast. Vanlegvis vert ei sak teken opp etter 8 vekers sjukemelding. I visse tilfelle bør den takast opp tidlegare. Enkelte diagnoser synest å peika mot ei etter måten kort sjukmelding, eks. influensa e.l. Når pasienter med slike diagnoser likevel ikkje vert raskt friskmelde, har dette si årsak i at pas. som regel i mellomtida har fått "ny" diagnose utan at trygdekontoret er informert.

* Se etter artikkelen

Pr. i dag finst det ingen enkle rutiner som sikrar at trygdekonto- ret får slik melding. Det let- taste vil vera å sende ei ny "førstegongsmeldning" med den nye diagnosen på i ein vanleg pre- frankert konvolutt saman med dei evt. andre sjukemeldningane for dagen.

Andre grunnar til tidlegare opp- følgning enn etter 8 veker kan vera:

- Den sjukemelde har vore sjuke- meld mange gonger tidlegare
- den sjukemelde skifter ofte lege. Det akn fera mange grunnar til slikt skifte. Ynskje om sju- kemelding er berre ein slik grunn
- den sjukemelde eller behand- lande lege har gjeve uttrykk for at det er behov for skifte av arbeid/omskolering.
- det er kjent at behandlande lege er ein "snill lege". Alle veit at det finst legar som er "snillare" enn (oss?) andre - slik det er skilnad på folk på mange andre ulike felt.

I stor utstrekning er det vel slik at det er pasienten som både sjukemelder og friskmelder, legen må berre vera den administrativt ansvarlege. Dette forundrer RTV. Legen kan til ei viss grad, med varierende styrke og motivasjon enten halda litt att når det gjeld sjukemeldingar/verke moti- verande når det gjeld friskmel- dingar, eller dela pasienten si vurdering/føya han i hans ynskje.

Dette problemet vil kanskje verta større etter kvart som det vert fleire legar rundt om i distrikta utan "driftstilskott". Desse legane vil vera avhengige av stor "turn-over" i sin praksis for å "overleva", og somme meiner at "markedsføringa" vil då kunne gå ut på å gje pasienten det han vil ha: Lette ataraxica og sjuke- meldingar. -Vi får vona at legane sin yrkesetikk vil vera så høg at slike dystre spådommar vert gjort til skamme.

Enkelte gonger kan det for Tryg- den verka som om behandlingsop- plegget er noko "passivt". I slike tilfelle bør oppfølginga skje via rådgjevande lege. Det er, som eg tidlegare har vore inne på, heilt naudsynt med eit godt samarbeid mellom trygdekon- tora og dei behandlande legar, og opplegget i Trygden tek sikte på å medverka til dette. På trygde- kontora vert det lagt vekt på at ein eller et par personar tek seg av samtlege av desse sakene, og då i nært samarbeid med rådgje- vande lege.

Oppfølging av sakene skjer no ved at det vert sendt skjema 3.04 til behandlande lege, eit forbetra

skjema på den måten at det no er mogeleg for legen å gje fleire eksakte opplysningar på skjemaet enn tidlegare.

Like eins kan det også sendast eit spesielt spørjeskjema til pasienten. Ut frå desse opplys- ningane har så trygdekonto- ret/rådgjevande lege eit betre grunn- lag for å vurdere tilfellet.

Det er likevel viktig å streka under at rådgjevande lege verken skal ta over behandlingsansvar eller ansvaret for friskmelding frå behandlande lege.

Det kan sendast kopi av rådgjevande lege si vurdering til behandlande lege viss ynskjeleg.

På større stader vil det vera naturleg med eit "tverrfagleg utval" til å vurdere sakene, t.d. representantar for arbeidskonto- ret, sosialkontoret, trygdekontor/ rådgjevande lege og behandlande lege.

Etter dei nye reglane i "Normal- tariffen" kan no lege som ikke er fastløn, honorerast for tverrf- agleg klientretta samarbeid i enkeltsaker (s. 41 "Honorar for forebyggende arbeid"), noko som tidlegare for mange har vore til hinder for eit ynskjeleg samar- beid med andre faggrupper. Det er viktig å streka under at før ei sak vert teken opp i eit slikt utval, må pasienten ha sagt seg samd i dette.

I ei rekkje enkeltsaker kan det vera aktuelt å henvisa pasienten til vidare undersøking hjå spesi- alist, oftast rheumatolog eller

ortoped.

Mange stader er det lang ventetid på slike henvisningar, og pasien- tane vert i ventetida gåande sjukemelde på dagpengar opp mot 800 kr. på det meste. RTV har difor reist spørsmålet om fleire trygdekontori ein region burde gå saman om å tinga timar hjå visse spesialister med faste mellomrom, og så sjøl administrera kven som skulle sendast for kvar gong. I enkelte distrikt kunne ei slik ordning ha mykje for seg.

Samarbeid med arbeidsgjevaren synest stadig meir aktuelt. Att- føring via "bedriftsinterne ordningar" synest å vera det mest vellukka. Men dette er sjølsagt lettast der arbeidsplassen er av ein viss storleik og arbeidsopp- gåvene varierte. Små verksemdar med få arbeidsplassar og ein- sidedig arbeid har ofte små sjansar til slik attføring. Likevel bør dette forsøkast medan arbeidsta- karen ennå er tilsett i verk- semda.

Vern mot oppseiing pga sjukdom er etter 64 i Arbeidsmiljølova no avgrensa til 1/2 år.

Sjukepengetilfelle med behov for attføring vil verta prioritert i arbeidet ved trygdekontora.

Eg vonar at eg i det ovanstående har fått fram moment som kan verta vurderte av mina kolleger i den daglege praksis, og som vi kankje bør tenkja meir på enn det ofte har vorte tid til.

*eller sosiale, vert sett i verk av andre, bl.a. kan behandlande lege ta slikt initiativ etter samråd med trygdekontoret.

Rådgjevande lege

Ei orientering om ordninga med rådgjevande legar ved trygdekontora

Dette er ein funksjon som har eksistert i årevis, og som av kolleger vert oppfatta på ulike vis, også til dels negativt. Det har truleg sin bakgrunn i ordninga frå "gammalt av" då rådgjevande lege vart kalla "kontrollege" og der kolleger oppfatta funksjonen som ein slags overprøving av deira avgjerder. Dette førte med seg vanskelege samarbeidstilhøve mellom trygdekontor/kontrollegen og legane elles, eit tilhøve som heilt fram til i dag einskilde stader har prega - og hindra - konstruktivt samarbeid.

Slik eg har vorte orientert, vart ordninga med kontroll-legar i si tid starta opp av enkelte trygde- kontor -"trygdekasser"- vesentleg for å føra kontroll med sjuke- melde. Dei enkelte trygdekontora var på den tid sjølstendige øko- nomiske einingar - kassen måtte

vera i balanse - noko som truleg førte til at enkelte trygdesjefar "sat på pengane som om det var deira eigne".

Slike tilhøve høyrer i dag for- tida til og situasjonen no er ein heilt annan. "Trygden" er i dag

svært innstilt på å orientera om klientene sine rettar, og mange trygdesjefar hevdar at underforbruk av trygdeytningar kanskje er eit større problem enn overforbruk.

Kvar står så rådgjevande lege i dette biletet?

Etter arbeidsinstruksjonen skal rådgjevande lege vera rådgjevar

- for Trygden
- for dei trygda
- for deira legar
- i alle spørsmål av medisinsk art som oppstår under handsaming av saker etter trygdelovgjevinga.

Rådgjevande lege er i dei fleste tilfelle spesialist i eit eller anna klinisk fag. Mange er heiltidstilsette, dei fleste deltidstilsette.

Dei fleste dekkar vanlegvis fleire trygdekontor - ein større region.

Personleg meiner eg at deltidstilling med relevant praksis ved sida av er den beste løysinga. Rådgjevande lege er då orientert om kva som rører seg i medisinen til ei kvar tid og ikkje vert berre "skrivebordslege".

Sjansane for eit fruktbart samarbeid med praktiserande kolleger er av avgjerande betydning og vil truleg lettast kunna skje med ein slik blandingsfunksjon.

OPPGÅVER

Under sitt arbeid skal rådgjevande lege mellom anna

1. Hjelpa til med at dei trygda for dei ytingar og den handsaming dei har krav på. I praksis skjer dette ved at rådgjevande lege evt. deretter tilrår henvisning til relevant spesialist/spesialavdeling.

Dei fleste er flinke til å utgreia sakskomplekset, men i ein del tilfelle verkar opplegget noko passivt. Det er då rådgjevande lege si oppgåve evt. å korrigere slike ting.

2. Rådgjevande lege skal gje råd om kva opplysningar som bør innhentast for at sakene skal vera fullgodt medisinsk belyste.

3. Innkalla den trygda til personleg samtale/undersøking for å få vurdert same.

Her kan ein oppleve at enkelte klientar er svært reserverte når dei møter - den gamle oppfatninga av rådgjevande lege som kontrolllegen er ein seig myte å avliva. Men dei fleste pasienter opplever det som positivt når dei oppdager at dei her kan få ein samtale/undersøking hjå ein lege på opp til ein time eller meir viss naudsynt, diverre ei ny oppleving for dei fleste. Og det er ofte viktige ting i ein klient si

"trygdemessige karriere" som skal avgjerast: Attføring/omskolering eller varig trygd.

4. I trygden er det ofte spørsmål om den "ervertsmessige situasjonen" og rådgjevande lege skal gje vurdering av korvidt og i kva grad klienten sin medisinske tilstand er av betydning.

5. Gje uttale om korvidt den trygda fyller dei medisinske vilkåra for ytingar

6. Gje uttale i spørsmål om årsakssamanheng i saker vedrørende personskadetrygder.

7. Gje uttale om medisinsk invaliditetsgrad i yrkesskadesaker. Det finst tabellar til slikt bruk, men ei medisinsk vurdering/forståing for den endelege klasseplassering er ofte naudsynt.

8. Gje uttale av generell trygdemessig karakter.

Dette kan gjelde innad i Trygden, til behandlande legar/institusjonar i regionen, eller det kan vera saker som vert tekne direkte opp med RTV.

