

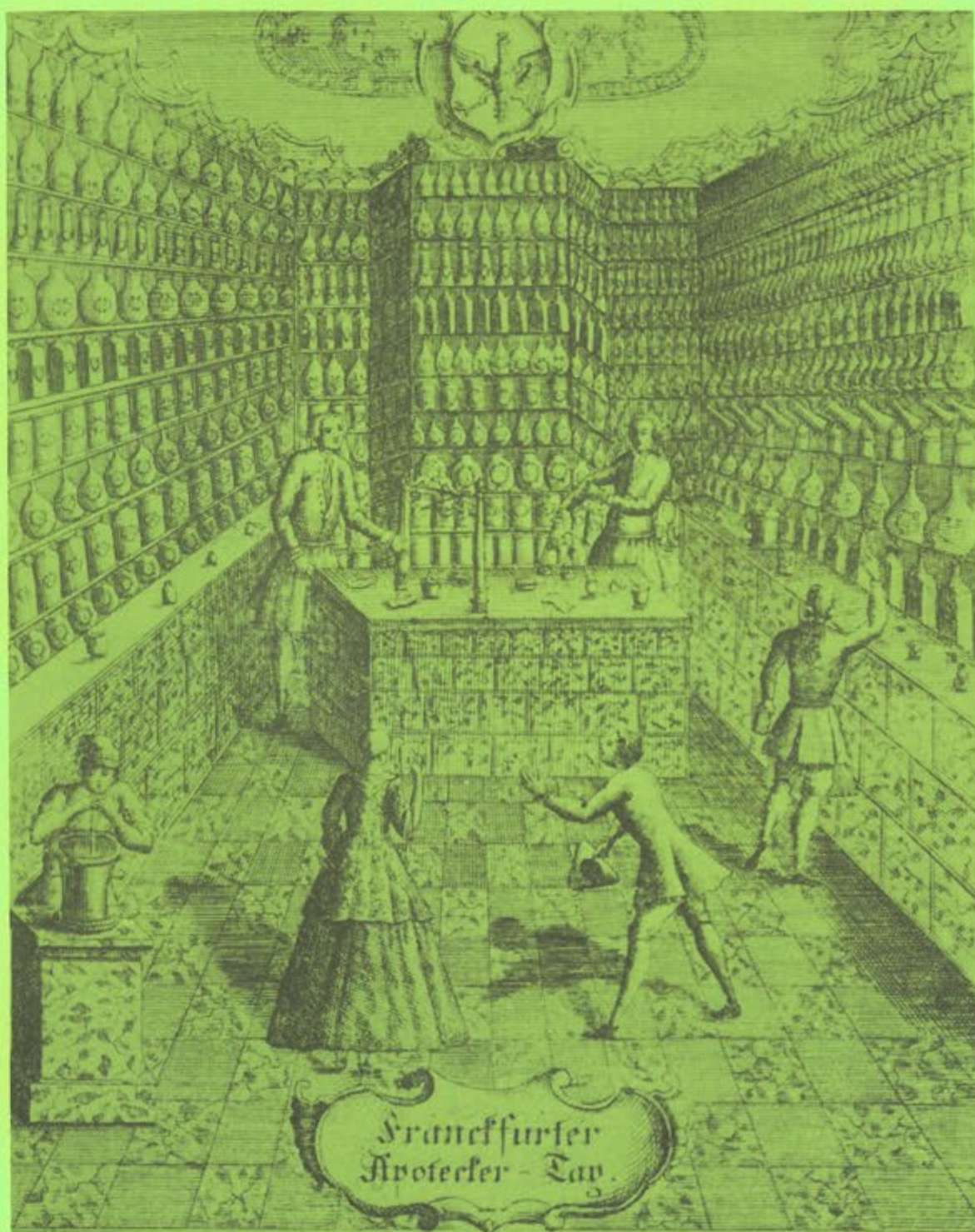
UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 4

1986

ARGANG 15



UTPOSTEN

**BLAD FOR ALMEN- OG
SAMFUNNSMEDISIN**

Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S
9652.63.0011

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

Magne Nylienna
Inst. for Almenmedisin
Fr. Stangsgt. 11/13
0264 Oslo 2
Tlf. kont. 02. 55 92 10
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 Elde
Tlf. kont. 072. 96 361
Tlf. priv. 072. 96 387

Abonnement: Kr. 110,- pr år. Enkeltnummer kr. 20,-. Layout: Ulset form & profil. Trykk: ST-Trykk A/S, 7300 Orkanger.

THE TIMES THEY ARE A-CHANGIN'

Come writers and critics
Who prophesize with your pen
And keep yours eyes wide.
The change won't come again
And don't speak too soon
For the wheel's still in spin
And there's no telling who
That's it's namin'.
For the loser now
Will be later to win
For the times they are a-changin'.

(Denne strofen av Bob Dylan går som en hilsen til hver og en som nå strever med å finne fram til en optimal behandling av sine blodtrykkspasienter. Dylan-fans kan ha en ekstra glede av å høre musikken for sitt indre øre)

Nr 4, 1986

INNHold:

Leder: Medisinsk teknologi - teknisk medisin s. 101	Ola Lilleholt: Det diastoliske blodtrykket - en medisinsk myte s. 117	Debatt om Libanon s. 136
Tema: HYPERTENSJON s. 102	Hypertensjon i Rindal s. 120	Ola Lilleholt: Intervju med Rasmus Aarflot, leder for NKS' helse- og sosiautvalg s. 138
Jostein Holmen: Tabletter eller livsstil s. 104 Blodtrykksbehandlingens to hovedproblem s. 106	Hans Knut Otterstad: Eldre pasienter i almenhelsestjenesten i Østfold s. 124	Folkehelseutdanning/Kurs i samfunnsmedisin i Tromsø s. 140
Blodtrykksundersøkelsen N-Tr. s. 108	Odd Winge: Det aktive venterommet s. 132	Øystein Pedersen/Frode Heian: WONCA-kongressen i London s. 141
Øystein Pedersen: Moderat hypertensjon s. 112	Steve Crozier: Referat fra kurs i helsearbeid i U-land s. 133	Ola Nordviste/Jan Erik Ødegård: Beitostølen helsesportsenter. En viktig institusjon for almenpraktikerens pasienter s. 143
Martin Holte: Notater fra nordisk hypertensjonmøte s. 114 Hypertonigruppen i Trondheim - En tverrfaglig arbeidsgruppe s. 116	Ragnhild Solheim: Gatekjøkkenet nok en gang s. 134	

Medisinsk teknologi - teknisk medisin

I vår hverdag stopper vi lett opp ved det som tiltaler oss mest og kan, bevisst eller ubevisst, komme til å plassere spørsmålet om den helsemessige gevinsten i annen rekke. Teknologi appellerer til vår intellektuelle legning (eller for å si det på en annen måte: det er artig med nye leketøy).

Vi skal ikke glemme at teknologi ofte kommer mellom behandler og pasient. Troen på f. eks. effektivisering ved EDB i primærhelsetjenesten bør blandes med visse motforestillinger: Ved å bruke ikke bare en del av vår tid på EDB, men også vår tankevirksomhet, vår energi og vårt faglige samkvem, kan pasientinteresser komme til å lide. Med den rivende utviklingen i dette feltet kan våre ressurser komme til å være fanget i ganske lang tid framover.

Det er lett å glemme at gevinsten ved en teknologisk nyvinning er basert på resultater etter bruk i kyndige og erfarne hender. Samme gevinst kan ikke påregnes ved en generell utbredelse. Uomtviselig gode metoder kan lett bli gjenstand for overforbruk, til og med misbruk, ved at tilbudet gjøres generelt tilgjengelig.

Vi kan forestille oss hva dette kan føre til med den økende privatiseringen. Her er økonomiske motiver en sterk bakgrunnsfaktor i argumenteringen for bruk av avanserte og kostbare hjelpemidler (godt hjulpet av de massive forventninger og krav dette skaper i befolkningen).

Dette fører oss over til et annet aspekt som vi også bør se nærmere på: Det kan synes som tilgjengeligheten av et diagnostisk eller terapeutisk verktøy har betydelig innflytelse på hvor ofte de aktuelle sykdommer blir (over)diagnostisert og (over)behandlet. Vi får en medisinsk variant av Parkinsons lov der diagnosehyppigheten øker for å tilfredstille

tilgjengelige terapeutiske metoder.

Undersøkelsene som i rettferdighetens navn gjøres kan få preg av selvoppfyllende profetier hvis de ikke gjøres kritisk.

Hva som på denne måten bestemmer hva vår oppmerksomhet rettes mot er derfor ikke bare basert på nøye analyse av hva som gir størst helsemessig gevinst, men i stor grad på teknologisk industri's nyvinninger og markedsføring.

På denne måten blir den tekniske utviklingen en selvstendig og dynamisk faktor som vanskeliggjør prioriteringene. Våre sentrale helsemyndigheter kan ikke (hvis de ikke blir tilført betydelige ressurser) bidra særlig verken med kontroll eller rådgivning. Med det økende gapet mellom hva som er teknisk mulig og hva økonomien tillater får de en stadig vanskeligere oppgave.

Jeg mener ikke at vi skal stritte imot den teknologiske utviklingen, den gir fantastiske muligheter.

Men vi skal være kritiske for hva som er virkelige fremskritt. Vi skal heller ikke glemme at det også finnes andre redskaper som ofte med mindre ressurser kan gi like stor gevinst: en bedre innsikt i og utnyttelse av konsultasjonen, riktignere organiseringsformer, aktiv bruk av pasientenes egne ressurser og av pasient- og andre frivillige organisasjoner, bedre forebyggende helsetjeneste.

Trude H.

Det er ikke nødvendigvis noen sammenheng.

Men veien er ikke lang fra en medisin løftet og forbedret ved teknologi, til en medisin som er underlagt den. Teknologi brukt kritisk og på rasjonelle indiksjoner kan lett gli over i en tiltand der den er både drivkraft og et mål i seg selv.

Det er fristende å trekke frem som eksempler den overdrevne teknifiseringen av den normale graviditet og fødsel, overforbruk av masseundersøkelser på mamma- og cervix-cancer (av en eller annen grunn ser det ut til at kvinner er mest utsatt for "overforbrukstilbud").

En ting er vanskene med å dokumentere effekten av ultralyd-screening i svangerskapet på neonatal mortalitet, men hva med noe så oppløst og vedtatt som terminbestemmelsen?? -Også på andre områder kan like gode kliniske metoder bli fortrengt ved overforbruk av teknologi.

Alle som i praksis behandler pasienter med hypertensjon må vel de siste åra ha følt en stigende

frustrasjon. Utvalget av farmaka er øket og resultatene fra de stort anlagte forsøka har gitt til dels tvetydlige resultater. Er det mulig å finne noen faste holdepunkter i informasjons-

TEMA: HYPER

Er heller ikke blodtrykk

(det har det vel heller aldri vært)

□ Jostein Holmen □
Verdal

■ Som almenpraktikere må vi sette blodtrykkspørsmålet inn i den rette sammenhengen: Høgt blodtrykk er en risikofaktor - ikke en sykdom!

Da legene for alvor begynte å interessere seg for høgt blodtrykk like etter siste verdenskrig, startet de med pasienter som hadde meget høge trykk og var innlagt i sjukehus, ofte med dramatiske sykdomsbilder som var direkte forårsaket av trykkstigningen (pkt. A i figuren).

Etter hvert ble det utviklet medikamenter som reduserte blodtrykket, og sykdomsbildet kunne behandles slik at trykket sank og pasienten ble bedre. Behandlingen av høgt blodtrykk var altså de første åra en tradisjonell "sykdomsbehandling". Mange lærebøker og mye av litteraturen om høgt blodtrykk er skrevet med dette bilde av "sykdommen" høgt blodtrykk for øyet. Mange av oss har fått overført dette inntrykket av høgt blodtrykk gjennom undervisning og gjennom kontakt med eldre kolleger.

Men i de siste 25 åra er situasjonen endret. Det er kommet effektive medikamenter som kan redusere blodtrykket uten store bivirkninger. Interessen for

høgt blodtrykk blant helsepersonell, publikum og legemiddelprodusenter har økt sterkt. Mens en tidligere behandlet bare de meget høge trykkene, har tendensen gått i retning av også å behandle lett økte trykk.

Behandlingen av og omsorgen for blodtrykkspasientene kan i dag deles i to:

1. Forebyggende blodtrycksbehandling, det vil si behandling som tar sikte på å forhindre komplikasjoner av det høge trykket (punkt B i figuren). De aller fleste av disse pasientene har ingen symptomer som sikkert kan settes i sammenheng med blodtrykket.

2. Behandling av komplikasjonene, for eksempel hjerneslag, og hjerteinfarkt (punkt C i figuren). Disse sykdommene utvikles oftest som resultat av at flere risikofaktorer virker sammen som for eksempel røyking, overvekt og høgt kolesterol. Høgt blodtrykk er ofte en av disse risikofaktorene.

Høgt blodtrykk har altså utviklet seg fra å være meget alvorlig sykdom hos relativt få pasienter, til å være en tilstand som ofte påvises uten at vedkommende har symptomer i det heile

strømmen? Da vi startet arbeidet med dette temanummeret, hadde vi aspirasjoner om å presentere noen av disse holdepunkta: gjerne i form av konkrete handlings- og behandlingsprogrammer. Dette har

vi ikke maktet. Det viser seg at også autoritetene er såpass uenige at "de medisinske sannhetene" i dette feltet ikke har den tradisjonelle levetida på 5 år: Den oppfører seg snarere som

en ånd i en fillehaug. Til tross for dette håper vi at disse artiklene kan inneholde noe av interesse for alle dere som i hverdagen behandler det norske folks blodtrykk.

STENSJON

ket som det var før?

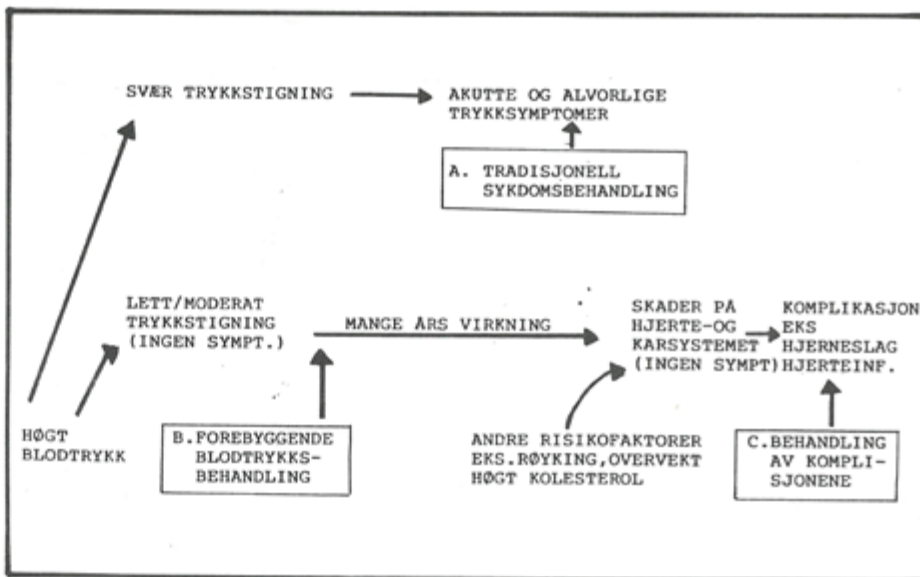
tatt. Det kan derfor i dag betraktes som en risikofaktor for hjerte- og karsjukdommer, og av en helt annen og mindre alvorlighetsgrad enn den sykdommen en kunne se tidligere.