9. Halda kontakt med handsamande legar i regionen/distriktet.

Dette er etter mi mening ei viktig oppgåve. Som eg tidlegare har nemnd, er ikkje alltid tilhøvet mellom legane og trygdekontora slik det var ynskjeleg. Ofte er dette basert på mistydingar, og rådgjevande lege kan ved å ta del i sam møte mellom legar/trygdekontorverka korrigerande/avklarande. Slike sam møte er det sjølsagt løyttast å få til i små distrikt, men også i større byar burde det la seg gjennomføra, ved å gå skrittvis fram, t.d. ved å ta med legar frå ein og ein bydel om gongen.

10. sjå til at ytingar vert mottekne rettmessig.

Dette gjeld både klientar og handsamarar (legar/fysioterapeuter o.a.) og er vanskelege saker som krev skikkeleg handsaming.

I tilfelle der dette gjeld legar, vert sakene sendt rådgjevande lege frå det aktuelle trygdekontor. Rådgjevande lege innhentar så opplysningar frå vedkomande lege for å få avklart korvidt det er mistydingar på ferde, eller om det verkeleg ligg føre eit problem.

Viss så er tilfelle, vert det innhenta vurdering frå "anna kompetent hald" og saka vert returnert til det lokale trygdekontor med kommentarar/ei vurdering. Herfrå vert saka sendt RTV, frå RTV til Legeforeninga si kontrollnemnd i vedkomande fylke. Etter deira vurdering vert saka til slutt returnert RTV til endeleg

vurdering og avgjerd/reaksjon.

11. Vera trygdekontora til hjelp i oppfølging av langtidssjukemelde.

Dette er ei oppgåve som RTV no prioriterer. Diverre har denne prioriteringa kome i ei tid der arbeidsmarknaden som kjent er svært vanskeleg og der resultatet av denne prioriteringa truleg ikkje vert så godt som det elles ville vorte.

Som det framgår av dette innlegget, er rådgjevande lege si oppgåve svært omfattande. Eg ynskjer gjerne å betra kontakten med praktiserande kolleger. Dei må ikkje vera redde for å kontakta rådgjevande lege/trygdekontora meir enn det som til dessar har vore vanleg.

Konferanse om rehabilitering og forebyggelse i Abisko.

Tre organisasjonar er gått sammen om en konferanse om rehabilitering og forebyggelse: Nordisk Forening Helse og Arbeide, Nordisk samarbeidskomite for rehabiliteringspsykologer og Nordland fylkeslag av Norges Handikapforbund. Kongressen møtes på Abisko Turiststasjon i tida 28.6.-30.6.85. Abisko er stasjon på Ofotbanen 76 km fra Narvik og 93 km fra Kiruna.

28.6. er viet arbeidsmiljø på havet, inne fiske sjøfart og oljevirkosomhet. 29.6 handler det om arbeidsmiljø i databransjen og om data som arbeidsmulighet for handikappede. Plenumstemaet 30.6. er arbeidsmiljø for helsepersonell, og vi legger bl.a. merke til at kommunelege Willie Jarl Nilsen i Kvæfjord skal snakke om alenelegens arbeids-situasjon i en utkantkommune. Alt i alt er det er svært allsidig program med forelesere både fra Norge og Sverige. Påmeldingsfrist 30.5. Psykolog Sigurd Halleraker i Bodø er norsk kontakt for tiltaket. Hans postadresse er Boks 3022, 8001 Bodø. Tlf. 081-24478.

Invitasjon til å danne faglige referansegrupper i almenmedisin

Til styremøte i NSAM 12. april forelå et konkret forslag om å opprette en referansegruppe for diabetesbehandling og -omsorg i almenpraksis. Denne blir nå etablert, og Utposten vil bringe nærmere omtale om aktiviteten der så snart vi ser at gruppa har fått konstituert seg og skissert en plan for arbeidet videre.

Opprettelsen av denne gruppa har vært inspirert av aktiviteten i Gastrogruppa i Trondheim. Almenpraktiserende leger i byen og spesialister fra Regionssykehusets seksjon for gastroenterologi har her tatt konsekvensen av at sykdomspanoramaet og de strategiske overveielene til dels er svært ulike i almen- og spesialistpraksis. Dette arbeidet er fruktbart både for almen- og spesialistmedisinen.

Styret i NSAM mener at en her øyner konturene av et viktig redskap til å utvikle "medisinen i almenmedisinen" i samsvar med NSAM's formålsparagraf. Det trenger ikke være slik at det skal etableres en enkelt referansegruppe i landet for hvert enkelt fagområde. Det vil være naturlig at gruppene organiserer seg etter forskjellige mønstre. Kanskje vil det oftest være naturlig at kolleger med sammenfallende interesser i en region innleder samarbeide med hverandre og lokale spesialister. Alternativt kan en også se for seg nasjonale grupper som setter seg særlig ærgjerrige mål. Her kan en forutse problemer med kommunikasjon fordi det kan vise seg vanskelig å samle alle ofte nok til å holde liv i den gjensidige utveksling av opplevelser, observasjoner og ideer som samles i hverdagen.

Slike grupper vil naturlig nok kunne opptre som informanter overfor NSAM i faglige spørsmål innen hvert sitt felt. Slike grupper ville også kunne initiere og drive veiledning i forhold til forskningsprosjekter i almenpraksis. Gruppene vil også kunne rekruttere almenmedisinere med spesiell innsikt til bruke i videre- og etterutdanningskurs.

NSAM tilbyr seg nå å formidle kontakt mellom kolleger som kan tenke seg å delta i slik virksomhet. Leserene er med dette invitert til å melde eventuell interesse i kupongen som finnes her. De oppgitte emnene for oppfattes som nokså løse forslag. En del kan kanskje synes nokså spesielle, men litt ettertanke skulle kunne avsløre at almenmedisinen har sine spesielle perspektiv på alle emnene. Trolig vil det vise seg at noen helt opplagte emner er uteglemt. Nøl derfor ikke med å føre opp eventuelle alternativer under "andre" dersom du/dere har egne forslag. NSAM vil så søke å

etablere grupper lokalt eller nasjonelt inna emneområder som byr seg.

Undertegnede kan være interessert i å delta i faglig referansegruppe for NSAM i følgende emneområder:

- Alkoholmisbruk
- Allergologi
- Atopi
- Attføring
- Chirurgia minor
- Dermatologi
- Diagnostikk
- Endokrinologi
- Epidemiologi
- Ernæring
- Farmakoterapi
- Forebyggende medisin
- Gastroenterologi
- Geriatrici
- Gyn/Obst
- Helseøkonomi
- Infeksjonssykdommer
- Helsekontroller
- Helsetjenesteforskning. ▶

Øyesykdommer

ANDRE:.....

Navn:.....

Adresse:.....

Send dette skjemaet (Evt. kopi) med avmerkede interesseområder til NSAM v/Olav Rutle, Gruppe for helsetjenesteforskning, Fr. Stangs gate 11/13, 0264 Oslo 2.



Helseopplysning
 Helse/sosial jus
 Hematologi
 Hjerte/karsyk.
 Hypertensjon
 Immunologi
 Med. filosofi
 Med. etikk
 Med. sosiologi
 Med. statistikk
 Med. grunn-,videre- og etter-
 utdannelse
 Mikrobiologi
 Narkotika/misbruksprobl.
 Nefrologi
 Neurologi
 Onkologi
 Ortopedisk/fysikalsk medisin
 Paramedisin
 Pediatri
 Psykiatri
 Reumatologi
 Sexologi
 Sosialmedisin
 Søvn syk. og forstyr.
 Teknisk hygiene
 Trygd og sosialhjelp
 Urologi
 Yrkesmedisin
 Øre-nese-hals

RETTELSE

Steinar Westin hadde forfattet innlegget om bokgaven fra RCGP i i denne spalten i nr. 2/85. Oppslaget kunne gi mistanke om at R. J. Bennison hadde skrevet innlegget, men både språk og innhold avslørte nok at dette ikke kunne stemme.

□ Torbjørn Måseide □
 Kommunelege I, Ulstein, refererer artikler fra THE PHYSICIAN AND SPORTSMEDICINE, amerikansk tidsskrift.

Betablokkade og fysisk trening hos friske, og pasienter med coronarsykdom.

Det er en velkjent erfaring at betablokkade reduserer yteevnen ved kondisjonskrevende trening. Hos asymptotiske hypertenikere vil bruk av betablokker redusere treningseffekten noe. Reduksjonen er større første tiden en bruker betablokker enn senere. Den er også større på uselektive enn på selektive betablokkere. Reduksjonen er doserelatert. Pasienter med coronar hjertesykdom har ofte nedsatt kondisjon pga den inaktiviteten anginaen påfører dem. Bruk av betablokker hos disse pasientene kan gi økt fysisk arbeidsevne slik at de lettere kan trene og herigjennom bedre kondisjonen. Mange pasienter som bruker betablokkere opplever at de trøtner lett. Dette kan en til en viss grad unngå ved at treningsperioden gjøres kortere enn 30 min., men hyppige nok slik at trenings-tiden totalt gir treningseffekt. En treningstid på minst 2 1/2 time i uken med en treningsintensitet på 60% av det maksimale synes å være nødvendig for å bedre kondisjonsevnen. Bruk av betablokkere synes også å gi noe nedsatt hemodynamisk tilpassing til fysisk aktivitet. Det er derfor tilrådelig med roligere og lengre oppvarming før trening og å bruke lengre tid på "nedtreningen". Idrettsutøvere med hypertensjon som deltar i kondisjonskrevende idretter bør ikke behandles med betablokkere dersom en kan komme til målet med andre antihypertensive medikamenter. (Allen, Craven, Rosenbloom, Sutton: Beta-Blockade and Exercise in Normal Subjects and Patients With Coronary Artery Disease. Vol. 12 No. 10/84)

Menstruasjonsforstyrrelser hos idrettsutøvere. Endokrin respons på trening og konkurranse.

Undersøkelser de senere år har vist en relativt høy insidens av menstruasjonsforstyrrelser hos kvinnelige idrettsutøvere. Det ser ut til å være holdpunkt for at langvarig hard trening stimulerer til forandringer i sekresjonen av kvinnelige kjønnshormoner og herigjennom menstruasjonen. Artikkelen forsøker å gi et resyme av det som er skrevet om emnet de siste 4-5 årene. Disposisjonen for slike menstruasjonsforstyrrelser ser ut til å være knyttet til sen menarche, tynne kvinner, tidlig hard trening og kvinner som ikke har født tidligere. Selv om det ser ut til å være enighet om hvilke kvinner som har størst hyppighet av menstruasjonsforstyrrelser i forbindelse med fysisk aktivitet gir artikkelen ikke noe sikkert svar på hvorfor fysisk aktivitet påvirker menstruasjonen. Er det økt produksjon av enkelte kjønnshormoner i forbindelse med fysisk aktivitet eller gir fysisk aktivitet redusert nedbrytning? Er det energiomsetningen som er det primære og hormonproduksjonen sekundært? (Bonen, Keizer: Athletic Menstrual Cycle Irregularity: Endocrine Response to Exercise and Training Vol. 12 no.8/84)

Amenorrhoea og osteoporose hos kvinnelige idrettsutøvere.

Amenorrhoea hos kvinnelige idrettsutøvere har vært oppfattet som godartet og reversibelt. Christoffer Cann fra San Fransisco presenterte for et par måneder siden en studie over seks kvinnelige idrettsutøvere (distanse-løping) med amenorrhoea og osteoporose. Fysisk aktivitet har tradisjonelt vært framholdt som viktig for å hindre osteoporose og Canns studier har det vært reist innvendinger mot. På en kongress om menstruasjons-syklus og fysisk aktivitet i Salt Lake City sist sommer ble temaet bredt behandlet. Flere forskere kunne konfirmere Canns antydning om at amenorrhoea av hypothalamisk type med lavt østrogennivå i

blodet kan føre til osteoporose. Det synes som om høy treningsintensivitet og lavt kaloriinntak sammen kan føre til oligo- og amenorrhoea, og at mange kvinnelige idrettsutøvere selv er i stand til å fremkalle amenorrhoea ved å øke treningsdosen og samtidig holde lavt kaloriinntak. Et slikt lavt kaloriinntak gir vanligvis også lavt kalsiuminnhold i kosten, og det er kombinasjonen lavt kalsiuminntak og hypoøstroge-nemi som synes å være årsaken til osteoporoseutvikling.

Artikkelen kommer også inn på det tilsynelatende selvmotsigende at kvinner med stort energiforbruk (ballettdansere og idrettsutøvere i kondisjonskrevende idretter, løping bl.a.) ofte ikke har et kaloriinntak høyere enn sedate kvinner. Dette til tross for at de ikke er spesielt magre. Årsaken kan ligge i en slags metabolsk tilpassing der organismen forbruker færre kalorier enn forventet ved en viss fysisk aktivitet. Ved øket kaloritilførsel og samme fysiske aktivitet ville sannsynligvis idrettsutøverne beholde samme vekt.

I artikkelen kommer en også inn på vanskeligheten med å vurdere utviklingen av osteoporose. Vanlige røntgenbilder påviser osteoporose først når kalkholdigheten i ben er redusert med 30%. CT-scanning er den beste metode til å påvise nedsatt kalsiuminnhold i ben. Imidlertid er det stor forskjell på de enkelte knokler med hensyn til utviklingen av osteoporose, og det er forskjell på osteoporosetendensen hos utøvere som driver forskjellige idretter. Columna er sannsynligvis de knoklene som gir det beste bilde av osteoporose generelt sett.

To forhold er sentrale i behandlingen av osteoporose hos kvinnelige idrettsutøvere:

1. Høyere kalsiuminntak gjennom kosten. 1 - 1,2 g. pr. dag er anført som tilstrekkelig. (Melkeprodukter har lettere tilgjengelig kalsium enn grønnsaker.)
2. Normalisering av østrogen-speilet i blodet. Enten gjennom ekstra tilførsel av lavdoseøstrogen, redusert trening eller muligens høyere kaloriinntak. Når en snakker om osteoporose hos kvinnelige idrettsutøvere, er det her likevel snakk om kalsiuminnhold i knoklene som er høyere enn kalsiuminnholdet hos svært sedate kvinner på samme alder. Sammenliknet med "normalt aktive" 20-30 åringer har enkelte kvinnelige idrettsutøvere med hypotalamisk hypoøstrogen amenorrhoea et kalsiuminnhold i skjelettet som tilsvarende 50 år gamle kvinner.

(McArthur: Amenorrhoeic Athletes: At Risk of Developing Osteoporosis, Vol.12 No.9/84) ■

Pasientbøker

□ Victor Grønstad
kommunelege i Sula

■ Det er ganske imponerende og en liten helseopplysningsevolusjon når det kommer ut 12 populærmedisinske bøker på en gang. De er utgitt av Den norske lægeforening i samarbeid med Universitetsforlaget. Bøkene er skrevet av journalister og almenpraktiserende leger i samarbeid med pasienter og spesialister og skreddersydd for norske forhold.

De 12 bøkene omhandler disse emnene:

- Muskel- og skjelettsykdommer
- Øyesykdommer og nedsatt syn
- Øresykdommer og nedsatt hørsel
- Hudsykdommer
- Sykdommer i åndedrettsorganene
- Nervøse lidelser
- Infeksjonssykdommer
- Sykdommer hos eldre
- Sykdommer i nervesystemet
- Hjerte- og karsykdommer
- Sykdommer i fordøyelsesorganene
- Sykdommer i nyrer og urinveier

Bøkene er hver på 100-150 sider, svært oversiktlige og har en fast kapitelinndeling. Innholdsfortegnelsen er lett å finne fram i. Så følger en kort og grei innføring i anatomi og fysiologi, deretter pasientintervju som er gjort av journalister. Etter hvert intervju kommer en forklaring og en kommentar fra legen og til sist litt generelt om sykdommen. Det er mellom 5 og 10 pasienter som forteller sin historie i hver bok. Etter dette kommer en kort oversikt over andre og sjeldnere sykdommer innen de aktuelle emnene. En del av bøkene har også fått med over-

ne - god og aktuell helseopplysning

sikter over undersøkelses- og behandlingstilbud. Alle bøkene har med et intervju eller innlegg fra en sentral spesialist. Siste del av bøkene inneholder praktisk informasjon som f.eks. orientering om folketrygdens ytelser, andre hjelpetiltak, skatteregler, pasientorganisasjoner, liste over aktuelle bøker og brosjyrer, ei ordliste m.m..

Det helt sentrale i bøkene er pasientintervjuene. Her forteller pasientne om sine plager og problemer knyttet til det å bli syk, om engstelse, uro og fortvilelse, fornektning og utsetting med å ta kontakt med lege. Videre problemer de opplever i forbindelse med undersøkelser, om lettelse, kanskje fortvilelse ved å få en diagnose og om behandlingen og sine fremtidsutsikter. Pasienthistoriene er spennende. Det er lett å engasjere seg i dem, føle med pasientene. Alle fremstår også med et navn, noe som straks gjør det lettere å identifisere seg med dem. Har man først begynt på et av intervjuene, er det vanskelig å legge boken vekk før man har fått med hele utviklingen og avslutningen. Det blir som en god novelle.

Intervjuene er godt tilgjengelige for publikum. De er skrevet i en lett og positiv stil, til tross for at mange av sykdommene er av alvorlig og kronisk karakter, sitter man likevel ikke igjen med følelse av tristhet eller håpløshet, men heller av at mennesket er en ganske fantastisk organisme som har evnen til å tilpasse seg nye situasjoner selv om disse innebærer smerte, forsakelse og funksjonsskrenkelser. Man ser at andre greier å leve med sine plager, men også at det krever en god porsjon egeninnsats ved siden av at det ofte er mulighet for å få hjelp.

Har man lest et intervju, er det straks lett å bla videre til legens kommentarer som kommer straks etter: Her blir det konkret referert til den aktuelle pasient, igjen med navn. Inntrykk, tolkninger og teorier fra pasienten blir tatt opp, mulige årsakssammenhenger forklart, enkelte spørsmål besvart, og igjen i en lys og lett stil som likevel er seriøs og engasjer-

ende.

I 3. "akt" blir så hver sykdom nærmere omtalt. Det står her kortfattet, men likevel passe utdypende om forekomst, årsak, symptom, utvikling, undersøkelser, behandling og prognose.

Noe som er gjennomgående for alle tre "aktene" og som skal ha spesiell honnør, er den store vekten på hva den enkelte selv kan gjøre for å forebygge sykdom, eller når sykdom først har oppstått, hva man kan gjøre selv for å bli bedre eller hindre forverring. Dette blir så fint inn i sammenhengen at det ikke kan oppfattes som moralisering, men snarere som alminnelig sunn fornuft.

De korte oppsummerende oversiktsartiklene skrevet av spesialister virker psykologisk sett svært gunstige. De støtter godt oppunder de faglige vurderingene til almenpraktikeren samtidig som de ser det aktuelle emneområdet fra en annen synsvinkel og er med på å gjøre bøkene mer varierte og fullstendige. Et og annet synspunkt her kan også være med å bidra til den helsepolitiske debatt.

Den praktiske delen av bøkene er svært konkret og målrettet og en svært god veiledning for leseren. Et problem vil være at særlig tallene, enten det gjelder kronebeløp, prosenter eller andre som fort blir uaktuelle, andre opplysninger som bok- og brosjyreoversikt vil også trenge fornying. Men dette vil også være et problem for den øvrige del av bøkene pga den svært varierende levetiden av medisinske sannheter. Disse problemene er utgiverne utvilsomt klar over, og det er bare å håpe at bokserien senere vil komme i reviderte utgaver.

Bøkene er illustrert med enkle og tydelige tegninger som er godt tilpasset teksten og som egner seg godt til formålet. De er ikke flere enn at leseren vil ha god nytte av dem.

Hvordan kan så bøkene brukes? De vil sannsynligvis finne et marked blant personer som er interessert i populærmedisinske artikler, det

vil også være å håpe at de blir lest kanskje spesielt av dem som leser den kulørte ukepresse for å bringe litt mer balanse og realisme inn i mediahverdagen.

Vi som leger kan også bruke bøkene, jeg tenker da spesielt i konkrete situasjoner der vi står overfor pasienter der vi føler at pasienten trenger å vite mer, få litt mer ballast enn vi kan formidle muntlig eller gjennom enkle brosjyrer. Pasienten vil få god innsikt, kunne sitte i ro og mak og får tid og muligheter til å fordype seg i og få kunnskaper om sin sykdom. Bøkene kan med fordel leses av pårørende slik at de lettere kan forstå pasienten og dermed være en bedre støtte for vedkommende. Gjennom en emnebok vil man i tillegg få et innblikk i tilgrensede sykdommer; dette vil ofte være nyttig.