Mange blir skremt

Jeg tror ikke pasientene har oppfattet dette. Intervjuundersøkelser i Nord Trøndelag har vist at mange som får påvist høgt blodtrykk blir redde. De tenker på hjerneblødning, hjerteinfarkt og tidlig død, og oppfatter det nærmest som en livstruende sykdom.

Jeg er heller ikke sikker på at alle legene har oppfattet det. Vi er opplært i den gamle sykdomsmodellen gjennom studiet, i arbeid på sjukehus gjennom litteraturen. Men den største påvirkningen på legene kommer fra legemiddelindustrien. Den vil naturlig nok fokusere mest på den medikamentelle behandlingen. Det er derfor opp til oss almenpraktikere å sette blodtrykksproblemet inn i en større sammenheng! ■

(Litteratur: se side 111)



A: Sykdomsutvikling av symptomer, dvs. tradisjonell sykdomsbehandling.

B: "Vanlig" forebyggende blodtrykksbehandling

C: Behandling av komplikasjoner, dvs. tradisjonell sykdomsbehandling.

Vi må ikke la legemiddelindustrien styre debatten alene!

Tabletter eller

□ Jostein Holmen
Verdal

■ I litteraturen om høgt blodtrykk og på kurs, møter og i den daglige reklamehaugen på kontoret, virker det som det største problemet i blodtrykksbehandlingen er hvilket medikament vi skal velge. Jeg tror vi bør legge mer vekt på spørsmålet om vi i det hele tatt skal bruke medikamenter, og for hvilke grupper vi eventuelt ikke skal bruke medikamenter.

Det er viktig at vi har klart for oss at gevinsten ved behandling av høgt blodtrykk er marginal. Jeg ser da bort fra de betydelige forhøyede trykk, f.eks. diastolisk trykk over 110-115 mmHg. Som eksempel på risikoen ved moderat hypertensjon kan nevnes at 55-årige menn med diastolisk blodtrykk 105 mmHg gjennomsnittlig vil tape ett leveår uten behandling. Ved behandling kan vi neppe tilbakevinne hele dette leveåret men kanskje halvparten (1). Denne marginale gevinsten vi må ha i tankene når vi vurderer om pasienten skal behandles og på hvilken måte behandlingen skal skje.

Ved høgt blodtrykk kan risikoen reduseres enten med livsstilsendringer eller med medikamenter. Livsstilsendringer kan gå ut på å spise mindre salt, slutt å røyke, gå ned i vekt, mosjonere regelmessig, og "stresse" mindre. Disse tiltaka kan for noen være vanskelig å gjennomføre, og noen kan nok oppleve en redusert livskvalitet den første tida etter omleggingen. Men jeg tror at disse rådene på sikt vil føre til at de aller fleste føler seg i bedre form og føler større velvære. Og vi kjenner ingen alvorlige negative bivirkninger ved en slik omlegging av livsstilen. Jeg tror altså at de fleste vil oppleve økt livskvalitet ved å leve et sunnere liv.

Det er ingen uenighet om at betydelig økte blodtrykk, f.eks. diastoliske blodtrykk på over

105-110 mm Hg, skal behandles med medikamenter hos pasienter under 70 år. Men det er atskillig større usikkerhet når det gjelder mild og moderat hypertensjon, det vil si diastoliske blodtrykk mellom 90 og 105 mm Hg. Noen hevder det er indikasjon for medikamentell behandling også for disse pasientene, mens andre er mer restriktive.

Vi kan generelt dele medikamentelle bivirkninger i to: De kortsiktige og langsiktige. De kortsiktige kan ofte oppdages av pasienten og legen, og de går oftest over når behandlingen stanses. Men de langsiktige bivirkninger merkes ofte hverken av pasient eller lege før komplikasjoner har oppstått etter mange års medisinbruk. Skadene kan da være uopprettelige. Vi vet at alle medikamenter på det norske markedet er nøye utprøvd blant annet med hensyn til bivirkninger. Men en slik kontroll kan ikke helt utelukke at lang tids bruk av medikamentene kan føre til uheldige bivirkninger. Et nøye kontrollsystem kan minske denne risikoen, men den kan ikke fjernes helt. Alle som bruker medikamenter over lang tid er utsatt for en slik risiko.

Det er altså en prinsipiell forskjell mellom de to metodene for å minske risiko for sjukdom ved høgt blodtrykk:

- Livsstilsendringer kan oppleves som brysomme for noen i starten, men på lengre sikt tror jeg de aller fleste vil føle større velvære. Og endringene mot en sunnere livsstil har ingen alvorlige bivirkninger. Livsstilsendringene krever altså innsats, men er ufarlige og vil hos de fleste føre til bedre trivsel og velvære.

- Medikamentell behandling kan være lettvinnt og effektivt. Den kan imidlertid føre til bivirk-

er livsstil

ninger. Og langvarig bruk av medikamenter innebærer alltid en viss risiko for ukjente og kanskje farlige bivirkninger.

Vi skal redusere risikoen for hjerte- og karsjukdommer - ikke bare behandle etter mm Hg!

Et annet forhold som vi neppe har lagt stor vekt på: Vår oppgave som leger er ikke først og fremst å redusere blodtrykket, men å redusere pasientenes risiko for hjerte- og karsjukdommer. Medikamentell behandling av høgt blodtrykk reduserer risikoen for cerebrovaskulære komplikasjoner, hjertesvikt og nyresvikt, men det er hittil ikke bevist at den reduserer risikoen for hjerteinfarkt. Dette er et stort tankekors i blodtryksbehandlingen slik den praktiseres i dag.

Dersom vi legger mer vekt på livsstilsendringer hos pasientene, har vi stor sjanse til også å redusere risikoen for coronarsjukdom. Dette er enda et viktig argument for å legge større vekt på livsstilsendringer hos blodtrykspasienter.

Bryr vi oss for lite om livskvalitet?

Først en kasiustikk: En gang i 1940-åra fikk en mann på vel 20 år målt blodtrykket. Det viste seg å være atskillig for høgt, og det ble sagt til han: "Du kommer neppe til å bli særlig gammel". Inntil 1960-åra var det som kjent bare få medikamenter mot høgt blodtrykk, og disse kunne ha nokskå plagsomme bivirkninger. Denne mannen ville ikke ha medisiner for blodtrykket og grunnla det omtrent slik: "Jeg foretrekker å leve et aktivt, rikt og heller kortere liv, framfor å leve lengre, men redusert liv med medisiner".

Var dette en umoden og ureflektert holdning fra en som ikke

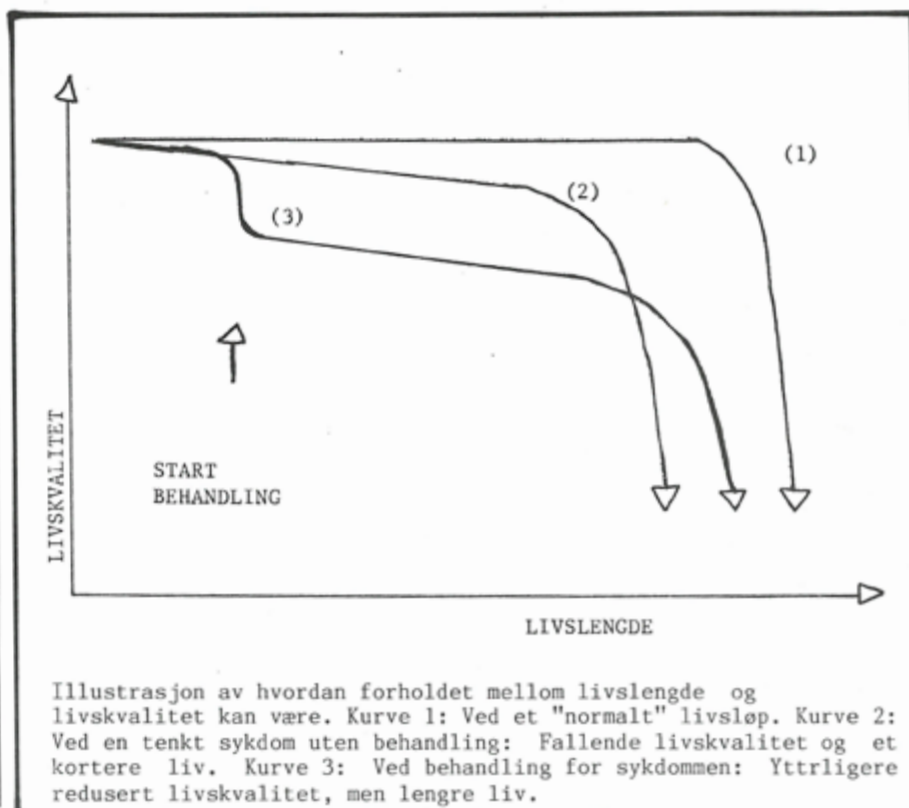
forsto hva det dreide seg om? Ville han ha forandret mening dersom han virkelig forsto den risikoen han var utsatt for? Burde ei god helsetjeneste tatt hand om mannen, gitt ham behandling og redusert risikoen han var utsatt for?

Dette har vi ingen sikre svar på. Det vi vet er at mannen studerte medisin da det høye blodtrykket første gang ble påvist og at han arbeidet som lege i flere år. Han døde av hjerneblødning like etter at han hadde tatt den medisinske doktorgrad. Han var da knapt 45 år gammel.

Nå er dette over 20 år siden, og mye har forandret seg. Ikke minst har medikamentutvalget økt drastisk. Vi vet dessuten mer om

hvor stor risikoen er ved ulike trykknivåer. Men eksemplet illustrerer dilemmaet omkring livslengde, livskvalitet og forebyggende helsetiltak. Tiltak som reduserer risikoen for sykdom og død kan føre til dårligere livskvalitet. Hvor stor reduksjon i livskvaliteten er vi villige til å akseptere for å få leve lengre?

I blodtryksbehandlingen er dilemmaet prinsippielt det samme i dag som for 20 år siden. Medikamenter kan hos noen pasienter gi bivirkninger som f.eks. tretthet, svimmelhet, besvimelsestendens, hjertebank, impotens, muskelsvakhet og kalde hender og føtter. Bivirkningene kan opptre i alle alvorlighetsgrader, og kan variere fra person til person og fra tid til tid. ▶



Dessuten kan bevisstheten om at en har høgt blodtrykk føre til engstelse. Legekontrollene tar tid og koster penger. En må altså rekne med at både de medisinske, psykiske og sosiale bivirkningene kan føre til dårligere livskvalitet for personer som føler seg friske og ikke har noen symptomer fra blodtrykket.

I mange år har argumentasjonen for forebyggende helsearbeid generelt og for blodtrykksbehandling spesielt vært basert på faren for å dø for tidlig. Eksemplet ovenfor antyder at for noen er det kanskje ikke faren for å dø som er mest skremmende, men derimot faren for å leve vingeskutt i årevis.

Ved høgt blodtrykk kan livskvaliteten bli redusert av to grunner: På grunn av sjukdommen og på grunn av behandlingen. Vi kan risikere at behandlingen reduserer livskvaliteten så mye at det ikke blir noen nettogevinst. Det egentlige målet bør være å gjøre "livsutbyttet" så stort som mulig. "Livsutbyttet" vil jeg definere slik:

$\text{Livsutbyttet} = \text{livslengde} \times \text{livskvalitet}$

(på samme måte som man i bankvesenet snakker om renteutbytte = rentetid $\times$ rentefot).

Som illustrert i figuren kan det være vanskelig å vite om "livsutbyttet" blir større med behandling enn uten behandling. I dag vet vi for lite både om hvordan folk verdsetter ekstra leveår, og om hvordan ulike behandlinger eller helsetiltak påvirker livskvaliteten. Forskningen bør prøve å gi oss bedre innsikt i åra som kommer. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag tar blant annet sikte på å kartlegge hvordan livskvaliteten påvirkes, særlig hos blodtrykks- og diabetespasienter, men også hos kroniske sjuke pasienter ellers.

(Litteratur: se side III)

Blodtrykk to hovedproblemer DET RIKTIGE DE RIKTIGE

☐ Jostein Holmen ☐
Verdal

Det er almenpraktikerne som har ansvaret for behandlingen av høgt blodtrykk. Henvisning til sykehus er nødvendig bare i sjeldne tilfeller. Det er derfor almenpraktikerne som er, eller i hvert fall må bli, eksperter på blodtrykksbehandling. Erfaringene fra undersøkelsene i Nord-Trøndelag tyder på at det er to store utfordringer i blodtrykksbehandlingen:

- Vi må lære oss å finne det riktige blodtrykket.
- Vi må lære oss å finne de riktige pasientene.

1. DET RIKTIGE BLODTRYKKET

Grunnlaget for det vi vet om risiko ved høgt blodtrykk har vi først og fremst fra store epidemiologiske undersøkelser der en har fulgt populasjoner over lengre tid. Ved de aller fleste undersøkelsene er blodtrykket målt med kvikksølvmanometre under standardiserte betingelser med pasienten sittende. Det er også ut fra slike målinger behandlingsgrensene er beregnet. Eksempel på dette er materialet

Kvikksbehandlingsproblemer: RIKTTIGE TRYKKET, RIKTTIGE PASIENTENE

fra Bergens-undersøkelsen som er brukt som grunnlag for behandlingsgrenser i et norsk behandlingsprogram (1,2).

Utgangspunktet er altså:

- Kvikksølvmanometer
- Standardiserte målebetingelser
- Pasienten sittende på kontoret

I blodtrykksprogrammet for Nord-Trøndelag anbefalte vi en måleteknikk som er angitt i figur 1. Det burde vært tilføyd at dette gjelder for pasienter med blodtrykksproblemer, det vil si pasienter som står på blodtrykksbehandling eller kommer for blodtrykkskontroll. For "friske" pasienter med opplagt normalt blodtrykk, f.eks. ved helseattest, svangerskapskontroll eller andre rutineundersøkelser er det neppe nødvendig med så nøye prosedyre. Falske "normale" diastoliske trykk er ikke noe problem. Falske "normale" systoliske trykk kan imidlertid forekomme dersom en senker kvikksølv søyla for raskt. Men generelt kan en si at dersom en pasient har fått målt et blodtrykk som tydelig er innenfor normalområdet for hans/hennes alder, er det liten grunn til ytterligere kontrollmålinger. De fleste feilkildene trekkes i retning av å måle for høye trykk.

PROBLEMER

1. Blodtrykksapparatet.

Kvikksølvmanometret er rimelig pålitelig dersom det er i god stand og blir brukt riktig. Ei undersøkelse av blodtrykksapparatene i Nord-Trøndelag var tankevekkende (3). Den viste at vi er alt for likeglade med vedlikehold av apparatene. Særlig var det mange apparater med defekte slanger. Dette kan lett gi feil blodtrykksverdi. Et annet problem er blodtrykksmansjetten. En betydelig del av pasientene har tjukk overarm. Ved bruk av vanlige blodtrykksmansjetter får en falsk høye blodtrykk. Den nye "tri-cuff mansjetten" ser lovende ut og kan trolig gi atskillig sikrere måleresultater hos denne pasientgruppen.

2. Miljøet.

Blodtrykksmålingen forutsetter ro i rommet. Dette er ofte vanskelig å oppnå på legekontoret. Konsultasjonene blir ofte avbrutt av telefoner og av hjelpepersonell som skal ha underskrifter, svar på spørsmål o.l.. Pasienten vil ha vanskeligere for å slappe av, og blodtrykket kan bli for høgt.