Jeg tror ikke det er fare for at bøkene vil bli noen "sovepute" for oss, vi blir nødt til selv å informere adskillig om sykdommen til pasienten for å være troverdige og kunne "selge" emneboken videre. Prisen er det jo ikke noen å si på, den er ca. kr. 70.- og altså ikke mer enn en egenandel og litt medisiner. Det vil være svært aktuelt å anbefale det lokale bibliotek å anskaffe serien. Videre er det naturlig å ta opp bokserien på møter i reumatikerforeninger, pensjonistforeninger, helselag o.a..

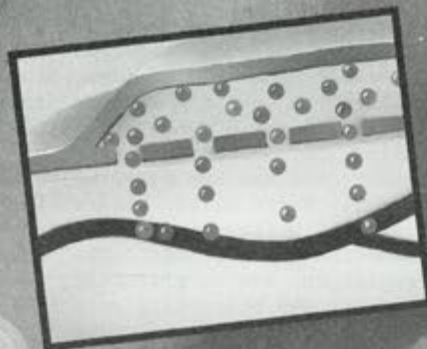
Bøkene må vær som en oase i ørkenen for medisinske studenter og virker utfyllende, interesse- og motiverende. en stor del av den almenmedisinske hverdags problemer komme godt frem i bøkene.

Pasientbokserien er nyttig for mange, den har hentet det beste ut av den kulørte ukepresse, nemlig det jordnære, det pasientorienterte, den lettleste og engasjerende stilen, men fri for skremmebilder og sensasjonsmakeri. Det hele er pakket inn i mye og god helse- og helsevesenopplysning. Bøkene holder en bemerkelsesverdig jevn og høy kvalitet, og jeg har ingen problemer med å anbefale dem på det varmeste både til friske, pasienter og kolleger ■

TRANSIDERM-NITRO[®] NITROGLYCERIN

24 timers profylakse ved angina pectoris

Eneste nitroglycerinplaster med kontrollmembran



Ett depotplaster pr. døgn gir 24 timers profylakse ved angina pectoris.



Transiderm-Nitro «CIBA»

Nitroglycerinpreparat.

Indeks: C01D A02

DEPOTPLASTER: Et depotplaster inneholder: Glycerylnitrat 25 mg (Transiderm-Nitro 5 mg/24 timer) resp. 50 mg (Transiderm-Nitro 10 mg/24 timer), const. q.s. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Depotpreparat for transdermal tilførsel av nitroglycerin. Består av en hudfarget dekkmembran, et legemiddeldepot inneholdende nitroglycerin, en semipermeabel polymermembran og festes til huden ved hjelp av silikonbasert klebemasse. Den semipermeable membranen sikrer at nitroglycerin frigjøres kontinuerlig og kontrollert over minst 24 timer. Kutan applikasjon gjør at den hurtige nedbrytningen ved 1. passasje gjennom leveren unngås. Transiderm-Nitro 5mg/24t med flate 10 cm², avgir ca. 5 mg nitroglycerin/24 timer, mens Transiderm-Nitro 10mg/24t med flate 20 cm² avgir ca. 10 mg nitroglycerin/24 timer. *Sannsynlig virkningsmekanisme:* Sulfhydrylgrupper i den glatte muskulatur "nitratreseptorer" reduserer organiske nitratester, og dette gir relaksasjon av glatt muskulatur. Den tonusnedsettende effekten reduserer således den venose tilbakestømning til hjertet og hjertets arbeid minskes. Dette bedrer det misforhold som foreligger mellom hjertets oksygenbehov og -tilførsel. Dermed reduseres eller forsvinner anginøse smerter. Dessuten antas nitroglycerin å ha en direkte dilaterende effekt på koronarkarene samt å kunne forbedre blodtilførselen til subendokardielle områder i myokard. *Absorpsjon:* Ca. 2 timer etter applikasjon når plasmakonsentrasjonen et likevektsnivå som ved oral til plasteret fjernes etter 24 timer. Bytte av plaster virker ikke denne likevekten. Plasmakonsentrasjonen viser imidlertid betydelig intra- og interindividuelle forskjeller. Plasmakonsentrasjonen synker raskt når plasteret fjernes. Nitroglycerin akkumuleres ikke ved gjentatt applikasjon.

Metabolisme: Denitreres raskt ved hjelp av glutatjon -organisk nitrat reduktase i lever og dessuten i blodlegemer. *Utskillelse:* Hovedsakelig i urin av de inaktive metabolittene.

Indikasjoner: Profylaktisk mot angina pectoris.

Kontraindikasjoner: Allergi overfor nitroforbindelser. Alvorlig anemi. Akutt sirkulatorisk kollaps med hypotensjon. Økt intra-kranielt trykk.

Bivirkninger: Hodepine, som vanligvis avtar eller forsvinner etter få dagers behandling. Hypotensjon særlig hos eldre, kvalme, svimmelhet, flushing og hjertefrekvensøkning kan forekomme. Lett kløe, rødme eller varmekfølelse kan oppstå på applikasjonsstedet. Allergiske hudreaksjoner kan forekomme (sjelden).

Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises hos pasienter med aorta-klaffefeil, hypotensio arterialis, akutt koronarokklusjon eller akutt koronarinsuffisiens med blodtrykkfall. Ved angina pectoris og samtidig akutt hjerteinfarkt eller hjertesvikt bør Transiderm-Nitro kun anvendes under meget streng kontroll av pasienten. En mulig effekt på intraokulært trykk tilsier forsiktighet ved glaukom.

I starten av behandlingen kan postural hypotensjon og svimmelhet endre pasientens reaksjonsevne f. eks. ved bilkjøring og betjening av maskiner. Plasteret skal fjernes før bruk av defibrillator. Brå seponering bør unngås p.g.a. risiko for angina pectoris anfall, og overlappende behandling bør igangsettes. Forbigående hypoksi kan komplisere bruken og gi paradoksal reaksjon. Forsiktighet bør utvises hos gravide. Det er ikke kjent om nitroglycerin passerer over i morsmelk.

Interaksjoner: Samtidig behandling med andre vasodilaterende midler, antihypertensiva samt alkohol, kan gi utilsiktet hypotensjon. Metaboliseringen er glutatjonavhengig, og inntak av større mengder organisk nitrat kan tomme leverens glutatjonlagre og dermed forsinke inaktiveringen i betydelig grad.

Dosering: 1 depotplaster Transiderm-Nitro 5mg/24t daglig. Hvis nødvendig og forutsatt god tolerabilitet, kan dosen økes til 2 depotplaster Transiderm-Nitro 5mg/24t eller 1 depotplaster Transiderm-Nitro 10mg/24t daglig. Ved akutte anfall kan hurtigvirkende nitroglycerinpreparat brukes samtidig. Plasteret festes på intakt, relativt ubehåret, tørt og ren hud, f. eks. på brystkassen eller på overarmen, og presses mot huden med flat hånd i 10-15 sekunder. Plasteret byttes etter 24 timer. Det nye plasteret festes på motsatt side av brystkassen. Samme hudområde bør ikke anvendes på nytt for etter noen dager. Plasteret tar ikke skade av vann (bading), fuktighet (svette) eller fysisk aktivitet.

Pakninger og priser: 5 mg/24t: 10 stk; kr 76.80
30 stk; kr 209.60 100 stk; kr 651.15
10 mg/24t: 10 stk; kr 111.80 30 stk; kr 309.35
100 stk; kr 966.20

Bli medlem av Borgerlige Legers Forening!

Borgerlige Legers Forening ble stiftet i Oslo lørdag den 2. februar og har allerede over 500 medlemmer.

Foreningens lover sier at enhver lege eller medisinsk student som støtter foreningens formålsparagraf kan bli medlem av foreningen.

Foreningens formål er definert i lovenes § 2 som lyder:

«Foreningens formål er å fremme en borgerlig helsepolitikk. Foreningen vil arbeide for å fremme pasientenes rett til fritt legevalg og legers rett til fri yrkesutøvelse. Foreningen vil arbeide for en bedre og mer effektiv utnyttelse av ressursene på alle nivåer i vår helsetjeneste. Ivaretagelse av medlemmenes fagforenings-interesser faller utenfor foreningens formålsparagraf.»

Den ideologisk bevisste kollega vil se at Borgerlige Legers Forening ønsker å verne om de fundamentale rettigheter for pasient og lege. Uten at disse rettigheter bevares og videreutvikles, kan vi vanskelig se at vi vil opprettholde en fri og demokratisk legetjeneste. Angrepene mot disse rettigheter fra venstre-siden i norsk politikk er vedvarende og aggressive. Flest mulig norske leger bør støtte opp om Borgerlige Legers Forening.

Med kollegiale hilsener:

For styret i BLF
Bjørn Nicolaisen
Formann

Klipp ut

Klipp ut

Innmeldingsblankett

Jeg melder meg herved inn som medlem av Borgerlige Legers Forening.
(Kontingent kr. 100,- for 1985.)

Navn: -----

Adr.: -----

Sendes til: Borgerlige Legers Forening, Storgt. 8, 0155 Oslo 1.



Opplæring av diabetikere

□ Ola Nordviste

Mange vil være kjent med overlege Torbjørn Gjerdals hefter om praktisk diabetesbehandling. Heftene er stadig kommet i nye og reviderte utgaver. Foreliggende hefte bærer da også preg av å være godt gjennomarbeidet og utprøvd i praksis. I tillegg har det gjennomgått markert forandring når det gjelder overskrifter, illustrasjoner og innbinding. Det brukes som rettleiding for undervisningen av diabetikere ved medisinsk avdeling på Sentralsykehuset i Fredrikstad.

På 35 sider er en diabetikers "pensum" systematisk presentert under 27 overskrifter, deriblant diabetessjekkliste, hva er diabetes?, injeksjonsteknikk, kostomtale, egenkontroll av blodsukker, mosjon, forpleie, prevensjon, trygder og litteraturliste.

Et innledende avsnitt om pedagogikk poengterer at pasienten bør aktiviseres mens legen underviser. "Snakk ikke til diabetikeren, men med ham". Videre understrekes det at opplæringen må foregå systematisk og på et riktig nivå for pasienten. Dette demonstreres i praksis ved enkel og klar språkbruk: "På samme måte som en bilmotor må ha bensin for å fungere, må også cellene ha energi, drivstoff. Cellenes viktigste drivstoff er blodsukker, glucose". Det vrimler også av små praktiske råd, slik som at det er unødvendig å vaske insulininjeksjonsstedet. Blodlansetten kan brukes stadig om igjen inntil den er blitt sløv. Tørk den med en spritdott etter bruk.

Heftet inneholder enormt mye god og praktisk informasjon som er ferdigpakket, "klar til servering". I Fredrikstad her de sin egen rutine for hvordan undervisningen av diabetikere skal gjennomføres. I almenpraksis

kan man tenke seg flere modeller. Heftet egener seg godt som utgangspunkt for en kort undervisningsseanse ved hver kontroll f.eks. ved å gjennomgå et kapittel hver gang. Gjennomgåtte emner krysses av på sjekklisten som bør ligge i hver journal. Dette systemet er prøvet av undertegnede. Undervisningen blir ikke så elegant som planlagt. Det er kanskje en bedre ide å samle diabetikerne gruppevis og gjennomgå heftet som "pensum" etter modell fra svangerskapskursene?

Gjerdal og Marthinsen har tenkt klokt og jordnært da de skrev heftet. man får lyst til å gjøre en bedre jobb med de diabetikerne man har hånd om.

Burde man avsette en time til uka til å drøfte hvordan man skal komme i gang? ■

Torbjørn Gjerdal og Birgit Marthinsen: Opplæring av diabetikere. Gratis fra Organon A/S, Postboks 325, 1371 Asker. Tlf. 02-784365.

Bok om kvinnesy

□ Eilif Rytter

Boka, eller heftet som Universitetsforlaget upretensjøs kaller dette skriftet, er utkommet i en serie særlig beregnet på helsepersonell uten utdanning. Men utgiverne, Universitetsforlaget, Legeforeningen, Norsk Kommuneforbund og Folkets brevskole, har også som siktemål å nå deler av befolkningen utenom de som arbeider på assistentnivå i helsetjenesten. Boka må derfor bedømmes også som generell helseopplysning.

Den er på litt over 100 sider med vel 20 illustrasjoner, og med en fyldig liste med ordforklaringer. Gjennom 9 kapitler behandles viktige deler av gynekologien og obstetrikken i et stort sett lettfattelig språk. Gjennomgående er norske betegnelser brukt, med latinske og andre faguttrykk i parentes. I enkelte avsnitt bærer teksten vesentlig preg av ordforklaring, dog ikke mer enn en kanskje må regne med når noe av hensikten skal være å sette helsepersonell bedre i stand til å kommunisere.

En slik bok burde kanskje heller anmeldes av en legerperson, helst kvinne. Min kone syntes deler av den er for elementær, men så har hun da også forholdsvis bred medisinsk kontaktflate. Jeg synes balansen er god og er imponert over stoffmengden som er kommet med. Boka kan trygt anbefales som en innføring for de grupper den er ment for. Skal jeg nevne ting jeg ville gjort annerledes, ville jeg

- ikke skilt gynekologi i almenpraksis i et eget kapittel. Dette har ført til dobbeltomtale av flere emner og dette uten at egentlig motstridende opplysninger gis. Gynekologi er vel ett av de felter der almenleger, spesialister og ikke minst pasientene selv (jfr. "min gynekolog" og de årlige cyto-

sykdommer

Ladykillers

□ Jørgen Jørgensen □

logier) har en del å ta igjen når det gjelder bevisstgjøring om fornuftig bruk av helse-tjenesten. Jeg ville heller vinklet det inn fra pasientens synspunkt mot en riktig bruk av de forskjellige deler av helse-tjenesten, noe som ville krevet felles forfatterskap i alle kapitler. Her er det almenpraktikeren som har skrevet om gynekologi i almenpraksis og spesialisten som har tatt seg av resten.

- tatt med sykdommer i mamma og omtale av fødselen, når allikevel både svangerskapet og puerperiet er med

- tatt med egne, mer omfattende omtaler av enkelte sentrale kontaktpunkter mellom kvinnene og helsetjenesten: svangerskaps-kontrollen, rutinesjekken/kreft-prøven

- gått mer inn på enkelte praktisk viktige temaer som kontrollbehovet ved bruk av P-piller og spiral og de praktiske konsekvenser av det nære diagnostiske og symptomatologiske slektskapet mellom urinveis-lidelser og genitalinfeksjoner

- brukt flere illustrasjoner

- utvidet antallet av ellers utmerkede spørsmål og diskusjonsemner ved slutten av hvert kapittel.

Dette er mindre innvendinger, og alle vil ikke være enige. Alt i alt er boka god. Og prisen - kr. 85,-. Burde den vært brakt ned mot den summen en må betale i mellomlegg for en konsultasjon? ■

Helge Jenssen og Åsa Rytter Evensen: Kvinnesykdommer. Universitetsforlaget 1984. Pris kr. 85,-.

■ Det er enighet blant leger om at røyking er helsefarlig, og i almenpraksis propagerer vi på ulike vis for å få våre pasienter til å slutte. Av legene selv røker bare en liten prosentdel.

Vi oppdager imidlertid at en økende andel av kvinner begynner å røyke, og vi oppdager at det stort sett er vanskeligere for en kvinne å slutte enn for en mann. I aldersgruppen 16-24 år røykte i 1983 29 % av mennene og 31 % av kvinnene. Hva er årsaken til dette?

Universitetsforlaget har gitt ut en engelsk bok i norsk oversettelse med tittelen "Ladykillers", og med undertittelen: Hvorfor røyker kvinner (fortsatt?). Boken er skrevet av en engelsk lege som selv er eksrøyker.

Hennes utgangspunkt er at kvinner har spesielle forhold i sin livssituasjon som både er årsak til at de røyker og til at de har vansker med å slutte. Hun mener at bak alle røykavvenningskampanjer har det stått menn, og de har ikke forstått disse spesielle forhold. Hun skriver: "Den lange feministiske frigjøringstradisjon har en tendens til å se på antiroykeforkjempere som nok et eksempel på mannlige eksperter som forteller kvinner hva de kan og ikke kan gjøre med kroppen sin."

Bokens første del er en gjennomgang av hvorfor kvinner røyker, og forfatteren ser det hele ut fra et feministisk synspunkt.

Bokens andre del tar opp røykeavvenningen under hovedkapitlet: Hvordan hjelpe deg selv.

Han anfører fire nøkkelspørsmål som belyses i hvert sitt kapittel:



«Goddag, frue. Vi kommer fra legeforeningen. Vi har grunn til å anta at De ikke passer godt nok på helsen Deres.» (— The New Yorker)

1. Hvorfor bør jeg slutte? Hvis du ikke har gode nok grunner, vil du ikke greie å slutte.
2. Vil jeg få mere ut av en røykfri livsførsel?
3. Har jeg selvtillit nok til å kunne slutte?
4. Hvordan slutter jeg?

Hun anfører flere metoder som kan passe for ulike livssituasjoner.

I beste kvinnetradisjon er avvenningsopplegget basert på kvinners ansvar for hverandre, og den ressurs til selvhjelp de har selv. Tilsist har hun kapitlet: "Hvordan holde ut". Som i all avvenning fra noe, enten det er rusmidler, tobakk eller overetning, så er dette ikke minst viktig.

Boken er velskrevet og vil være en god hjelp i røykeavvenningen for kvinner som er motiverte, og noen kvinner kan nok bli motivert av å lese den. Kanskje den også kan lære menn noe? ■

Bobbie Jacobsen: "Ladykillers - Hvorfor røyker kvinner (fortsatt?)" Universitetsforlaget, 154 sider. Pris kr. 98,-.

Grunnkurset i almenmedisin i England

□ Frode Heian

Grunnkurset i almenmedisin er avsluttet med en ukes studietur til London/Oxford 15 - 20. april i år.

Kurset har gått over fire uker fordelt over to år.

Under de tre første kursukene på det utmerkede Sanner Turisthotell på Gran vokste behovet for og ønsket om å avholde den siste kursuken i England, fram med stor styrke.

Etter iherdig innsats fra kursledelsen og velvillighet fra universitetet, lot turen seg realisere.

Denne delen av kurset ga mange og sterke inntrykk. Utbyttet består i faktiske kunnskaper om Helse-tjenesten i et land vi har mye å lære av, faktiske kunnskaper om håndtering av vår egen almenpraksis, men kanskje først og fremst inspirasjon til videre studier og arbeid. Det foregår mye i Engelsk almenpraksis som vi bør lære av, og det er ikke tvil om nytten av å oppsøke kildene til denne lærdommen direkte.

Vi fikk anledning til å møte sentrale engelske almenpraktikere og diskutere med dem både i plennum og over måltidene. De gjorde oss foruten å fortelle en del generelt om primerhelse-tjenesten, kjent med en del viktige utviklingstendenser.

De som leste Tor Anviks artikkel i Utposten 2/84, er kjent med to viktige trekk ved Engelsk almenmedisin: Kravene til utdanning for å drive selvstendig allmenpraksis, og listesystemet.

Vi får lett lett en følelse av at Norsk almenmedisin faller igjen-nom når vi hører at de tre års videreutdanning til almenpraktikere i England er obligatorisk. Både under de to års sykehusteneste og det ene året med veiledet allmenpraksis (som "trainee") skjer en koordinering med tanke på målet, og det er ukentlige møter innarbeidet i arbeidstiden for samtlige trainees.

Veiledere ("trainers") er vel tilgodesett, både prestisjemessig og økonomisk. Kandidatene får full lønn fra det offentlige slik at de veilederen får fra det offentlige og det som kandidaten medisinske virksomhet skaffer av inntekter, går direkte til praksisen. De faglige kravene til veilederne er strenge.

Det er dessuten strenge faglige krav til dem som ønsker å opptas som medlemmer av Royal College of General Practitioners. Opptak til medlemskapet er en ferdighetsorientert eksamen med både et meget omfattende "multiple choice" spørreskjema, en essay-oppgave og dessuten muntlig eksaminasjon. 70 - 80% av yngre engelske almenpraktikere er medlemmer av Royal College, mange eldre søker også etter hvert om medlemskap.