3. Tida.

Riktig måleteknikk forutsetter at en tar seg nok tid til:

- at pasienten sitter minst 10 minutter på venterommet (dette er vel et lite problem, vil jeg tro!).
- at pasienten kan sitte avslappa med mansjetten på arma minst to minutter før blodtrykksmålingen.
- at kvikksølv søyla senkes sakte, det vil si 2-3 mm pr. pulsslag.
- at mansjetten blåses opp tre ganger, lufta skal slippes helt ut mellom hver gang, en skal ta seg god tid og vente minst 1 minutt mellom hver oppblåsing.
- at avlesingen gjøres til nærmere 2 mm Hg.

Erfaringene fra Nord-Trøndelag tyder på at alle de fire siste punktene er vanskelig å gjennomføre i praksis. På en travel kontordag med mange pasienter og det vanlige stresset, går det ofte for raskt. De fleste feilkildene fører til at blodtrykksverdiene blir avlest for høye.

Manuell blodtrykksmåling med kvikksølvmanometer er vist å være god nok under standardiserte betingelser. Men er det mulig å oppnå gode nok betingelser på et legekontor på en travel hverdag? Er metoden uegnet for bruk i almenpraksis? Fører det til at vi måler for høgt trykk på pasienter som egentlig har

normalt trykk? Betyr dette at vi behandler pasienter som egentlig har normalt trykk?

Disse spørsmålene uroer meg atskillig. Vi er nødt til å ta disse spørsmålene alvorlig.

MULIGE LØSNINGER

1. Vi må være mer påpasselig med vedlikehold av blodtryksapparatene, med særlig utskifting av gamle slanger, pumper og mansjetter. Vi må også være mer oppmerksom på pasienter med tjukk overarm og eventuelt bruke blodtryksmansjett.

2. Hjelpepersonell kan måle blodtrykket. Leger som har kontorsykepleier kan lære opp henne/han til å måle blodtrykk på en standardisert måte. Målingen bør skje i et avskjermet rom og i en rolig atmosfære. Erfaringer har vist at sykepleiere kan utføre blodtryksmåling mer nøyaktig enn legene (4).

3. Vi kan instruere pasientene. Vi bør gi pasientene både muntlig og skriftlig beskjed om hvordan blodtryksmålingen skal skje. Særlig at det er viktig ikke å røyke eller anstrenge seg den siste halvtimen før måling, at pasienten bør sitte i minst 10 minutter på venterommet, at han/hun skal sitte minst 2 minutter avslappa med mansjetten på arma før måling, at mansjetten skal blåses opp 3 ganger og at det skal gå minst ett minutt mellom hver oppblåsing. Pasienter som går til regelmessige blodtrykskontroller og som har fått slik informasjon, kan også være et korrektiv og "passe på" at legene følger disse instruksjonene under målingen.

4. Vi kan bruke automatisk blodtryksapparater. Det er flere automatiske blodtryksapparater på markedet, noen som bruker Korotkoffs lyder med mikrofon og noen som bruker oscillometrisk metode. Fordelen med disse apparatene er dels at en slipper den individuelle avlesningsvariasjonen på grunn av ulik tolkning av Korotkoffs lyder. En annen fordel er at det på noen apparater er programmert inn intervaller mellom hver oppblåsing. Dette reduserer faren for å slurve.

5. Hva med heimemåling? Det er i de siste åra blitt reklamert for blodtryksapparater som selges gjennom postordreforretninger til bruk heime. Fordelen med at pasienten sjøl kan måle blodtrykket i sofakroken er at en slipper den obligatoriske an-

spenheten på et legekontor. Jeg tror dette er viktig for et lite utvalg av pasienter med særlig stor legeskrek. Problemet med heimemåling er at vi ikke kjenner hvilken behandlingsgrenser eller behandlingsmål vi skal bruke. De blodtryksmålingene som ligger til grunn for våre behandlingsgrenser er alle gjort på et legekontor eller i en tilsvarende undersøkelsessituasjon. Og da vil alle ha et noe høyere trykk enn heime i sofaen. Blodtrykksgrensene ved heimemåling bør derfor helt sikkert ligge lavere enn de blodtrykksgrensene vi er vant til å bruke ved måling på kontoret, men vi vet ikke hvor mye lavere grensene ved "sofamåling" bør ligge. Heimemåling av blodtrykk kan altså være et verdifullt hjelpemiddel hos et lite utvalg pasienter med ekstra sterkt legeskrek, men det blir vanskelig å bruke heimemåling som rutinemetode og som eneste grunnlag for behandling.

2. DE RIKTIGE PASIENTENE

Stamler postulerte i 1973: "50% av alle som har høgt blodtrykk er diagnostisert. 50% av de som er diagnostisert får behandling og 50% av disse får tilfredsstillende behandling".

Dette er den berømte "1/2 x 1/2 x 1/2 -loven" som sier at 1/8 av alle med hypertensjon får tilfredsstillende behandling.

For pasienter under 50 år ser dette ut til å stemme også hos oss (5). Men mellom 80 og 90% av blodtrykspasientene er over 50 år. Og for eldre pasienter er behandlingssituasjonen atskillig bedre. Av de som brukte blodtryksmedisiner og som kom til legekontroll i Nord-Trøndelag i 1980 hadde 62,4% av mennene 75,0% av kvinnene tilfredsstillende blodtrykk, vurdert etter grensene i Blodtrykksprogrammet for Nord-Trøndelag (se fig. 2). Dette er resultater vi kan være meget godt bekjent av.

Vi greier altså å behandle de pasientene som kommer til kontoret på en god måte. Problemet er at dette bare delvis er de riktige pasientene. Figur 4 A viser at 2 av 3 pasienter som fikk medikamentell behandling var kvinner og at den største gruppen var mellom 60 og 69 år. Jeg beregnet så hvordan alder- og kjønnsfordelingen burde være dersom blodtryksfordelingen i Nord-Trøndelag i 1980 var lik blodtryksfordelingen i Bergen i 1963 -64, se figur 3B. Beregningene bygger på flere usikre forut-

setninger, men er trolig sikre nok til å vise hvor problemene ved vår praksis lå:

Vi behandlet:

- For få menn
- For få unge av begge kjønn
- For mange eldre kvinner

Se ellers figur 4.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984-86 (6) vil gi oss svar på hvor mange hypertensikere vi ikke har stilt diagnose på tidligere og hvor mange "drop-outs" det er i fylket. Foreløpige resultater tyder på at vår hypotese om underbehandling av menn var riktig. Av 469 pasienter med nyoppdaget hypertensjon som trengte blodtrykksmedisin, var 309 (65,9%) menn og 160 (34,1%) kvinner.

Det er en stor utfordring for primærhelsetjenesten å legge opp arbeidet slik at en kan fange opp disse pasientene uten å sette i gang masseundersøkelser på hele befolkningen. Ut fra data som vi har samlet inn gjennom Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag vil vi prøve å finne karakteristika ved denne pasientgruppa. Har de særtrekk f.eks. når det gjelder sosialgruppe, legekontaktmønster, fysisk eller psykisk helse? Vi håper at disse resultatene skal gi grunnlag for bedre retningslinjer for å spore opp disse pasientene tidligere.

HVA MED DE ELDRE PASIENTENE

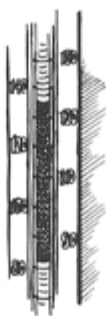
Indikasjonene for medikamentell behandling av pasienter over 70 år er uklare. Det er ikke vist at medikamentell behandling gir forlenget levetid hos pasienter over 70 år (7). I det siste er det t.o.m. reist spørsmål om medikamentell behandling øker mortalitetsrisikoen. De fleste anbefaler derfor nå å være atskillig restriktiv, gi medikamentell behandling bare til pasienter med symptomer på grunn av blodtrykket og bruke lave doser for å unngå bivirkninger. Hos mange eldre pasienter som har stått på medikamentell i mange år kan dosen reduseres og behandlingen kanskje seponeres (7,2).

Hvordan stemmer dette med vår praksis? Ut fra registreringene i Nord-Trøndelag i 1980 og 1983 hadde vi mistanke om at det foregikk en overbehandling av eldre kvinner. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag vil ikke gi noe definitivt svar på dette, men resultatene vil trolig gi en viss

pekepinn. Tabell 1 viser at en betydelig andel av kvinnene over 70 sa de brukte blodtrykksmedisiner. Dette er foreløpige tall fra en av de mindre kommunene. Før vi har analysert resultatene for flere kommuner skal vi være forsiktige med å trekke bastante konklusjoner.

Det kan blant annet være uklart hva pasientene legger i begrepet "medisin for blodtrykket", og det er relativt små tall. Men jeg synes tallene bør få oss til å tenke over om vi ikke kunne seponere blodtrykksmedisinen hos en del av de eldre pasientene.

(Litteratur: se side 111)



1. Mest mulig ro i rommet. Behagelig romtemperatur.
- 2a. Helst ingen røyking og ingen særlige anstrengelser siste 30 min.
- b. Blodtrykksmålingen gjøres før event. blodprøve, gynekologiske eller andre ubehagelige undersøkelser.
- c. Pasienten bør sitte minst 10 min. på venterommet før blodtrykksmåling.
- 3a. Pasienten må sitte med mansjetten på armen, avslappa med støtte i ryggen minst 2 min. før blodtrykksmålingen. Pasienten må ikke snakke under målingen og bør ikke se på apparatskalaen.
- b. Blodtrykksmåling foretas helst på høyre overarm. Armen legges på bordet (i hjertehøyde). Samme arm må brukes ved hver kontroll.
- c. Mansjetten festes rundt overarmen i hjertehøyde med ballongen midt over arterien. Mansjetten skal sitte fast, men ikke stramme før den blåses opp. Mansjettens nedre kant legges ca. 2-3 cm ovenfor albuegropa.
4. Radialispulsen palperes. Mansjetten blåses raskt opp slik at kvikksølvøylen stiger 20-30 mm ovenfor det punktet hvor radialispulsen forsvinner. Stetoskopet plasseres i albuegropa. Trykket i mansjetten senkes slik at kvikksølvøylen faller med 2-3 mm pr. pulsslag.

Det systoliske blodtrykket angis på det punktet kvikksølvøylen øvre kant befinner seg når man hører det første pulsslaget i stetoskopet.

Det diastoliske blodtrykket angis på det punktet kvikksølvøylen øvre kant befinner seg i det øyeblikket pulslagene forsvinner helt (Korotkoffs fase 5, dvs. det første manglende pulsslag). I de få tilfellene hvor lyden av pulslagene kan høres ned mot 0 mm Hg angir man det diastoliske trykket der lyden av pulslagene blir svakere og mer rund eller «ullen» (Korotkoffs fase 4).

5. Mansjetten blåses opp 3 ganger. Luften slippes helt ut av mansjetten før hver måling. (Komprimer mansjetten med hendene, bruk god tid).

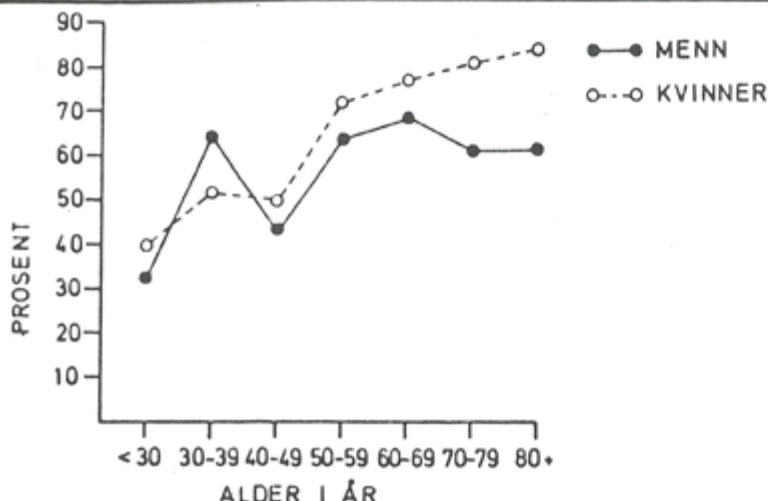
Både det systoliske og det diastoliske trykket leses av til nærmeste 2 mm Hg. De 2 siste målingene skrives ned. Gjennomsnittet av disse regnes som pasientens blodtrykk (og føres i journalen).

DIAGNOSEN HYPERTENSJON:

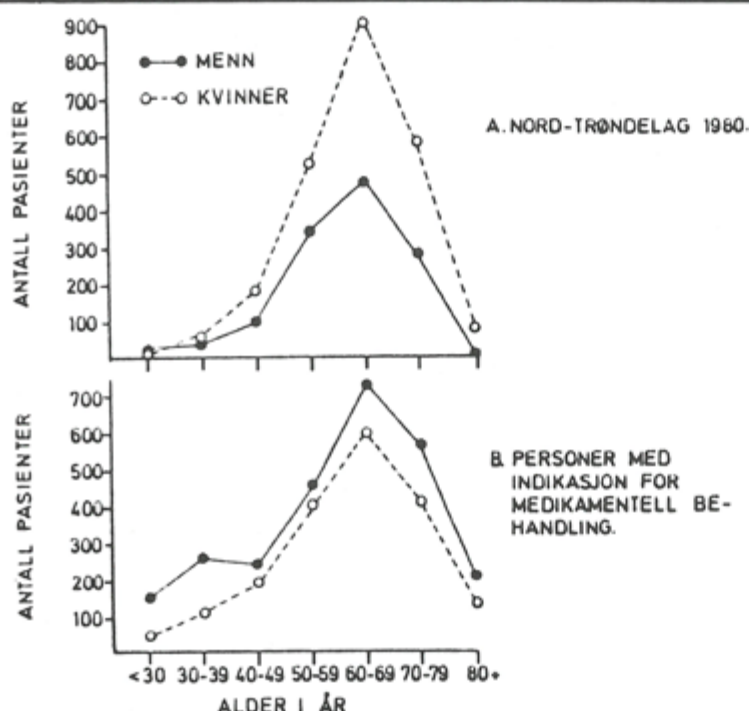
Blodtrykket måles under standard-betingelser minst 2 ganger med noen ukers mellomrom. Gjennomsnittet av målingene ved de 2 (siste) konsultasjonene legges til grunn for event. videre utredning/behandling.

Alder i år	Kvinner		Menn	
	Antall	(n=1008) Prosent av alle i aldersgruppa	antall	(n=974) Prosent av alle i aldersgruppa
20-29	0	0	0	0
30-39	0	0	1	0,5
40-49	6	5,1	3	2,6
50-59	16	10,9	11	7,1
60-69	36	18,5	26	13,5
70-79	53	30,3	19	12,8
80 +	19	41,1	5	26,0
Totalt	130	12,9	65	6,7

Tabell 1: Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Personer som svarte "ja" på spørsmålet "Bruker du medisin for blodtrykket nå?" Foreløpige resultater fra en mindre kommune.



Figur 2: Andel av de registrerte pasientene som hadde nådd behandlingsmålene i Blodtrykksprogrammet for Nord-Trøndelag. Alders- og kjønnsfordeling.



Figur 3: A: Beregning av antall pasienter som brukte anti-hypertensiva i Nord-Trøndelag i 1980. B: Beregning av antall personer med indikasjon for medikamentell behandling, basert på Bergensmateriale. Alders- og kjønnsfordeling.



Figur 4: "Legens oppgave: fange opp mennene (i alle aldre) og de unge kvinnene som gått rundt med udiagnostisert hypertensjon, dessuten revurdere og kanskje seponere behandlingen hos eldre kvinner".