Søknaden til almenpraksis er li-kevel synkende, hovedsaklig pga. det stramme arbeidsmarkedet.

Det høyt verdsatte listesystemet møter ingen kritiske røster blant engelske almenpraktikere. Over 95% av den engelske befolkningen er registrert på liste.

Gjennomsnittlig antall listepasi-enter pr. almenpraktiker er 2100 og gjennomsnittlig antall konsultasjoner er 3,5/år/innbygger. Det anses for å gi en rimelig arbeidsbyrde. Legen har da ansvar for sine pasienter dag og



David Pendleton, psykolog, -har mye å lære oss om konsultasjonsprosessen



Stewart Carne. Tidligere president i WONCA.



Kurskomiteen: Øystein Pihlstrøm, Kirsti Malterud og Dag Bruusgaard



Ann McPherson, om kvinners helseproblemer.

natt 52 uker i året, og må skaffe stedfortreder hvis han er borte. Selv innenfor helsesenter med flere leger ble listesystemet i stor grad opprettholdt, men vakt utenom arbeidstid blir som regel enklere og bedre organisert med samarbeid på et legesenter enn i en solopraksis.

Andre yrkesgrupper

Helsesøster og jordmor betales helt av det offentlige, men er ofte tilknyttet et av de private helsesentre.

Medarbeidere forøvrig (unntatt vaskere) ble betalt av det offentlige med 70% inntil to personer pr. lege. Ved større helsesentra er det vanligvis en "practice manager" (administrator).

Vi fikk inntrykk av liten kontakt mellom sosial- og helsetjeneste.

Økonomi/arbeidstid

Det innflokke avlønningssystemet av legene er også beskrevet av Anvik. En viktig forskjell fra det norske er en adskillig mer utstrakt bruk av ekstra takster for forskjellige typer forebyggende virksomhet.

Den arbeidstiden som er vanlig i engelsk almenpraksis, til klokken 18 - 20, er uforenlig med det å ha ansvar for små barn, og det viser seg at kvinner som ikke går inn i institusjonshelsetenesten foretrekker helsestasjons- og skolelegevirksomhet.

Standardheving

Utad kan engelsk almenpraksis fortone seg meget velorganisert og av høy kvalitetsmessig standard.

Virkeligheten er ikke slik.

Våre verter erkjente det og pekte på betydelig kvalitetsforskjell innen engelsk primærhelsetjeneste. Royal College er alvorlig opptatt av å rette på dette, bl. a. ved hjelp av en kampanje for å høyne standarden ("the quality initiative").

Besøk ved helsesenteret

En dag var avsatt til studiet av vanlig almenpraktisk virksomhet, og kursdeltakerne ble utplasserte ved hver sitt helsesenter.

Der ble vi først og fremst tatt meget vel imot. Hvis deres pasienter blir møtt med halvparten av den imøtekommenhet og positive innstilling som ble oss til del, har vi mye å lære.

Forøvrig var de legekantorene vi

besøkte selvsagt svært forskjellige, omtrent som her hjemme. Det nytter derfor ikke å gi noen detaljert beskrivelse av et engelsk almenpraktikerkontor, ut over kanskje følgende felles-trekk:

Legekantorene er adskillig mindre enn norsk "standard". De kantorene jeg så var alle under ti kvadratmeter, og utstyret var sparsomt etter norske forhold. Oto/oftalmoskop, reflekshammer og annet undersøkelsesutstyr ble hentet opp fra egen koffert som sto halveis oppslått på gulvet. Som regel var det ikke noe G.U.- eller undersøkelsesrom tilsluttet de forskjellige kantorer. G.U. ble gjort uten beholdere på en undersøkelsesbenk, ofte i sideleie, spiralinnsetting likeså. Rom for småkirurgi etc. fantes på de fleste helsesentra, men gjennomgående noe mindre enn vanlig etter norske forhold, og jeg opplevde faktisk finne dette rommet i annen etasje - opp en temmelig smal og snodd trapp(!) De hygieniske forholdene er jo et kapittel for seg selv, men det er vel mulig at vi her i Norge befinner oss vel langt i motsatte ytterkant.

Det var helt tydelig at "six minutes for the patient" ble gjennomført nokså konsekvent, selv om selvsagt enkelte få konsultasjoner kunne ta adskillig lengre tid. De yngre kollegene tøyte i rettferdighetens navn konsultasjonene til 10 min.

Hemmeligheten bak dette slik jeg så det der jeg var utplassert, var et meget drillet og godt samarbeidet personale. Pasientene hadde dessuten ikke forventninger om å få sitte lenger inne hos legen og innrettet seg deretter: de kom med sin ene plage og relevante tilleggsopplysninger. Dersom de mot formodning skulle komme trekkende med en plage til, var det med mange unnskyldninger ("I am sorry to be such a pest to you, doctor").

Henvvisning til spesialist foregikk også ganske rasjonalisert ved ferdigoptrykte skjemaer, omtrent som røntgenhenvvisninger, som pasienten fylte ut med sine egne personalia før et meget

kortfattet stikkordmessig henvisningsnotat ble skrevet for hånd. Journalnotatene var også uhyre kortfattede, og håndskrevne.

Man kan undre seg hvordan engelske almenpraktikere skal få tid til å følge sine egne idealer i konsultasjonsprosessen og kartlegge både sykehistorie, sykdomsårsaker, pasientens egen forestillinger, bekymringer og forventninger, og samtidig foruten

det aktuelle, ta opp pasientens kroniske problemer og aktuelle risikofaktorer.

Konsultasjonen

Det store clue'et var imidlertid møtet med tre av de fire som har skrevet boka "The Consultation". En hel dag var avsatt til møtet med forfatterne.

Det ble jobbet i plenum og i grupper med rollespill og diskusjoner. Konsultasjonsprosessen ble plukket fra hverandre, analysert i sine enkelte bestanddeler på en måte som vi aldri tilnærmedesvis har vært borti under vår utdanning. Gjennom denne boka bidrar forfatterne med verktøy som er meget praktisk anvendelig og innspirende.

Kursdeltakerne følte seg mektig inspirert av denne seansen, og denne metoden til selvanalyse enten den foregår via kasett-, videooptak eller rollespill, kommer ganske sikkert i årene fremover til å bli en viktig del av selvevaluering også i Norge.

Som helhet var grunnkurset i almenmedisin meget godt og inspirerende, (anmeldelse kommer senere).

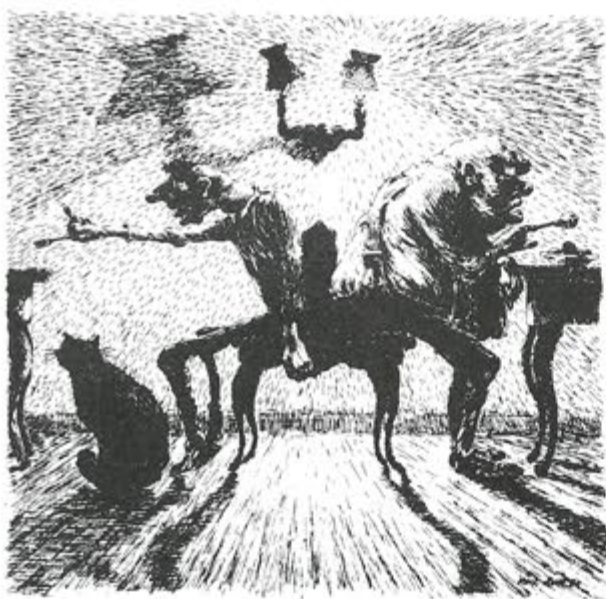
Når Legeforeningen nå utarbeider et grunnkurs i almenmedisin vil erfaringene fra det nylig gjennomførte grunnkurset være til stor nytte ■



Godfrey Fowler, en av de sentrale almenpraktikerne i Oxfordgruppen.

OM UTPOSTENS TEGNER:

Kåre Bjørn Huse



LENGE LEVE
UTPOSTEN!



□ Ola Lilleholt □

Utpostens faste tegner gjennom mange år, Kåre Bjørn Huse har nettopp hatt utstilling av en del av sine arbeider, bl.a. også mange tegninger som har gledet Utpostens lesere. En titt i gamle årganger av bladet viser at Kåre Bjørn H. første gang dukket opp med forside og som del av redaksjonen i septemernummeret 1973, altså i bladets andre årgang.

I katalogen til utstillinga nå står det, og vi har en mistanke om at ordvalget er hans eget: "Målet med hans billedskapning er å lage illusjon av inntrykk av liv i og omkring seg". Av katalogen ser vi også at han har deltatt i mange utstillinger og er innkjøpt av forskjellige offentlige instanser. Formann i fylkeslaget av bildende kunstnere har han også vært i et par perioder. Opp gjennom åra har han i rykk og napp fått med lærerskole, formingslærerskole, Bergens Kunsthåndverksskole og Vestlandets kunstakademi.

Utposten og noe som ser ut som et tilfeldig uhell bidro avgjørende til at han graviterte bort fra lærerarbeidet og inn i heltidsarbeide som billedkunstner. Det hadde seg slik at hans eldste datter hadde fått en svær treflis i baken av en gammel trehuske. Distrikslege og Utpostenredaktør Harald Siem var tilkalt i hjemmet på Otroya. Kanskje var ikke flisa så stor, Kåre Bjørn H. skylder på Harald S's myopi, i alle fall ble det bestemt at jenta måtte bli med i legeskyssbåten inn til legekantoret på Aukra for behandling. Under turen dit ble avtale om tegneoppdrag for Utposten inngått i legeskyssbåtens lugar til øredøvende larm fra motoren.

Kåre Bjørn H. sier at han opplever det medisinske fagområdet som fremmed, og at han har følt



det som et poeng å gjøre problemstillingene almenne, bl.a for å bidra til å sprengre grenser mellom faglige båser for at vi ikke skal bli for mye fagdioter. I samme åndedrag fortsetter han med følgende: "Eg trur ikkje det er berre lønna som har gjort legar til ein klasse for seg

sjøl". Kanskje kan vi stanse litt og tenke over det siste.