Blodtrykk i Nord-

Jostein Holmen
Verdal

Bakgrunn

På 1970-tallet kom ei rekke internasjonale undersøkelser som viste at den praktiske gjennomføringen av blodtrykksbehandlingen var dårlig. Bare 10-15 % av alle med høyt blodtrykk fikk tilfredsstillende behandling. Jan Ivar Kvamme viste med sin undersøkelse i Finnmark at behandlingssituasjonen for pasienter under 50 år ikke var bedre her til lands (4). På bakgrunn av disse undersøkelsene har mange foreslått blodtrykksprogrammer for å oppspore, utrede, behandle og følge opp pasientene. I 1978 ga Gruppe for helsetjenesteforskning ut en rapport som foreslo retningslinjer for et norsk blodtrykksprogram (1). Blodtrykksundersøkelsene i Nord-Trøndelag er en praktisk utprøving av disse forslagene. Utgangspunktet er at vi prøver å beholde blodtrykkspatientene primærhelsetjenesten, uten noen form for særomsorg.

Trykksundersøkelsene Trøndelag

HOVEDPUNKTER

1. Høsten 1980 ble det samlet inn data som beskrev behandlingssituasjonen på det tidspunktet. Først ble blodtrykksapparatene ved legekantorene og sjukehusene kontrollert (3). Deretter registrerte legene medisinske data for alle blodtrykkspasientene som kom til kontroll i en 8-ukers periode (n=1654). Alle pasientene fikk et spørreskjema, og dessuten ble 213 av dem intervjuet. Endelig ble alle legene intervjuet. Resultatene fra disse undersøkelsene er beskrevet i en egen rapport (5).
2. På bakgrunn av rapporten fra Gruppe for helsetjenesteforskning (1), ble det utarbeidet et eget blodtrykksprogram for Nord-Trøndelag (2). Våren 1981 ble dette sendt ut til alle primærlegene til begge sjukehusene i fylket. programmet inneholdt standardiserte rutiner for oppsporing, utredning, behandling og kontroll av hypertensjonspasienter, deriblant et diagram med anbefalte blodtrykksgrenser (se figur 8).
3. Høsten 1983 registrerte legene på nytt data for blodtrykkspasienter som kom til kontroll på kontoret i en 8-ukers periode, for å se om behandlingssituasjonen hadde endret seg.
4. Høsten 1984 fikk legene tilsendt et omfattende spørreskjema blant annet med spørsmål om erfaringene med blodtrykksprogrammet.
5. I perioden i januar 1984 til februar 1986 gjennomførte Statens helseundersøkelser en masseundersøkelse i fylket, blant annet med blodtrykksmåling av hele den voksne delen av befolkningen (n=87 000). Formålet var blant annet å undersøke hvor mange hypertensjonikere som ikke var diagnostisert eller som hadde gitt opp behandlingen (6). Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, som utgjør sluttfasen i blodtrykksundersøkelsene i fylket, er et stort samarbeidsprosjekt der omtrent hele helsetjenesten i fylket er involvert. Tre ansvarlige institusjoner står bak: Statens Helseundersøkelser (tidl. Statens Skjermbilde- og fotografiering), Gruppe for helse-

tjenesteforskning (SIFF) og Gruppe for livskvalitetsforskning (INAS/ISF). Blodtrykksundersøkelsen blir ledet fra Gruppe for helsetjenesteforskning distriktskontor i Verdal (9).

5. Erfaringene fra blodtrykksprogrammet i Nord-Trøndelag og resultatene fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag skal utnyttes i arbeidet med et landsomfattende handlingsprogram for høyt blodtrykk. Norsk selskap for almenmedisin (NSAM) har satt ned ei arbeidsgruppe for å lede dette arbeidet. Den skal samarbeide med styringsgruppa og referansegruppa for blodtrykksundersøkelsene i Nord-Trøndelag (5) og med Sosialdepartementets Gruppe for helsetjeneste-effektivisering (GHE-K). Arbeidsgruppa, som består av Jan-Ivar Kvamme, Ringerike, Anders Forsdal, Tromsø, Hans Petter Stokke, Steinkjer og Jostein Holmen, Verdal tar sikte på å ha handlingsprogrammet ferdig i løpet av 1986.

Litteratur til Jostein Holmens artikler

1. Waaler HT, Helgeland A, Hjort PF et al. Høyt blodtrykk: Behandlingsprogram, utbytte, kostnader. Oslo: NAVF. Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport 5, 1978.
2. Holmen J, Dehli O, Fjærtøft E et al. Blodtrykksprogram for Nord-Trøndelag. Oslo: NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, 1981.
3. Holmen J. Degeneratio sphygmomanometrii - en underdiagnostisert tilstand? Tidsskr Nor Lægeforen 1983; 103: 1530-3.
4. Kvamme J-I. Hypertensjon i distriktshelsetjenesten. Reformer i distriktshelsetjenesten III. ISM skriftserie 5. Tromsø 1980.
5. Holmen J. "Trøkket, trimmen og tablettan". En analyse av blodtrykksbehandlingen i Nord-Trøndelag 1980-81. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning, Statens Institutt for Folkehelse. Rapport nr. 10-1983.
6. Statens skjermbilde- og fotografiering, Gruppe for helse- og tjenesteforskning, Statens Institutt for Folkehelse, Gruppe for livskvalitetsforskning (INAS/ISF). Hovedprotokoll for Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning, Statens Institutt for Folkehelse, 1984.
7. Gross F, Pisa Z, Strasser T, Zanchetti A. Management of Arterial Hypertension. A practical guide for the physician and allied health workers. Geneva: WHO, 1984.
8. Holmen J, Midthjell K. Desentralisert helsetjenesteforskning - er det mulig? 6 års erfaringer fra landets første distriktskontor for helse- og tjenesteforskning. Gruppe for helsetjenesteforskning. Statens Institutt for folkehelse. Rapport nr. 1-1986.

Moderat h

Øystein Pedersen
Almenpraktiker DNLF, Molde

Hos friske symptomfrie personer med moderat blodtrykksforhøyelse vil det ofte oppstå tvil eller uenighet om hva som er optimal behandling. Med blodtrykk på 140/90, 160/105 eller 170/100 vil det iallefall være uenighet om medikamentell blodtrykkssenkende behandling er indisert. Skal noen med slike verdier behandles? Skal alle behandles? Hva med alder, kjønn, arv, livsstil?

De siste årene har flere store undersøkelser tatt opp dette problemet - med den følge at ulike resultater og konklusjoner bidrar til ytterligere forvirring. For de innvidde vil MRC-studien, ENPHE, FPPSH, Oslo-undersøkelsen, MRFIT, HDFF, VA I og II, ANBP-studien m.fl. gi interessant informasjon, særlig hvis man deler materialene opp i subgrupper og randomiserer terapien og evaluerer livsvaner, kjønn og alder samtidig. For den alminnelige almenpraktiker synes det hele noe komplisert, og ihvertfall er det fortsatt vanskelig - med hånden på hjertet - å gi en enkelte pasient noe klart svar på spørsmålet om hvor farlig hans moderate blodtrykksforhøyelse egentlig er for ham selv, enten vi nå gir medikamenter eller lar det være. Vi tror at et relativt lavt blodtrykk er gunstig for helsa, og at de som har forhøyede blodtrykksverdier har godt av å få redusert sitt blodtrykk. Vi håper at livet derved forbedres og forlenges, og at behandlingen gir gevinst både for den enkelte og samfunnet. Når det likevel blir et dilemma for oss, er det ikke minst ut fra konklusjonene på flere av de ovennevnte studier: Der er ingen garantert sikker helsegevinst ved omfattende behandling av moderat hypertensjon. Det er mye som tyder på at vi ihvertfall bør tenke oss om før vi påbegynner medikamentell behandling, og derved gjør friske symptomfrie personer til livsvarig medikamentbrukende pasienter:

1. Behandlingsgevinsten med hen-

syn til framtidig risiko for coronarsykdom er usikker. I den store MRC-studien (1) var der ingen forskjell på placebogruppen og medikamentgruppen. Oslo-undersøkelsen (2) har så langt vist en tendens til økt risiko for coronarsykdom hos de som behandles medikamentelt. Blodtrykksbehandling synes iallefall ikke å forebygge coronarsykdom.

2. Selv om apoplexi-incidensen reduseres, ser det ikke ut til at den totale hjerte-kar-dødelighet påvirkes ved medikamentell behandling. Gevinsten er isåfall liten. I MRC-studien fant man at medikamentell behandling av 850 pasienter i ett år forebygget ett apoplexifelle. En Australsk undersøkelse (3) viste at det i denne gruppen måtte behandles over 2 000 pasienter for å forebygge ett dødsfall! Det gir jo litt ettertanke i forhold til min almenpraksis!

3. Høyt blodtrykk gir forhøyet sykdoms- og dødelighetsrisiko. Medikamentell behandling kan normalisere blodtrykket hos de fleste, men sykdomsrisikoen blir ikke derved tilsvarende normalisert. Denne "ufullstendige reversibilitet" med hensyn til sykdomsrisiko viser seg ved at behandlede hypertonikere har betydelig høyere sykelighet og dødelighet enn normalbefolkningen (4). Årsaken til dette vet man ikke, men Lindholm (5) tenker seg flere mulige forklaringer:

- Sykdommens skadelige følger progredierer uansett blodtrykksnivå

- Blodtrykkssenkningen kan ha vært inadekvat

- De antihypertensive medikamentene kan ha uheldige metabolske effekter, f.eks. på lipider

- Man har ofret for lite oppmerksomhet på andre riskofaktorer

- Der kan være mindre direkte

hypertensjon

kausaltet/sammenheng mellom mild hypertoni og hjertekarsykdom enn det man har trodd.

4. Ut fra de ovenstående tall og betraktninger er det klart at utsiktene til gevinst for den enkelte blir usikre. Både hjerteinfarkt og apoplexi rammer hovedsaklig den del av befolkningen som ikke har hypertensjon. Mange lever i mange år med høyt blodtrykk uten påvisbare komplikasjoner til dette. Innenfor en gruppe hypertenikere er det åpenbart forskjellige grupper med ulik risiko, forskjellig prognose og ulike krav til behandling. Selv med betydelig forhøyet blodtrykk er det meget vanskelig å overføre den statistiske risiko til prognostisk bedømmelse for den enkelte.

5. Dessuten viser det seg at gruppen med mild hypertensjon inkluderer en stor gruppe med relativt lav risiko for videre hypertensjon og hjertekarsykdom. Hos svært mange (1,3) vil blodtrykket falle til akseptert nivå uten medikamentell behandling.

I den Australske undersøkelsen fant man etter tre års observasjon at nærmere 50% av placebo-gruppen hadde blodtrykk lavere enn 95 diastolisk, som var inklusionskriteriet!

Også seponeringsforsøk hos behandlede normotensive hypertenikere (6) har vist at mange forblir normotensive etter seponering, og således unødvendig har brukt medikamenter.

6. Dersom behandlingsgevinsten for den enkelte er usikker, noe man må kunne si ut fra de foreliggende undersøkelser - hva så med de ulempene en blodtrykksbehandling innebærer?

- Alle blodtrykksenkende medikamenter har potensielle bivirkninger både klinisk og biokjemisk. For en del pasienter blir dette realiteter som påvirker dem både fysisk og

psykisk, og for disse kan nettoresultatet fort bli negativt når gevinstutsiktene er små.

- I tillegg kan medikamentell blodtrykksbehandling også påvirke livskvaliteten i negativ retning. I en engelsk undersøkelse (7) ble lege, pasient og pårørende bedt om å registrere forandring hos pasienten ved behandling av nyopprettet moderat hypertensjon. Legene var 100% fornøyde - blodtrykket ble jo redusert. 50% av pasientene refererte at de var bedre, 10% følte seg verre. Mest interessant var det at nesten 100% av de pårørende opplevde negative konsekvenser av behandlingen og mente at pasientens tilværelse totalt sett var forverret! Det dreide seg spesielt om forhold som sykdomsopptatthet og hypokondri (50%), irritabilitet og bekymringer (40%), redusert energi og generell aktivitet (80%), redusert seksuell aktivitet.

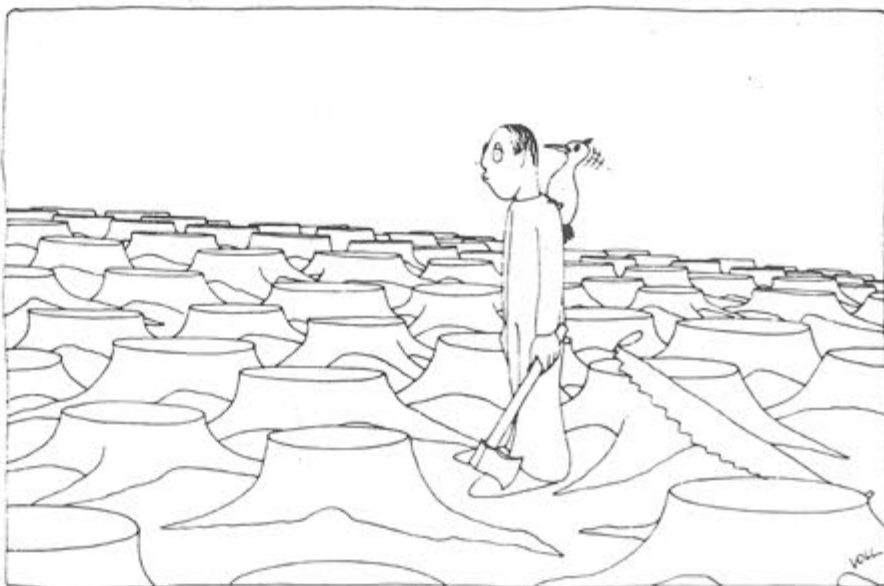
Det å bli plassert inn i en livsvarig pasientrolle, selv om man i utgangspunktet er symptomfri og

føler seg frisk, ser utvilsomt ut til å ha negative psykiske og sosiale konsekvenser.

Hvis pasientens "nåverdi" av blodtrykksbehandlingen er bivirkninger og/eller redusert livskvalitet, bør man ha rimelige utsikter til helsegevinst der behandling iverksettes. I verste fall kan behandlingen være både ubehagelig og unødvendig!

7. Med den lite overbevisende dokumentasjon om effekten av medikamentell intervensjon ved moderat hypertoni har interessen for ikke-farmakologisk blodtrykksbehandling kommet i fokus. MRC-stadien fant at hjertekarsykkeligheten hos moderate hypertenikere hadde nærmere sammenheng med røyking enn med blodtrykksbehandling. Røykestopp ga større helsegevinst enn et farmakologisk normalisert blodtrykk!

Også Oslo-undersøkelsen anbefaler bredspektret intervensjon med fokus på salt, kroppsvekt, blodlipider og alkohol (2), - som en mer "fysiologisk" blodtrykks-



behandling enn den medikamentelle. Med dette vil man sannsynligvis oppnå større "nå-verdi" og minst like bra "fremtidsverdi" for pasienten. Slik "aktiv ikke-behandling" vil også kunne motvirke folks tro på at alle problemer (her risiko for hjerte-kar-sykdom) kan løses med medikamenter ■

8. Konklusjoner:

- Ubehandlet moderat hypertensjon er ikke så farlig som vi har trodd

- Medikamentell behandling av moderat hypertensjon gir ikke så stor helsegevinst som vi har trodd.

- Ved moderat hypertensjon har medikamentell behandling kostnader som ikke bør bagatelliseres og gevinster som ikke bør overdrives.

Litteratur:

1. Medical Research Council Party. MRC trial of treatment of mild hypertensjon. Brit Med J 1985; 291: 97-104.

2. Hjerman, I. Hva har Osloundersøkelsen lært oss? Hjerterkarsykdommer i praksis nr. 6 1985.

3. Australian Nation Blood Pressure Study. The Australian therapeutic trial: Mild hypertension. Lancet 1980; 1: 261-267

4. Waaler, H.Th. et al.. Høyt blodtrykk: Behandlingsprogram, utbytte, kostnader. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 5 1978.

5. Lindholm, L. Blodtrycksmätning och behandling: Behov av nytenkande? Nord Med 1985; 12:316.

6. Lanford, H.G. et al.. Dietary therapy slows the return of hypertension after stopping prolonged medication. JAMA 1985; 253: 657-664.

7. Jachuch S.J. et al.. The effect of hypotensive drugs on the quality of life. J Coll Gen Pract 1982; 32:103-105.

Notater fra No Soria Moria, 6

□ Martin Holte
Risvøllan legesenter,
Trondheim

Alt i alt ble det holdt 40 innlegg, derav 13 fra Norge, 13 fra Danmark, 9 fra Sverige og 5 fra Finland.

SEKUNDÆR HYPERTONI:

Incidenser: Pheochromocytom 1,9/1 mill innbyggere pr. år. Connssyndrom 0,8/1 mill innbyggere pr. år. Dette er altså to meget sjeldent forekommende sykdommer. Incidens-tallene er hentet fra en dansk undersøkelse.

Bruk av ACE-hemmer på påviste nyrearteriestenoser, bør foretaks med stor forsiktighet: fare for plutselig nyresvikt. Av denne grunn bør det heller ikke gis sammen med thiazid-diuretika.

Retrospektiv undersøkelse av transplantater fra pasienter som har dødd av subaraknoidalblødning viser tendens til blodtrykksforhøyelse i forhold til andre transplantat-situasjoner. Transplanteres hypertoni-disposisjon?

Forekomst av preeklampsi ble satt til mellom 5-10% av gravide kvinner. Spørsmål om det er indikasjon å gi gravide prostaglandinhemmere som er truet med preklampsi var fremme.

IKKE-FARMAKOLOGISK BEHANDLING:

Av de behandlingsprinsippene som ble nevnt, ble det påvist effekt ved saltinnskrenkning som den viktigste i den forstand at man kan påvise effekt. Den største effekten kommer ved maksimal saltinnskrenkning ved at man senker natrium-utskillelsen i urinen til 20 mmol/døgn. Dog mer moderat saltinnskrenkning har

Nordisk hypertonimøte

3 - 8 mars 1986

også vist effekt. Cellulær natrium-omsetning ble berørt. Et arbeide på redusert fettinntak som ledd i ikke-medikamentell behandling, ble også referert.

Fra Sverige ble det referert et prosjekt på ikke-medikamentell behandling hvor det viste seg at 40% av hypertonikerne kunne seponere medisinene, oppfølgingen var gjort i 2 år og fortsetter.

Spørsmålet om hvem som er såkalte saltresponderere og hvem som ikke er det av våre hypertonikere var oppe.

Undertegnede refererte da til et materiale fra USA hvor normotensive studenter ble delt i to like grupper, den ene med positiv familie-anamnese på høyt blodtrykk og den andre ikke. Begge gruppene fikk så eksessive salttilskudd og det kom til sterke blodtrykksstigning i den gruppen hvor det var positiv familie-anamnese.

Hjemmeblodtrykksmåling er langt mere utbredt både i Sverige og Danmark. I Danmark var det gjort et prosjekt på å sammenligne blodtryksverdier i hjemmet og målt i legesituasjon, hvor det kom fram at i 8 % av tilfellene, så ble det målt mellom 20 og 40 mm høyere diastolisk trykk i legesituasjonen.

Når det gjelder mosjon, har de i Danmark plukket ut en gruppe skolebarn mellom 8 og 10 år som hadde blodtrykk over 95 prosentilen og problemstillingen var å se om man kan forhindre blodtrykksstigning ved ekstra mosjon.

FRIE FOREDRAG

Ekko-cardiografi brukt ved mistanke om hjertehypertrofi: EKG er lite sensitivt i denne sammenheng. Før forandringer som kan

sees ved ekko-cardiografi, ble det nevnt at det kommer til funksjonsforstyrrelser i venstre ventrikel som stivhet i ventrikelveggen, dette oppstår allerede i tidlig alder.

Vi fikk også referert et prosjekt som skal starte i Sverige som virket meget interessant. Det går på hypertoni-behandling hos eldre.

Er høyt blodtrykk risikofaktor for eldre?

Pasienter i alderen 70 - 84 år, blir plukket ut i et dobbelt-blindforsøk. Man vil forsøke å registrere ca. 4000 pasienter i 3 år. Dette er et multisenterstudie. Både tidligere behandlede og ubehandlede pasienter blir inkludert. Blodtryksverdiene for inklusjonen var trykk over 180/105.

Ett materiale om bruk av Nifedipin hos eldre, viste seg å virke meget gunstig.

Langtidsbehandling med Apresolin: Det ble referert flere tilstander med SLE-syndrom og nephritt-symptomer. Alle pasientene var langsomme acetylerere. Det var såpass klare holdepunkter for sammenheng mellom Apresolin og den kliniske bivirkningen, slik at dette har medført ti forandring av Felleskatalog-teksten i Sverige. Man anbefaler nu helst døgndoser på inntil 100 mg. Ved høyere dosering bør acetyleringsgraden måles.

Tobakksrøyking ble nevnt helt på slutten. 90% av pasientene med malign hypertoni var storrøkere.

Det var mot slutten av møtet satt frem forslag om å starte et selskap for hypertoni i Norge. Dette på samme måte som det er i de andre Nordiske land. Det var

Sverre Erik Kjeldsen fra Ullevål som var initiativtaker til dette. Det ble nedsatt et interimstyre og en valgkomite og likeledes foreløbige lovregler ble utdelt. Jeg tillot meg å nevne geografisk fordeling av styrerepresentanter, slik at man i et styre bør ha med representanter også fra Midt-Norge og Tromsø-regionen. Jeg fikk gehør for dette.

Neste Nordiske hypertensjonsmøte skal være i Finland om 2 år ■

Hypertonigruppen i Trondheim: En tverrfaglig arbeidsgruppe

□ Martin Holte ☐
Risvollan legesenter,
Trondheim

MÅLSETTING

Standardisering av måleprosedyre, utredning, behandling og av pasientinformasjon.

MÅLGRUPPER

Almenpraktiserende leger, bedriftsleger og medisinsk poliklinikk.

MEDLEMMER

Almenpraktiserende leger: Helene Mourier, Ragnhild Smalås, Petter Mathisen, Borge Widerøe og Martin Holte.

Spesialister indremedisin/nefrologi: Tor E. Widerøe og Ketil Dahl

Spesiallege i klinisk farmakologi/indremedisin: Rolf Walstad

Spesialist indremedisin: Kjell Kannelønning

Initiativtager er Tor E. Widerøe fra Nefrologisk seksjon, Regions-sykehuset i Trondheim. Bakgrunnen til dette initiativet var i samarbeide med almenpraktiserende leger å utarbeide en enhetlig struktur på hypertoniarbeidet i Trondheim. Et ønske var også å få en oversikt over problemets størrelse og å følge hypertoni-populasjonen over tid.

Arbeidsgruppen hadde sitt første møte 19.06.85 hvor man diskuterte seg frem til målsetting og målgrupper.

Gruppen ble delt inn i 4 funksjonelle enheter som hver for seg fikk til oppgave å legge fram til diskusjon følgende hovedavsnitt av hypertoniomsorgen:

I Blodtrykksmåling: Standardisering av mansjettbruk og målebetingelser. Definisjon av hypertoni-begrepet. Krav til anti-hypertensiv behandling; ikke-medikamentell og medikamentell

II Registrering: utarbeidelse av hypertoni-journal basis-registreringsskjema, kontroll-registreringsskjema. Utredningsprosedyre: standardisering av klinisk undersøkelse og laboratorieprøver.

III Pasientinformasjon: Ut-, omarbeidelse av informasjonsmateriale.

IV Antihypertensiva: "Policy", beskrivelse av de forskjellige preparatgrupper og preparater med fordeler og ulemper. 1.-2.-3.-håndpreparater.

Det har vært regelmessig møte-virksomhet både i arbeidsgruppen

og undergruppene.

Undergruppe I, II og III har levert fra seg sine instillinger som også har vært diskutert i plenum. Arbeidet som gjenstår i første omgang er undergruppe IV - antihypertensiv behandling. Videre plan er i løpet av høsten 1986 å presentere arbeidet for legene i almenhelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten og ved medisinsk poliklinikk, for så å komme i gang med registreringsarbeidet.

Oppfølging av registreringsarbeidet og innsamling av data, vil bli tillagt 1/2 - 1 stilling på engasjement.

Den økonomiske siden av prosjektet utredes for tiden.

Det diastoliske blodtrykket:

EN MEDISINSK MYTE

□ Ola Lilleholt

På et eller annet tidspunkt utviklet det seg i medisinen en myte om at det diastoliske blodtrykket skulle være "viktigere" enn det systoliske trykket. Dette er en myte som utvilsomt har resultert i mye unødvendig sykdom og død også i vårt land. Den har overlevd tallrike gode epidemiologiske undersøkelser. Dette er mitt bidrag til å få den avlivet.

Det var argumentert med at fluktuationene i det diastoliske trykket skulle være mindre enn i det systoliske. Et forhøyet diastolisk trykk skulle derfor være en sterkere indikator på vedvarende forhøyet blodtrykk. Allerede 1931 var det vist at det diastoliske trykket prosentvis fluktuerer like mye som det systoliske (1). Mange undersøkelser har vist at det diastoliske trykket er vanskeligere å måle enn det systoliske. Dette gjelder både ved auskultatoriske og andre indirekte metoder, noe som har sammenheng med rigiditeten i karveggen i de store arteriene. Ved sammenlikning mellom auskultatoriske og intra-arterielle målinger fant Spence og medarbeidere (2) at den auskultatoriske målinga ga falskt forhøyet måleresultat hos 12 av 20 personer over 60 år og hos 4 av 16 personer under 60 år. Vardan og medarbeidere (3) fant i en liknende undersøkelse en meget god overensstemmelse mellom auskultatorisk og intra-arteriell måling av det systoliske blodtrykket. Ved auskultatorisk måling lå det diastoliske blodtrykket gjennomsnittlig 18 mmHg høyere enn ved intra-arteriell måling.

Epidemiologiske undersøkelser så

tidlig som i slutten av i 1950-åra viste at det systoliske trykket var en viktigere prognostisk faktor enn det diastoliske (4,5). Framinghamundersøkelsene viste bl.a. at hverken diastolisk eller mean arterial pressure ga bedre uttrykk for risiko enn det systoliske alene (6). Hall og Wollam (7) har i en oversiktsartikkel om dette temaet konkludert med at det systoliske trykket bedre enn det diastoliske forutsier risikoen for koronarsykdom, hjertehypertrofi, hjertesvikt, hjerneslag og nyresvikt.

Fisher (8), medforfatter av kapittel om hjerneslag i Harrisons lærebok i indremedisin, har i en artikkel skrevet at han fra ca. 1973 måler det diastoliske og systoliske trykket bare ved første gangs undersøkelse, og ved senere kontroller bare det systoliske.

I en artikkel om oppfølging av de vel 17000 deltagende menn i "Oljeforsøket" i 1964/65 skriver Natvig og Bjerkedal (9): "Det systoliske blodtrykk synes etter dette resultat å være en minst like god indikator for dødsrisiko som det diastoliske. Ingen andre av de kliniske og laboratoriemessige funn som ble registrert, har gitt så store utslag i dødsrisikoen som blodtrykket, og det er bemerkelsesverdig at selv et moderat øket blodtrykk som er blitt registrert fra 1 til 18 år før død, gir så kraftig utslag i dødsrisiko".

I mange store intervensjonsforsøk har det bare vært operert med diastoliske trykk. I de tilfellene at både diastoliske og systoliske trykk er registrert, viser det seg at det systoliske trykket er den viktigste risikofaktoren. Dessverre er det av denne grunn få gode og store prospektive forsøk med behandling av isolert systolisk hypertensjon. Slike vil vi nok snart få se.

Litteratur:

1. Ayman D. Essential hypertension. The diastolic blood pressure. Its variability. Arch Intern Med 1931; 38:89-97.
2. Spence JD, Sibbald WJ, Cape RD. Pseudohypertension in the elderly. Clin Sci Mol Med 1978; 55: 399-402.
3. Vardan S, Mookherjee S, Warner R, Smulyan H. Systolic hypertension. Direct and indirect measurements. Arch Int Med 1983; 143: 935-938.

► Forts. side 119

Trimetoprim-Sulfa[®]

trimethoprim. sulfamethoxazol.

Indikasjon:

**Ukomplisert akutt urinveisinfeksjon
hos kvinner**

Produktutvikling

NY PAKNING

12 tabletter

**Ultrakort behandling –
kun 3 dager!**

2 tabletter morgen og kveld



Lavere pris

KabiVitrum



Trimetoprim-Sulfa «KabiVitrum»

TRIMETHOPRIM OG SULFONAMID

Mikstur: 100 ml inneh.: Trimetoprim 0,8 g, sulfamethoxazol 4 g, sorbitol 41 g, const. et aqua purif q.s.

Tabletter: Hver tablett inneh.: Trimetoprim 80 mg, sulfamethoxazol 400 mg.

Egenskaper: Klassifisering: Antibakterielt middel med baktericid effekt.

Det antibakterielle spektrum er bredt og omfatter både Gram-positive og Gram-negative bakterier. Ingen effekt overfor *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycoplasma* og *Treponema pallidum*. *Pseudomonas aeruginosa* er oftest resistent. Virkningsmekanisme: Inneholder to aktive substanser trimetoprim og sulfamethoxazol som blokkerer to påfølgende enzymatiske trinn i bakterienes folysyntese. Gir baktericid virkning i konsentrasjoner der enkeltkomponentene hver for seg kun har bakteriostatisk effekt. Denne virkningsmekanisme reduserer faren for resistensutvikling, og en oppnår ofte god effekt på mikrober som ellers er resistente overfor enkeltkomponentene. Absorpsjon: Begge komponenter absorberes raskt og nesten fullstendig. Proteinbinding: Plasmaproteinbinding for trimetoprim er ca. 45 % og for sulfamethoxazol ca. 65 %. Halveringstid: Trimetoprim ca. 11 timer, sulfamethoxazol ca. 11 timer. Fordeling: Vevskonsentrasjonen av Trimetoprim er vanligvis høyere enn konsentrasjonen i plasma, f.eks. prostatavæske, saliv, sputum og vaginalsekret. Særlig høye konsentrasjoner i lungevev. I kammervann og cerebrospinalvæske er konsentrasjonen tilstrekkelig for antibakteriell effekt. Maksimale serumkonsentrasjoner: Oppnås etter ca. 1–3 timer etter inntak av to tabletter, og er for trimetoprim 4,5–6,5 µmol/l og for sulfamethoxazol 130–200 µmol/l. Utskillelse: Begge komponenter utskilles hovedsakelig via nyrene. 50 % av Trimetoprim og 25 % av Sulfamethoxazol utskilles i urinen i aktiv form. Overgang i placenta: Passerer placentabarrieren. Overgang i morsmelk: Kan passere over i morsmelken, men i så små mengder at det ved terapeutiske doser er liten risiko for innvirkning på barnet.