Utposten gratulerer med separatutstillinga og håper at norsk almenmedisin og Utpostens bidragsyttere kan forbli fargerike nok til å inspirere Kåre Bjørn H..

Dersom noen av leserne er interessert i å ta andre sider av Kåre Bjørn H.'s i øyesyn, så er han å finne på Lubbenes kunst-senter i Molde. Utposten formidler gjerne kontakt! ■

Seminar: TEKNISK HYGIENE

I forbindelse med sitt årsmøte arrangerer Teknisk Hygienisk Forum i samarbeide med SIFF og Statens Institutt for Strålehygiene (SIS) et to-dagers faglig seminar om radongass i boliger, laserkosmetologi, basseg- og boblebad.

SIS har nylig gjennomført en landsomfattend undersøkelse av

radongasskonsentrasjoner i boliger. Resultatet av undersøkelsene vil bli presentert på seminaret.

Det er også meninga at seminaret skal bidra til å klare opp en del i "gråsoneproblematikken" rundt den hygieniske kontrollen med og de helsemessige effektene av de nye tilbuda som er vokset fram

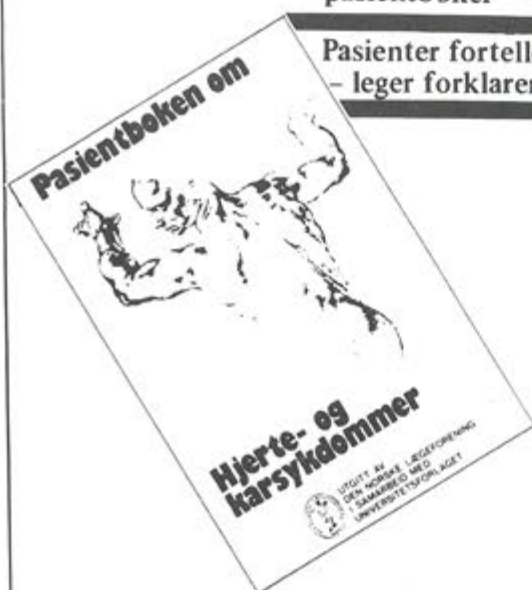
rundt helsetudioer og skjønnhetssalonger.

Seminaret finner sted på SIFF i Oslo i dagene 13. og 14. juni. Nærmere opplysninger om påmelding etc. hos siv.ing. Aud Inger Rasmussen, SIFF, Geitmyrsveien 75, 0462 Oslo 4 eller i telefon 02-35 60 20.

Den norske
lægeforenings
pasientbøker



Pasienter forteller
- leger forklarer



12 bøker som hver
tar opp forskjellige
sykdomsgrupper

BESTILLINGSKUPONG

Send kupongen til
UNIVERSITETSFORLAGET AS v/ Markedsavdelingen
Postboks 2959 Tøyen, 0608 Oslo 6

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muskel- og skjelettsykdommer | <input type="checkbox"/> Infeksjonssykdommer |
| <input type="checkbox"/> Øyesykdommer og nedsatt syn | <input type="checkbox"/> Sykdommer hos eldre |
| <input type="checkbox"/> Øresykdommer og nedsatt hørsel | <input type="checkbox"/> Sykdommer i nervesystemet |
| <input type="checkbox"/> Hudsykdommer | <input type="checkbox"/> Hjerte- og karsykdommer |
| <input type="checkbox"/> Sykdommer i åndedrettsorganene | <input type="checkbox"/> Sykdommer i fordøyelsesorganene |
| <input type="checkbox"/> Nervøse lidelser | <input type="checkbox"/> Sykdommer i nyrer og urinveier |

Pris pr. bok kr 70,- (porto og oppkravsgebyr kommer i tillegg).

Kasset med de 12 pasientbøkene
Spesialpris for Den norske lægeforenings medlemmer kr 450,-
(+ porto).

Navn:

Adr.:

Postnr./-sted:

UNIVERSITETSFORLAGET

Det er ikke lenger noen grunn for å vente:

infodoc

Det ledende datasystem for helsetjenesten leveres nå på PC'er. Flerbrukerløsning. – Rutiner for lønn, regnskap, statistikk o.s.v. kan leveres som tillegg til Infodoc. Finansieringsbistand.

Kontakt: Informasjonssystemer, Bergen. Tlf. (05) 29 00 00

Hva hender når et ulcerogent legemiddel setter seg fast og løser seg opp i øsofagus?

70% av pasientene som har vært utsatt for at legemidler satte seg fast i øsofagus og siden forårsaket sår-dannelse eller strikturer, merket aldri at legemiddelet satte seg fast i øsofagus når det ble gitt. Symptomene opptrådte først 6-8 timer etter at legemiddelet var inntatt.

Symptom: 1. Retrosternal smerte.
2. Vanskeligheter med å svelge.
3. Smerte ved inntak av både flytende og fast føde.

30% av pasientene som fikk sår-dannelse/ strikturer på øsofagus på grunn av legemidler, opplevde at legemiddelet satte seg fast allerede ved administrasjonstidspunktet. Fornytt væskeinntak hjalp likevel ikke disse pasientene fordi det oppstår en spasme i øsofagusslimhinnen som holder tilbake det ulcerogene legemiddelet. De fleste pasienter som kommer ut for at et ulcerogent legemiddel setter seg fast i øsofagus, opplever de verste smertene 3-4 dager etter at legemiddelet har satt seg fast.

I Sverige ser Socialstyrelsen så alvorlig på dette at de har foreslått å innføre preklinisk testing av alle legemidler med tanke på øsofagusskader.

Undersøkelser har slått fast at det er medikamenter som tetracycliner som har medført de fleste skadene. **Lymecylin (Tetralysal®)** har vist seg **ikke** å gi slike komplikasjoner. **Tetralysal®** er ikke et ulcerogent legemiddel.

Referanser:

Tabletter och kapslar kan fastna i matstrupen och orsaka svåra skador på denna!

(Anders Kumlien. Under trykking: Apoteknytt.)

Biverkningar vid accidentell lösning av läkemedel i esofagus och bronker.

(Bjørn Carlborg, Läkartidningen vol. 73, nr. 48, 1976.

Tetracycline induced oesophageal ulcers - a clinical and experimental study.

(Bjørn Carlborg, O. Densert, C. Lindquist.

The Laryngoscote, vol. 93, nr. 2, februar 1983.

Ulcérations œsophagiennes induites par la doxycyclines. À propos de 5 cas.

(P. Barbier, A. Dony, M. Adler, L. Engelholm, Acta Gastro-Enterologica Belgica, Mai-Juni 1980.

A new endoscopic finding of tetracycline-induced esophageal ulcers.

(Thomas F. O'Meara, Maj. MC.)

For øvrige opplysninger om Tetralysal®, henvises til felles-katalogen.



MONTEDISON GROUP

FARMITALIA
CARLO ERBA

Postboks 53, 1371 ASKER
Tlf. (02) 79 07 60

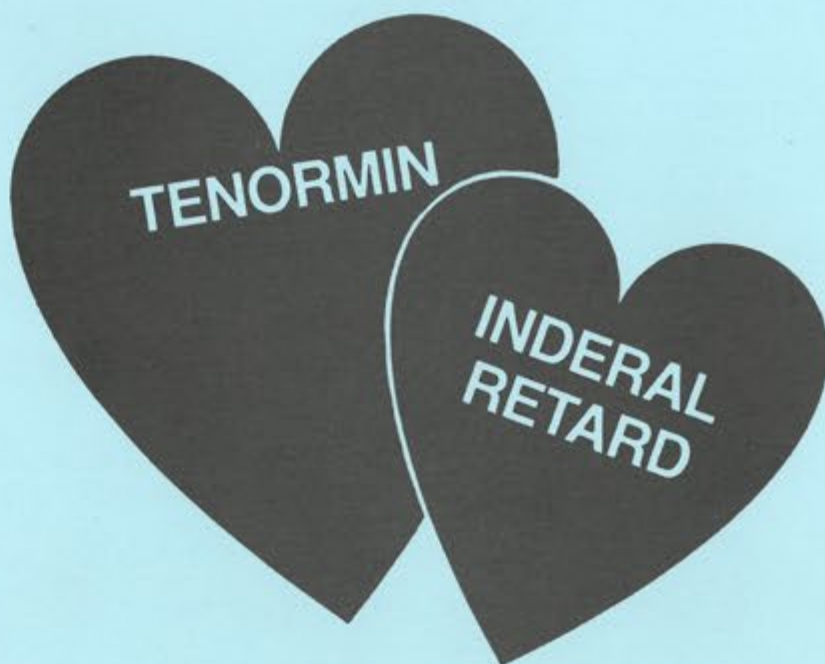
Tetralysal®
lymecyclin

RUTLE OLAV
Slettmark 2
2050 Jessheim

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Det finnes to betablokkerere...

som kan doseres
én gang daglig
både ved hypertensjon og angina pectoris



... begge er resultater av ICI's
originale legemiddelforskning



For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen.

DET KAN VÆRE VONDT Å TVINGES I KNE, SPESIELT HVIS DET ER FULLT AV URINSYRE- KRYSTALLER!



Altfor ofte blir et slikt kne feilaktig diagnostisert.* Det kan være bursitt, tendinitt eller erysipelas. Men i dette tilfellet er det ikke det – det er urinsyregikt! Og meget smertefullt særlig hvis det ikke behandles korrekt fra første øyeblikk av. Urinsyregikt omfatter langt mer enn den klassiske opphovnede stortå.

Over 40%** av alle tilfeller av urinsyregikt lokaliseres til ankel, kne, albu eller fingre.

Urinsyregikt kan ikke kureres. Men anfallene kan forebygges. Det går an å leve med urinsyregikt uten smerter. Forutsetningen er korrekt diagnose (ta serum-urinsyre) og korrekt behandling. Er man i tvil, så er en leddvæskeprøve det sikreste diagnostikum.

Ved residiverende urinsyregikt er daglig behandling med Zyloric – normalt i engangsdoser på 300 mg – effektivt profylaktikum. Bør ikke benyttes under akutte anfall – og bare med særlig varsomhet under graviditet.

*Currie, W. J. C., (1978) Curr. Med. Res. Opin., 5, 714.

**Currie, W. J. C., (1978) Rheum. Rehab., 17/4, 205.

NAPROSYN BRUKT AV ARTROSEPASIENTER SOM IKKE TÅLTE ANDRE ANTIFLOGISTIKA

Naprosyn 500–1000 mg pr. døgn ble prøvet ved 5 sentre og gitt til 145 artrosepasienter (98 var behandlet et år ved studiens avslutning). Undersøkelsen viste signifikant smertelindring og i visse ledd – forbedret bevegelighet. Bivirkningsfrekvensen var lav og resulterte i at kun 17 pasienter gikk ut av undersøkelsen. De vanligste bivirkningene var fordøyelsesbesvær og forstoppelse. Det var ingen medikamentrelaterte forandringer i laboratorieprøvene. Naprosyn viste seg således å være et sikkert og effektivt legemiddel hos en gruppe «difficult-to-treat» pasienter med artrose.

«Naproxen in Patients with Osteoarthritis and Intolerance to other Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs.»

«Naproxen 250–500 bid was studied at 5 centers in 145 OA patients (98 completed a full 12 months) demonstrating a significant analgesic effect and in certain joints, an improved mobility. Side effects were low in incidence, causing withdrawal from trial in only 17 patients, the most common type being indigestion and constipation. There were no drug-related changes in laboratory tests. Naproxen therefore proved safe and effective in a group of «difficult-to-treat» patients with OA.»

Thompson, M. et al., Europ J Rheum Inflamm 2 (1):25–8, 1979.

Vi oversender gjerne hele undersøkelsen.

artrose
artrose
250 – 1000 mg pr. døgn Naprosyn® *Doseres etter behov*
artrose
artrose
naproxen

- Tåles godt
- også ved langtidsbruk
- Effekten varer – år etter år
- Sykdomsrettet dosering
- Rask smertelindring
- Lang klinisk erfaring

Jeg ønsker motta:

- Artrose. Grunnlag for behandling. Ass. overlege Peer H. Staff
- Råd og øvelser for pasienter med hofteleddsartrose
- Særtrykk av referert undersøkelse
- Naprosyn – produktbrosjyre

Navn: _____

Adresse: _____

Legens stempel

		
250 mg tabl.	500 mg tabl.	500 mg stikkpille

KONTRAINDIKASJONER: Det bør vises forsiktighet ved behandling av gravide kvinner. For barn under 5 år foreligger bare prelimnære resultater fra kliniske undersøkelser, slik at behandling av denne aldersgruppen bør unngås inntil videre.
BIVIRKNINGER: Hodepine, søvnløshet, lett uro, tretthet, magesmerter, forstoppning, diaré og enkelte tilfeller av gastrointestinale blødninger er rapportert. Allergiske reaksjoner i form av hudreaksjoner og astmaanfall kan forekomme.

FORSIKTIGHETSREGLER: Kontinuerlig kontroll anbefales av pasienter med ulcus i anamnesen med tanke på gastrointestinale blødninger. Forsiktighet bør utvises hos astma-, rhinitt- eller urticaria-pasienter som ikke tåler acetylsalicylsyre eller andre non-steroidale anti-inflammatoriske legemidler da disse også kan vise intoleranse mot Naprosyn.

INTERAKSJONER: Siden Naprosyn er meget sterkt plasma-proteinbundet, bør pasienter, som samtidig blir behandlet med hydantoiner, antikoagulantia eller andre sterkt proteinbundne medikamenter, bli observert med henblikk på evt. tegn på overdosering (1:35e).

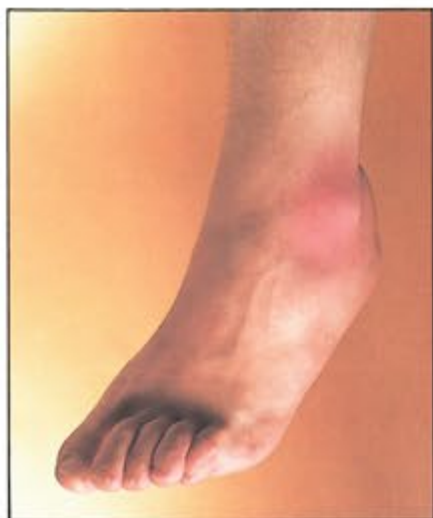
Zyloric reduserer urinsyreproduksjonen i kroppen og motvirker dermed utfelling av urinsyrekrystaller i leddene og annet vev.

Se ellers Felleskatalogens opplysninger om Zyloric.

Zyloric*

allopurinol

300 mg x 84
100 mg x 100
300 mg x 100



ZYLORIC «WELLCOME» Hemmer av urinsyreproduksjonen.

ATC-nr.: M04A A01.

TABLETTER; Hver tablett inneh.: Allopurinol, 100 mg resp. 300 mg

EGENSKAPER: **Klassifisering/Virkningsmekanisme:** Kraftig hemmer av xantinoksydase, enzymet som omdanner hypoxantin til xantin og xantin til urinsyre, som er sluttproduktet i purinstoffskiftet. Allopurinol reduserer urinsyrepeilet både i serum og urin.

Absorpsjon: Rask. Maksimal serumkonsentrasjon etter 2-6 timer. **Proteinbinding:** Ingen plasmaproteinbinding. **Fordeling:** Jevn. **Halveringstid:** Allopurinol ca. 1 time. Oksypurinol 18-30 timer, avhengig av nyrefunksjonen. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Ca. 1 µg/ml for allopurinol. Ca. 12 µg/ml for oksypurinol. **Metabolisme/Utskillelse:** Allopurinol omdannes hovedsakelig til oksypurinol som også hemmer xantinoksydase. Allopurinol og dens metabolitter utskilles i nyrene.

INDIKASJONER: Arthritis urica og andre tilstander med hyperurikemi. Behandling og profylakse ved gjentatte tilfeller av kalsiumoksalat/fosfatnyrestensanfall hos pasienter med hyperurikemi, urinsyrenefropati eller med tendens til å danne uratstener. Strålebehandling eller bruk av cytostatika kan medføre så uttalt hyperurikemi at det oppstår anuri og nyresvikt. Allopurinol kan forhindre, evt. behandle urinsyrenefropati hos disse og andre pasienter med økt nukleoproteinbrytning.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for allopurinol.

BIVIRKNINGER: Lokale reaksjoner: Kløe, makulopapulære hudforandringer, avflassing av huden, noen ganger rødhet og i sjeldne tilfeller reaksjoner av eksfoliativ natur. Ved slike reaksjoner må behandlingen straks opphøre. Om hudreaksjonene er av mild karakter, kan behandlingen gjenopptas, men med lav dosering (50 mg/dag) og gradvis økes etter behov. Dersom hudreaksjoner oppstår på nytt, bør behandlingen seponeres definitivt. **Gastrointestinale:** Kvalme og brekninger har vært rapportert. Dette kan som regel unngås ved at preparatet tas i forbindelse med et måltid. **Blod- og lymfesystemet:** Enkelte rapporter på reversibel leukopeni, granulopeni og trombocytopeni har forekommet, vanligvis i sammenheng med nyre- og/eller leverskader. **Leverpåvirkning:** Et fåtall tilfeller av hepatomegali, hepatitt og abnorme leverfunksjonstester har forekommet.

FORSIKTIGHETSREGLER: Under initialbehandlingen kan allopurinol fremkalle anfall av arthritis urica. Det anbefales at det profylaktisk gis kolchicin (0,5 mg x 3) den første måneden i behandlingen. Ved nedsatt nyrefunksjon bør dosen reduseres pga. faren for kumulasjon.

INTERAKSJONER: (I: 47e).

DOSERING: Podagra: Vanligvis 200-300 mg/dag. Pasienter med svær urinsyregikt med tofi kan trenge inntil 600 mg/dag. Normalt urinsyrenivå i serum oppnås vanligvis på 1-3 uker. **Forebygging og behandling av uratstener:** I samme doser som anbefalt ved urinsyregikt, sammen med høyt væskeinntak og alkalisering av urinen. **For å forebygge urinsyrenefropati ved maligne sykdommer:** Behandlingen bør startes med 200 mg 3 ganger daglig 3 dager før strålebehandling eller behandling med cytostatika påbegynnes. Bør gis så lenge man kan vente hyperurikemi. **Barn 6-10 år:** Kan gis 100 mg 3 ganger daglig. **Under 6 år:** Vanligvis 50 mg 3 ganger daglig. Responsen bør vurderes etter 48 timers behandling og dosen justeres om nødvendig. **Ved nedsatt nyrefunksjon:**

Kreatininclearance ml/min. (normalverdi 60/120)	Dosering ved redusert nyrefunksjon
Over 20	Standarddose
20-10	100-200 mg/dag
under 10	100 mg/dag eller lengre intervaller

Dosering ved dialysebehandling: Allopurinol og dets metabolitter fjernes under dialysebehandling. Om dialyse er påkrevd 2-3 ganger pr. uke bør en alternativ dosering vurderes, med 300-400 mg etter hver dialyse. Ingen dosering mellom dialysebehandlingene.

PAKNINGER OG PRISER: 100 mg: 100 stk. kr. 139,55. 300 mg: 100 stk. kr. 365,15. T: 3,9. Enpac: 6 x 14 stk. kr. 339,15.

Kontakt oss for ytterligere opplysninger og litteratur.



The Wellcome Foundation Ltd

Gamle Drammensvei 107, 1322 Høvik. Tlf.: 02 - 53 73 30

Vi blir stadig flere eldre...



artrose
artrose
Naprosyn[®]
artrose
artrose
naproxen

ARTROSE GRUNNLAG FOR BEHANDLING

Utarbeidet av:
Ass. overlege Peer H. Staff,
Fysioterapeut Else-Lill Fjeringby,
Fys.med.aud. Ullevål Sykehus.

Behandlingen av en artrose kan deles inn i ulike faser.
Avlastningsfasen innebærer at leddet bringes til smertefrihet i ro og ved ikke belastende aktiviteter.
Når dette er oppnådd, økes funksjonskravene – **opptreningssfasen**.
Til slutt følger pasienten opp med egen aktivitet i en **vedlikeholdsfase**.

250–1000 mg pr. døgn



BREV

Kan sendes
ufrankert
i Norge.
Adressaten
vil betale
portoen.

SVARSENDING

Tillatelse nr. 222000/19

SYNTEX legemidler

Postboks 44

2011 STRØMMEN