Indikasjoner: Akutte purulente bronkitt. Akutte eksacerbasjoner av kronisk bronkitt. *Pneumocystis carinii* pneumoni. Urinveisinfeksjoner. Tyfoid og paratyfoid feber. Akutte salmonellose, dersom antibakteriell terapi er indisert. Infeksjoner i øvre luftveier. Gonorré, når medisinske/mikrobiologiske forhold tilsier dette (penicillinallergi, resistens). **Kontraindikasjoner:** Alvorlige leverskader, blod dyskrasier og alvorlig nyresvikt hvis regelmessige kontroller av plasmakonsentrasjonen ikke kan gjennomføres. Kjent sulfonamid- og/eller trimetoprim-overfølsomhet. Graviditet er en relativ kontraindikasjon. Må ikke brukes i barnets første leveår.

Bivirkninger: Allergiske hudreaksjoner, feber, kvalme, oppkast, anoreksi og dyspepsi. Hematologiske forandringer er observert, spesielt hos eldre. Det dreier seg om trombopeni, leukopeni, neutropeni og sjeldent agranulocytose. Aplastisk anemi er rapportert. Ikterus er rapportert i sjeldne tilfelle.

Forsiktighetsregler: I tilfelle hvor det foreligger sterkt nedsatt nyrefunksjon skal dosene reduseres eller intervallene forlenges for derved å unngå en kumulativ effekt. Det anbefales å bestemme plasmakonsentrasjonen av sulfamethoxazol i slike tilfelle. Følgende doseringsskema anbefales:

Kreatininclearance	Serumkreatinin	Dosering (normaldosering for voksne) er 2 tabl. hver 12. time.
Normalverdi: 70–130 ml/min.	Normalverdi: 45–115 µmol/l	
> 25 ml/min.	< 320 µmol/l	Normaldosering
25–15 ml/min.	320–405 µmol/l	Normaldosering i 3 døg, deretter 2 tabl. hver 24. time så lenge kontrollanalysen tillater.
< 15 ml/min.	> 405 µmol/l	Før ytterligere undersøkelser er utført, skal prep. kun gis til pasienter som får regelmessig dialysebehandling. Standarddosering er 2 tabl. hver 24. time så lenge kontrollanalysen tillater.

Kontrollanalyse: Totalkonsentrasjonen av sulfamethoxazol i plasma bestemmes 12 timer etter tablettinntaket hver 3. behandlingsdag. Plasmakonsentrasjonen bør ikke overstige 600 µmol/l. Ved langtidsbehandling bør blodbildet kontrolleres regelmessig. Behandlingen seponeres straks hvis det opptrer eksantem eller blodforandring.

Interaksjoner: (I: 64e, sulfonamider).

Dosering:

Mikstur: barn:

6 uker – 5 mndr.	½ måleskje (2,5 ml)	2 × daglig
6 mndr. – 5 år	1 måleskje (5 ml)	2 × daglig
6 – 12 år	2 måleskjeer (10 ml)	2 × daglig

Tabletter: voksne og barn over 12 år:

Standarddosering	2 tabletter	2 × daglig
Langtidsbehandling (utover 14 dager)	1 tablett	2 × daglig
Høyeste dosering (i særlig alvorlige tilfelle)	3 tabletter	2 × daglig
Barn 6 – 12 år	1 tablett	2 × daglig

Gonorré:

Standarddosering	4 tabletter	2 × daglig i 2 dager
Alternativt	5 tabletter	2 × daglig i 1 dag

Pneumocystis carinii Pneumoni: ½ tablett pr. kg legemsvekt fordelt på 4 døgndoser.

Korttidsbehandling av ukomplisert cystitt hos ikke-gravide kvinner: 2 tabl. 2 × daglig i 3 dager.

Ved akutte infeksjoner bør det doseres i minst 5 dager eller inntil pasienten har vært fri for symptomer i to dager.

Overdosering/forgiftninger: Symptomer: Kvalme, brekninger, svimmelhet, forvirringstilstander. Behandling: Symptomatisk. Kalsiumfolinat motvirker eventuelle påvirkninger av benmargen. Både Trimetoprim og Sulfamethoxazol kan dialyseres ved hemodialyse.

Andre opplysninger: Trimetoprim kan innvirke på serum/plasmakreatininbestemmelser hvis alkalisk pliktratagens nyttes. Kombinasjonen benevnes i internasjonal litteratur ofte Co-trimoxazol.

KabiVitrum



Adresse: Postboks 22
Nesbruveien 33, 1362 Billingstad

Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

Pakninger og priser:

Tabletter 12 stk.	kr.	28,30
Tabletter 20 stk.	kr.	38,00
Tabletter 28 stk.	kr.	49,70
Tabletter 100 stk.	kr.	139,65
Tabletter 6 × 100 stk.	kr.	690,45
Tabletter 10 × 100 stk.	kr.	1 092,30
Mikstur 100 ml	kr.	27,70

4. Grubner RS. Life expectancy in the young hypertensive. In: Brest AN, Moyer JH, eds. Hypertension: Recent advances. Philadelphia: Lea & Febiger, 1961: 18–23.

5. Grubner RS. Systolic hypertension: A pathogenic entity. Significance and therapeutic considerations. Am J Cardiol 1962; 9: 773–776.

6. Kannel WB, Wolf PA, Verter J, McNamara. Epidemiologic assessment of the role of blood pressure in stroke. JAMA 1970; 214: 301–310.

7. Hall WD, Wollam GL. Systolic hypertension. Curr Probl Cardiol 1982; 7: 7–40.

8. Fisher CM. The ascendancy of diastolic blood pressure over systolic. Lancet 1985; II: 1349–1350.

9. Natvig H, Bjerkedal T. Dødsrisiko, kliniske funn og laboratorieprøver hos 50–59 år gamle menn. Norsk bedr h tj 1986; 7: 5–16.



Hype i Rin

MENN

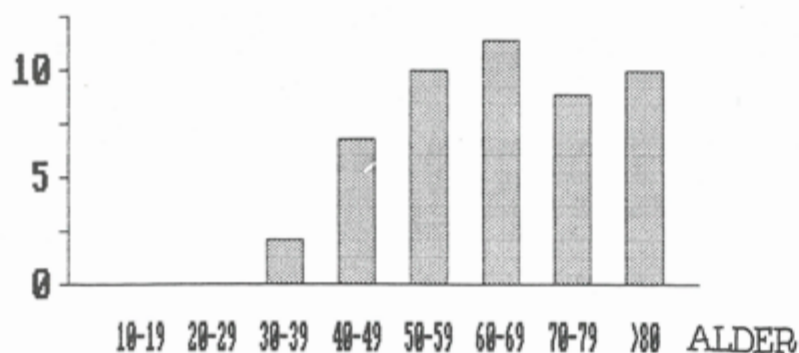


Fig. 1: Prevalensrate pr. 100 menn pr. 1/1-82.

KVINNER

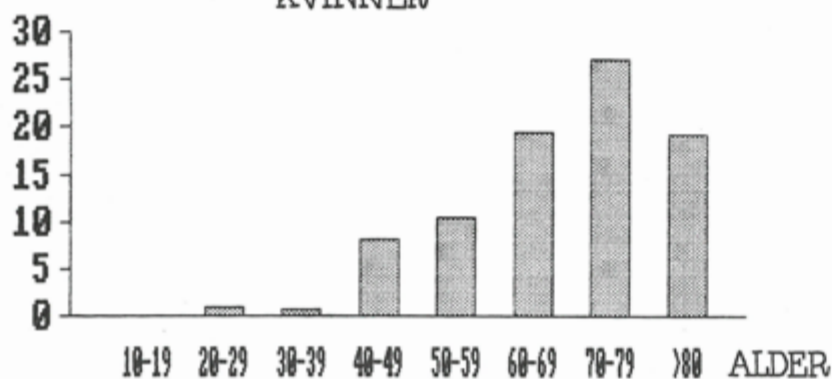


Fig. 2: Prevalensrate pr. 100 kvinner pr. 1/1-82.

Hypertensjon i Rindal 1.1.82

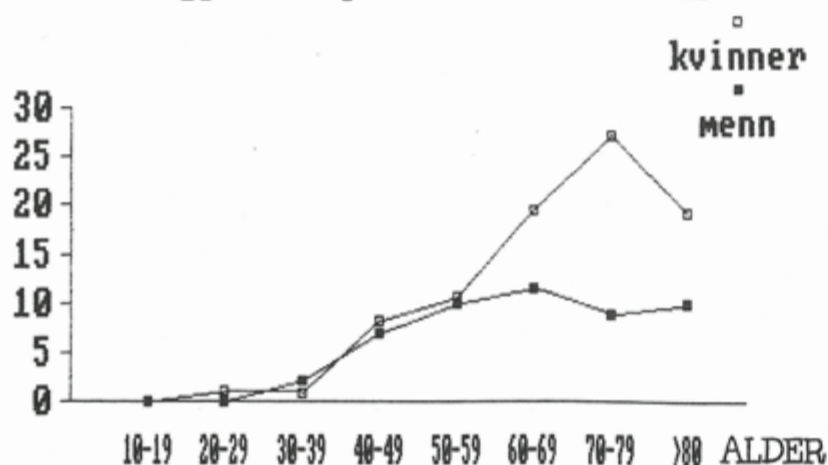


Fig. 3: Prevalensrate for menn og kvinner.

Olav Lilleholt

Rindal er en landkommune, vel-avgrenset geografisk og kommunikasjonsmessig. Pr. 1.1.82 var befolkninga på totalt 2316. Denne populasjonen får sine legetjenester fra kommunelegekontoret. Legesituasjonen, og dermed vurderinga av hver enkelt pasient, har vært stabil fordi distriktet i perioden 1947-80 var betjent av en lege, nemlig Glør Halvorsen. Ytterst få av innbyggerne har varig legekontakt utafor kommunen.

Kommunelegekontoret har et register over dem som mottar medikamentell antihypertensiv behandling. På grunnlag av dette registret er det pr. 1.1.82 beregnet aldersstandardiserte prevalensrater (point prevalence rates) av medikamentelt behandlet hypertensjon i kommunen. Disse er framstilt i figurene 1 og 2. Figur 3 er en noe tvilsom måte å vise disse dataene på, men illustrerer forskjellen mellom prevalens hos menn og kvinner. Utover det som kan leses ut av figurene, kan en gi følgende tall:

Prevalens rate i totalbefolkninga: 6.9%

Prevalensrate i den totale populasjonen av menn: 6.2%.

Prevalensrate i den totale befolkninga av kvinner: 8.9%.

DISKUSJON

Merk igjen at dette er prevalens-tall basert på antall individer som etter gjentatte undersøkelser hos lege er satt på medikamentell

Hypertensjon ndal

antihypertensiv behandling. Talla gjenspeiler derfor en seleksjon basert på legenes totale vurdering av pasientens alder, vekt, kjønn, øvrige risikofaktorer, som familiebelastning av hjertekarsykdommer etc..

De aller fleste tilfellene er nok oppsporet ved "case-finding": altså ved at det er gjort blodtrykksmålinger i forbindelse med konsultasjoner ved legekantoret. Grunnene til slike konsultasjoner er naturligvis svært forskjellige. Noen få ganger kan pasientene ha symptomer som kan relateres til hypertensjon, men som oftest er det forhøyede blodtrykket et "tilfeldig" funn. En del individer i arbeidsfør alder har vært fanget opp ved bedriftshelsekontroller.

En vil se at det ikke er registrert barn med hypertensjon. Dette må sees i sammenheng med at det ikke gjøres systematiske målinger av blodtrykk i skolehelsetjenesta eller ved vanlige konsultasjoner fra disse aldersgruppene.

I sin alminnelighet må en kunne si at prevalenstalla ligger lavt i forhold til det som vanligvis blir oppgitt fra urbane samfunn.

Kjønn

Etter 60-års alder er prevalensen av hypertensjon hos kvinner tydelig høyere enn hos menn. Følgende kan være plausible forklaringer (rekkefølgen er tilfeldig):

1. Kvinner har en reell høyere prevalens av hypertensjon enn menn i de samme aldersklassene. Dette kan passe med opplysninger i en oversiktsartikkel Kotchen og

medarbeidere (1): Menn i 20-40 års alder har høyere blodtrykk enn kvinner, mens kvinner etter denne alder har et høyere systolisk blodtrykk enn menn. Dett er en trend som holder seg fram til 75 års alder.

2. Flere kvinner får diagnostisert hypertensjon fordi kvinner i disse aldersgruppene hyppigere søker lege enn menn. Dette betyr at eldre menn er underbehandlet.

Redusert prevalens hos de eldste.

Ved en kronisk sykdom skulle prevalensen øke med stigende alder, forutsatt at ikke sykdommen forkorter pasientenes liv. I dette materialet finner en at prevalensen er redusert for kvinner over 80 år. Dette kan tolkes slik:

1. Også behandlet hypertensjon forkorter pasientenes liv.

2. Behandling for hypertensjon blir delvis seponert hos kvinner over 80 år. Seponering av antihypertensiv behandling foregår nok hos en del gamle pasienter, det har ikke vært gjort noe forsøk på å analysere denne delen av materialet nærmere. Dette vil vi lett kunne gjøre nå registret har eksistert i noen år■

Litteratur:

1. Kotchen JM, McKean HE, Kotchen TA. Blood pressure trends with ageing. Hypertension 1982; 4 (Suppl.3): 128-334.

Stigmatisert av diagnosen hypertensjon?

□ Ola Lilleholt

■ Bare en liten prosentdel av individene med hypertensjon utvikler cardiovasculære komplikasjoner. Ja, det er så få at en kan bli fristet til terapeutisk nihilisme. Men fordi det er så mange med hypertensjon og andre risikofaktorer for hjertekarsykdom i samfunnet, er vi nødt til å henge diagnostiske merkelapper på noen og anbefale behandling.

Medfører kjennskap til diagnosen lett eller moderat hypertensjon så mye redusert livskvalitet på grunn av bekymring og sykdomsfølelse at det oppveier eventuell gevinst av behandling?

The Lancet hadde sist vår en leder om dette temaet med henvisninger til forskjellige undersøkelser som har vært gjort (1). Konklusjonen er her at det er en belastning å bli gjort oppmerksom på et forhøyet blodtrykk, for eksempel i forbindelse helsekontroll, dersom funnet ikke blir fulgt opp med videre undersøkelser, kontroller og eventuell behandling.

Ellers viser flere undersøkelser at individer som blir tatt hånd om og fulgt opp i forbindelse med hypertensjonsforsøk etter hvert har færre tegn til mistilpasning eller subjektivt redusert helse enn matchede kontroller som ikke inngår i kontrollprogrammer.

Lederen konkluderer slik: "Some lowering of wellbeing might well occur and be tolerable, for no one is free of some distressing experiences during life. The point of general discussion should be, how much? And even this discussion could be redundant in settings where supportive follow-up will be provided. Nothing, therefore, so far published would militate against a vigorous effort to detect the hypertensive subject, provided that everyone relises that there is more to the enterprise than identification and pharmacotherapy."■

Litteratur:

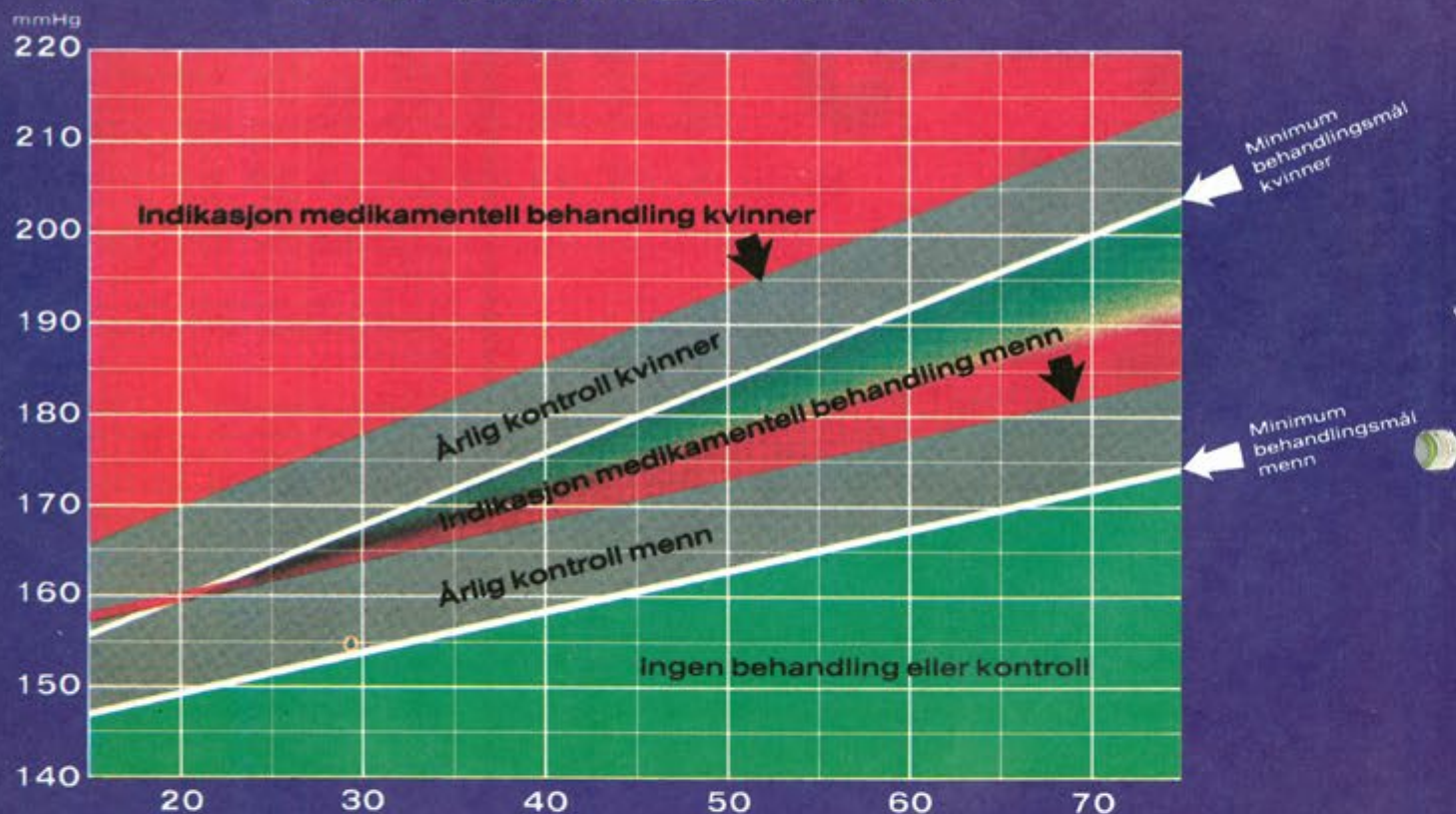
1. Editorial. More on hypertensive labelling. Lancet 1985; I: 1138-1139.

MEDIKAMENTELL BLODTRYKKSBEHANDLING

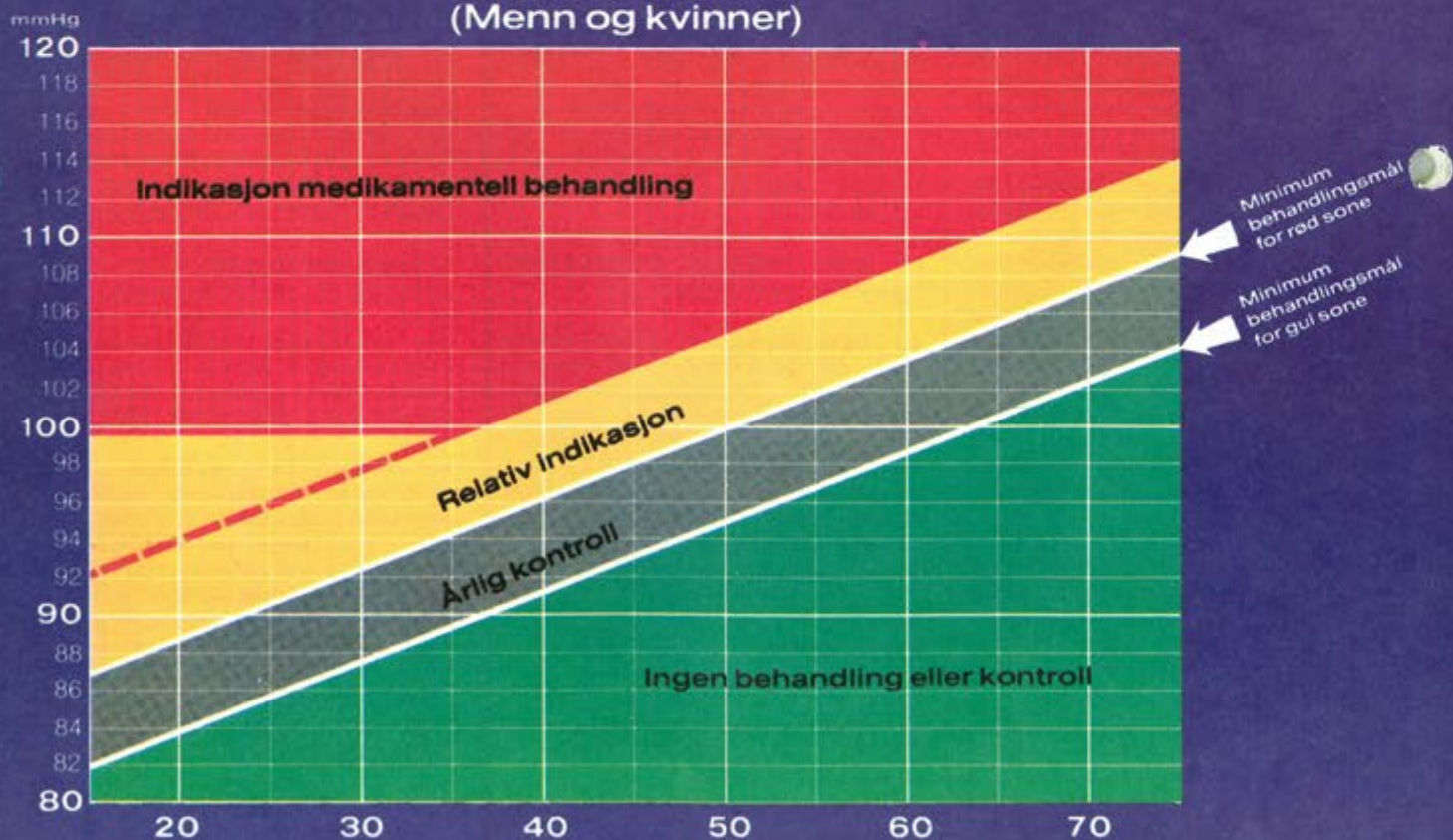
Indikasjoner og behandlingsmål

HJERTE-KARUNDERSØKELSENE. STATENS SKJERMBILDEFOTOGRAFERING, BOKS 8155 DEP., OSLO 1
Utarbeidet etter NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning: Rapport nr. 5 - 1978.

SYSTOLISK BLODTRYKK



DIASTOLISK BLODTRYKK (Menn og kvinner)



Indikasjoner og behandlingsmål som framgår av diagrammene på omstående side er veiledende for hjerte-karundersøkelsene som gjennomføres av primærhelsetjenesten i samarbeid med Statens Skjermbildefotoografering.

De angitte grenser gjelder for systolisk OG/ELLER diastolisk blodtrykk. D.v.s.: Behandling anbefales iverksatt hvis pasienten befinner seg i rød (gul) sone for ENTEN systolisk ELLER diastolisk blodtrykk eller begge deler.

Kriteriene i diagrammene er i henhold til følgende rapport:

Waller, H. T., Helgeland, A., Hjort, P. F., Lund-Johansen, P., Lund-Larsen, P., Mathisen, R. & Storm-Mathisen, H.:

Høyt blodtrykk: Behandlingsprogram, utbytte, kostnader.

Norges almenvitenskapelige forskningsråd's gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 5, 1978.

SYSTOLISK BLODTRYKK

Indikasjoner:

For kvinner ELLER menn:

RØD SONE

Indikasjon for medikamentell behandling ved systolisk blodtrykk over nederste røde grense for det respektive kjønn.

GRÅ SONE

Årlig kontroll.

GRØNN SONE

Ingen behandling eller kontroll.

Behandlingsmål:

Pasienter med systolisk blodtrykk i rød sone bør som minimumskrav komme lavere enn grå sone for eget kjønn.

DIASTOLISK BLODTRYKK (Menn og kvinner)

Indikasjoner:

RØD SONE

Indikasjon for medikamentell behandling.

GUL SONE

Relativ indikasjon for medikamentell behandling, d.v.s. behandling iverksettes ved

- familiebelastning (familiemedlemmer med hypertoni med komplikasjoner)
- stort hjerte/hjertesvikt
- øyenbunnsforandringer (Keith & Wagner ≥ 2).

GRÅ SONE

Årlig kontroll.

GRØNN SONE

Ingen behandling eller kontroll.

Behandlingsmål:

Pasienter i **rød sone** bør som minimumskrav komme lavere enn gul sone.
Pasienter i **gul sone** bør som minimumskrav komme lavere enn grå sone.

Eldre pasienter i al Østfold. En multipra

□ Hans Knut Otterstad □
Gruppe for helsetjeneste-
forskning Statens Institutt
for Folkehelse, Oslo

Følgende leger deltok i under-
søkelsen:

K. Aamodt-Karlsen, Fredrikstad
A. Dehli, Ørje
J. Fauske, Fredrikstad
E. Fuglum, Moss
T. Hanch-Hansen, Askim
T. Lamberg, Rolvsøy
K. Lindholm, Hobøl
G. Lundebj, Mysen
B. Lyche Sæther, Borgehaugen
T. Moksnes, Valaskjold
K. Rhode-Moe, Sellebakk
B. Schulstad, Rygge
B. Størsrud, Sellebakk
Ø. Svenning, Spydeberg
C. Ulstad, Halden
E. Wiig, Trøgstad
K.E. Woldseth, Halden

■ Eldrebølgen og de gamles behov for helsetjenester er blitt be-
hørig registrert og kommentert i
den helsepolitiske debatt. I
hovedsak er det pleiepasientene i
sykehus og behovet for langtids-
pasienter som har påkalt oppmerk-
somheten. I mindre grad er data
fra primærhelsetjenesten blitt
samlet inn. Spesielt er det
lite kunnskap om de eldres for-
bruk av almenlegetjenester.

Denne undersøkelsen tar for seg
forbruket av almenlegekonsulta-
sjoner for aldersgruppen 70 år og
over. Spørsmålene som belyses er:

- Hvorledes er pasientenes
alders- og kjønnsfordeling, og
hvilken betydning har dette?
- Hvor mye er kontroller?
- Hvilket sykdomspanorama pre-
senterer de eldre pasientene på
legens kontor?
- Hvilke konsekvenser får kon-
sultasjonen?

METODE OG MATERIALE

Data ble samlet inn av primær-
leger i Østfold i løpet av 2.
kvartal 1984. Det ble gjort et
stratifisert utvalg av leger
basert på to kriterier: Legene
skulle ha vært i samme praksis i
lengre tid (mer enn fem år), og
de fem lokalsykehusdistriktene
skulle være relativt likt repre-
sentert. 20 leger ble forespurt,
halvparten var distriktsleger,
resten private almenpraktikere.
Bare en lege avslo å være med,
mens to falt fra underveis.
Materialet består derved av 17
primærlegers kontorkonsultasjoner
for 70 år og eldre. Legene ble
identifisert ved kodennummer og
ikke ved navn, slik at den
enkelte lege var anonym. Hver
lege ble tilsendt 100 pasient-
skjemaer som skulle utfylles
fortløpende.

Materialet består av 1 412 kon-
sultasjoner, og antall konsulta-
sjoner pr. lege var i gjennom-
snitt 83, variasjonsbredde 19 til
99 konsultasjoner. Statistisk
signifikantesting av forskjeller
ble foretatt med Chi-kvadrat-test
og F-test.

UTVALGET

De eldre er en heterogen gruppe
med stor variasjon både i syke-
lighet og funksjonsevne. Når
materialet kun omfatter kontor-
konsultasjoner, blir en del eldre
pasienter ekskludert - særlig de
mest syke eller funksjonshemmede
som ikke makter å oppsøke legens
kontor. Almenhelsetjenesten be-
tjener denne gruppen ved syke-
besøk og indirekte kontakter
(reseptfornyelser, telfonkon-
sultasjoner).

En undersøkelse av de eldres
komplette forbruk av primærhel-
setjenester kan lettere gjennom-
føres som en regningskortstudie.
Dette er gjort av Rutle, som
fant at aldersgruppen over 60 år

menhelsetjenesten i aksisundersøkelse.

har flere indirekte legekontakter enn andre aldersgrupper (1). Fra tabellene i hans rapport kan det beregnes at andelen indirekte kontakter (takst 7 og 8) er 40 % av det totale antall kontakter for aldersgruppen 60 år og eldre.

En annen type seleksjon er utvalget av leger. De 17 legene omfattet ca. 13% av primærlegene i Østfold. De ble valgt ut fordi jeg antok at leger med lang praksis på samme sted har mange gamle pasienter. Spørsmålet er om den del av pasientpopulasjonen som er 70 år og eldre hos disse legene adskiller seg systematisk fra tilsvarende pasientpopulasjoner hos resten av primærlegene. Dette lar seg ikke besvare uten omfattende registrering hos alle primærlegene, og dette er foreløpig urealistisk.

RESULTATER

Kjønn og alder

De fleste eldre som kom til legens kontor var i aldersgruppen 70-74 år, og kvinner er sterkere representert i høyere alder, krf. tabell 1. Få av pasientene som kom på kontoret var over 90 år. I alt 59,6% av konsultasjonene gjaldt kvinner, og 40,4 % menn.

Kontroller

Den største del av kontrollkonsultasjonene var kontroller, hele 75,5%. Av disse var 4/5 planlagte kontroller, mens 1/5 kom før avtalt tid. Det var ingen aldersvariasjon for kontrollaktiviteten, men derimot en interessant kjønnsforskjell. Dette vises i tabell 2.

Kvinner hadde høyere andel kontroller, både planlagte og før avtalt tid. Menn hadde høyere andel konsultasjoner for nye sykdomsepisoder, 26,5%, mot kvinnes 19,5%. Denne forskjell

er statistisk signifikant ($P < 0,001$). Det var også en forskjell for konsultasjoner for ikke-sykdom. Dette skyldes at eldre menn i større grad enn eldre kvinner kjører bil og trenger legeundersøkelse for førerkort.

Diagnosefordeling

Denne undersøkelsen er ikke lagt opp som en epidemiologisk undersøkelse. Det er konsultasjonen som er enheten, og resultatene presenteres som prosentfordelinger. Dette har praktisk betydning ved at tallene angir sannsynligheten for å påtreffe en gitt tilstand/diagnose ved et tilfeldig kontorbesøk for pasienter som er 70 år og eldre.

Eldre pasienter har ofte flere sykdommer samtidig. Hvor mange som spiller praktisk rolle ved konsultasjonen beror ofte på skjønn. Ved denne undersøkelsen ble legene spurt om hoveddiagnosen og antall diagnoser tilsammen. Gjennomsnittlig antall diagnoser pr. pasient var 2,16, og fordelingen vises av figur 1.

Hoveddiagnosene for kontor-konsultasjoner for eldre pasienter i primærhelsetjenesten fremgår av tabell 3. To diagnosegrupper dominerer som hoveddiagnoser for eldre pasienter. Det er hjertesykdommer og muskel- og skjelettsykdommer, som tilsammen omfatter halvparten av hoveddiagnosene. Det er imidlertid hjerte- og karsykdommer som er den kvantitativt viktigste sykdomsgruppe, nesten 40%. Hypertoni er den hyppigste hoveddiagnose. Nesten hver femte pasient som er 70 år og eldre som kom til legens kontor hadde høyt blodtrykk som hoveddiagnose og 93% av disse konsultasjonene er kontroller.

Det er også av interesse å se på

årsaken til at eldre pasienter oppsøkte legen for nye sykdomsepisoder. Dette fremgår av tabell 4. Bildet ble nå et annet og var mer preget av infeksjonssykdommer. Det var kjønnsforskjeller for noen diagnoser, særlig urinveisinfeksjoner og angina pectoris.

Maligne tumorer som hoveddiagnose ved nye sykdomsepisoder var hyppigere hos menn. Det var likevel en sjelden diagnose hos de eldre som kom til primærlegens kontor. For nyoppdaget hypertoni var det ingen kjønnsforskjell.

Oppfølging av konsultasjonen

Hva som blir følgen av konsultasjonen kan vurderes på flere måter. I denne undersøkelsen ble sorteringseffekten registrert, dvs. resulterte konsultasjonen i en ny kontroll, henvisning, innleggelse eller var det intet behov for noen oppfølging?

Data viste ingen aldersforskjeller, men derimot en tydelig kjønnsforskjell. Dette fremgår av tabell 5. Det var en høyere andel kvinner som ble tilsagt ny kontroll, 76,6%, mens denne andelen var 70,8% hos menn. Dette er statistisk signifikant ($P = 0,005$).

Det var en større andel av menn som ikke hadde behov for oppfølging, 20,1% mot 17,2% for kvinner. Det var også en større andel menn som ble henvist eller innlagt, tilsammen 9,2% mot 5,6% for kvinner.

Tabellen viser at eldre kvinner og menn som kom til primærlegens kontor fikk en vurdering og behandling som resulterte i ulik type oppfølging. Gruppen av menn syntes å være mer heterogen, idet flere hadde behov for spesialist-tjenester og innleggelser, men samtidig var det også flere som



Marvelon® med desogestrel

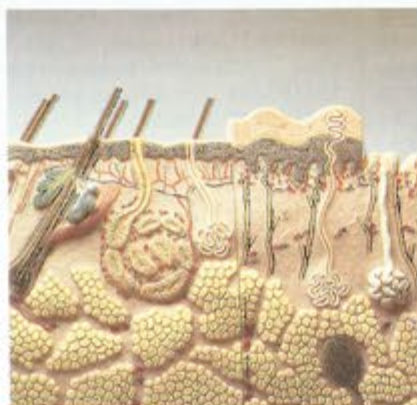
DESOGESTREL OG ETINYLSTRADIOL

- det nye p-pillegesta nærmest naturlig pro

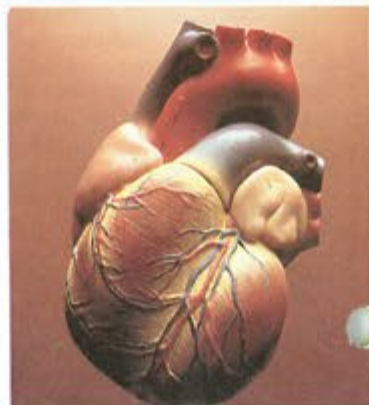


**Monofasisk, enkel for patienten
og utmerket sikkerhet.**

(Pearl index: Metodefeil 0,0 (0,0-0,2).
Pasientfeil 0,1 (0,0-0,4).¹³



**Ingen androgen effekt
forventes^{19, 20, 21, 22} og
bedring av eksisterende
androgene symptomer
er rapportert^{21, 21a, 21b}**



**Gunstig lipidprofil
med positiv virkning
på HDL.^{39, 40, 41}**

Marvelon «Organon»

Antikonseptjonsmiddel

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Desogestrel 0,150 mg., etinylstradiol 0,030 mg. Conest. q.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Monofasisk østrogen/gestagen kombinasjon med god cykluskontroll. God antikonseptjonell sikkerhet. Pearl Index: Metodefeil 0,0 (0,0-0,2). Pasientfeil 0,1 (0,0-0,4). Ingen androgen effekt forventes, og bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert. Normalt liden eller ingen vektforandring. Over plasmakonsentrasjonen av HDL-cholesterol. Virkningsmekanismer: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervikalsekretet slik at spermens passasje vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon. Absorpsjon: Hurtig. Maksimal plasmakonsentrasjon: Desogestrel: 0,8-1,3 timer. Etinylstradiol: Ca. 1 time. Halveringstid: Desogestrel: ca. 1,5 time. 3-keto-desogestrel (aktiv metabolitt): 16-21 timer. Etinylstradiol: ca. 26 timer. Metabolisme: Både etinylstradiol og desogestrel metaboliseres i leveren. Utskillelse: Via urin og feces. Øvergang i morsmelk: Man har påvist både østrogen og gestagener i morsmelk.

INDIKASJONER: Antikonseptjon

KONTRAINDIKASJONER: Absolutte: Tromboemboli eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Leverfunksjonsforstyrrelser, sklerose, Dubin-Johnson's syndrom,Rotor-syndrom, graviditetstoksus i anamnesen (gjennomgått hepatitt med normalisert leverfunksjon er ikke kontraindikasjon). Verifisert eller mistenkt cancer: mammae, verifisert eller mistenkt østrogenavhengige tumorer, udiagnotisert genitalblodning, graviditet, arteriell hypertensjon, Sickle-cell anemi, porfyri, herpes gestationis i anamnesen. Relativt: Ikke-establiert mensesyklus.

BIVIRKNINGER: Alvorlige bivirkninger som tromboembolier (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Andre bivirkninger er blodretninger, vannretninger, mastalg, kvalme, hodepine, migræne og mentale forstyrrelser (depressjon), samt synsforstyrrelser. Endring av vekt, libido, samt klinisk-kjemisk normalverdi og tester. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Opptrer tegn på åreus, ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal medikasjonen straks avbrytes. Tilfeller av leverforandringer (galestein, lokal nodular hypertrofi) er beskrevet hos kvinner som har brukt p-piller. Forandringene kan arte seg som akutte bukmer eller tegn på intra-abdominell blødning.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling instrueres grundig gynekologisk undersøkelse inkludert mammae-undersøkelse, sukker i urinen, blodtrykkmåling. Kvinner som bruker preparatet bør kontrolleres hvert halvår. Ved disse undersøkelsene bør spesielt oppmerksomhet rettes mot cykluslengde, kroppsvækt, blodtrykk, bryst og bekkenorganer, ben og hud. Cytologiske prøver skal tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år. Bruk av perorale antikonseptjonsmidler øker risikoen for hjerte-kranssykdom. Denne risikoen er ytterligere økt hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonseptjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer tegn på tromboembolier under behandlingen, skal preparatet umiddelbart seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av prevensjonstabletter må avbrytes 14 dager før kirurgisk inngrep, som kan tenkes å medføre økt tromboseisiko. Prevensjonstabletter kan redusere glykosetoleransen, og diabetikere bør stå under streng legeskontroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migræne. Unge kvinner med ikke-stabiliserte sykler, samt kvinner med oligomenoré eller sekundær amenoré bør helst anvende annen form for prevensjon. Unge kvinner bør ha etablert bilagske sykler før prevensjonstabletter forskrives. Prevensjonstabletter kan fremkalle for høyt blodtrykk hos disponerte kvinner, og blodtrykket bør derfor kontrolleres regelmessig. Ved markant blodtrykkstigning bør preparatet seponeres. Ved utblett bortfallblødning bør man undersøke om graviditet forsviger, og ved positiv test skal tablettinntaket avbrytes. Det er viktig å kontrollere hvor mange tabletter kvinnen har glemt å ta. Et bortfallblødningsutløst påvirkende følgende sykler, skal graviditetstest alltid utføres. Preparatets effekt kan bli redusert ved oppkast og diaré. Andre ikke-hormonelle antikonseptjonsmidler bør da benyttes.

INTERAKSJONER: Samtidig inntak av andre legemidler som rifampicin, barbiturater og hydantoinderivater minsker preparatets påvirkning.

DOSEERING: 1 tablett daglig i 21 dager fra menstruasjonsens første dag. Etter 7 tablettedager påbegynnes en ny serie med 21 tabletter. Hvis en tablett av en eller annen årsak ikke tas om kvelden, skal den tas neste morgen. Neste tablett tas som vanlig om kvelden samme dag. Etter 36 timer eller mer gitt siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon anvendes i tillegg den første uke.

PAKNINGER OG PRISER:

3 x 21 Kr. 68,75, 6 x 21 Kr. 129,50

1.10.1995

genet gesteron



**Normalt liten
eller ingen
vektforandring¹³**



God cyklus kontroll
88,1% i tredje og 90,9%
i sjette cyklus hadde ingen
uregelmessige blødninger.¹³



REFERANSER

13. Weijers M. J. *Clinical Therapeutics* 1982, 4 No 5, 359-366.
19. Cullberg, G. et al. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1982, 111, 47-54.
20. Hammond, G. L. et al. *Fertility and Sterility* 1984, 42, 44-51.
21. Palleis, R. et al. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1984, 64, 517-523.
21. a) Dewis, P. et al. *Clin Endocrinol* 1985, 22, 29-36.
21. b) Cullberg, G. et al. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985, 64, 195-202.
22. Cullberg, G. et al. *Contraception* 1982, 26, 229-243.
39. Bergink, E. W. et al. *Contraception* 1982, 25, 477-485.
40. Bergink, E. W. et al. *Contraception* 1984, 30, 61-72.
41. Samsioe, G. *Contraception*, 1982, 25, 487-504.

ORGANON A/S - POSTBOKS 325 - 1371 ASKER - TLF. (02) 78 43 65



ikke hadde noe oppfølgingsbehov i primærhelsetjenesten.

Skyldes dette at menn og kvinner har ulik sykdomsterskel når de oppsøker helsetjenesten for nye sykdomsperioder? Om en antar at henvisning til spesialist eller innleggelse er en indikator for høyere sykkelighet, sannsynliggjør tabell 6 at menn som gruppe hadde et større behov, idet tilsammen 17,5% ble innlagt eller henvist. For kvinner var denne andelen 9,9% ($P=0,053$). Andelen som trengte ny kontroll var den samme for menn og kvinner, mens andelen som ikke trengte ny kontroll var ca. 7% høyere for menn enn for kvinner.

Samarbeid med hjemme-sykepleien

Bare 211 eller 14,9% av pasientene fikk samtidig behandling av hjemmesykepleien. Av disse kommer 63,6% til avtalt kontroll, 23,0% er kontrollpasienter som kommer før tiden, mens 14,4% skyldes nye sykdomsepisoder. Et slikt forbrukermønster kan medføre en liten kontaktflate mellom hjemmesykepleier og primærlegen dersom ikke legene følger opp de pasientene som ikke kan komme på kontoret med sykebesøk.

Diskusjon

En undersøkelse av en utvalgt gruppe pasienter hos en utvalgt gruppe leger vil ikke alltid gi opplysninger om generelle trekk ved helsetjenesten. Fordelen ved en slik undersøkelse er likevel at bestemte deler av helsetjenesten kan belyses i større detalj.

Det er gjort flere større multi-praksisundersøkelser av primærhelsetjenesten i Norge. Disse omfatter hele pasientpopulasjonen, men forbruket er analysert på aldergrupper og er derfor et sammenligningsgrunnlag.

Kvinner utgjorde 59,6% v dette materialet, og det samsvarer med Rutles undersøkelse (1), der kvinneandelen var 61,6%.

Øgars undersøkelse viste at 13% av kontorkonsultasjonene gjaldt aldersgruppen 70 år og over (2), og at 63% av pasientene var kvinner. De eldre pasientene utgjør dermed en relativt liten del av primærhelsetjenestens kontorkonsultasjoner, men det er en viktig gruppe fordi sykkeligheten i denne aldersgruppen en høyere enn i resten av befolkningen. Helseundersøkelsen i 1975 viste at aldersgruppen 67 år og eldre hadde dobbelt så stor sykkelighet som den samlede be-

folkning (3). Sammenholder en dette med forbrukstall, kan en få mistanke om et underforbruk av ambulante helsetjenester hos de eldre.

Alternative tilbud til eldre kroniske pasienter er alders- og sykehjem og hjemmesykepleie. I denne undersøkelsen fikk 15% av pasientene samtidig behandling av hjemmesykepleien. I Østfold er ca. 75% av pasientene i hjemmesykepleien 70 år og eldre, og 7,5% av alle innbyggere som er 70 år og eldre er innskrevet i hjemmesykepleien. Imidlertid er mange av disse pasientene ute av stand til å komme til legens kontor. Legekontakten med disse pasientene kan derfor bare skje ved sykebesøk eller indirekte kontakter.

Om primærlegene ikke reiser i sykebesøk til de eldre pasientene og særlig til dem som samtidig får behandling av hjemmesykepleien, blir kontaktflaten mellom primærlegen og hjemmesykepleien begrenset. De vil da behandle to ulike pasientpopulasjoner:

- legene konsentrer seg om de eldre som kan komme til kontoret, og hjemmesykepleien tar seg av de mer syke- og pleietrengende som ikke makter å oppsøke legene. Det er viktig at en slik helse-tjeneste ikke får utvikle seg, og dette kan bare unngås ved at legene reiser mer i sykebesøk til eldre pasienter.

Denne undersøkelsen tyder på at eldre menn har et annet forbruk av primærhelsetjenester enn eldre kvinner. Menn har en mindre andel kontroller og en høyere andel konsultasjoner for nye sykdomsepisoder. Resultatet av førstegangskonsultasjonene viser at en større andel menn henvises eller innlegges, mens en mindre andel menn ikke har behov for oppfølging etter konsultasjonen.

I Rutles undersøkelse (1) har eldre kvinner et høyere forbruk av primærhelsetjenester enn menn. Dette passer godt med resultatene i denne undersøkelsen som dessuten påviser to årsaker bak denne forskjellen: a) eldre kvinner har tilsynelatende lavere terskel enn menn for å oppsøke helse-tjenesten, og b) når de først har kommet i kontakt med behandlings-apparat, blir en større del gjen-innkalt til kontroll.

Hva som ligger bak et slikt for-bruksmønster, gir ikke denne undersøkelsen svar på. Det kan imidlertid ikke ha rene medi-sinske årsaker, kfr. tabell 4, og skyldes vel sosiale forhold som enkestatus o.l. Alder har også

en betydelig effekt. De eldre kvinner har en høyere gjennom-snittsalder enn de eldre menn når de kommer til legens kontor. Gjennomsnittsalderen i dette materialet var 76,4 år for kvinner og 75,9 år for menn. Forskjellen er statistisk signi-fikant ($P=0,371$ med F-test)■

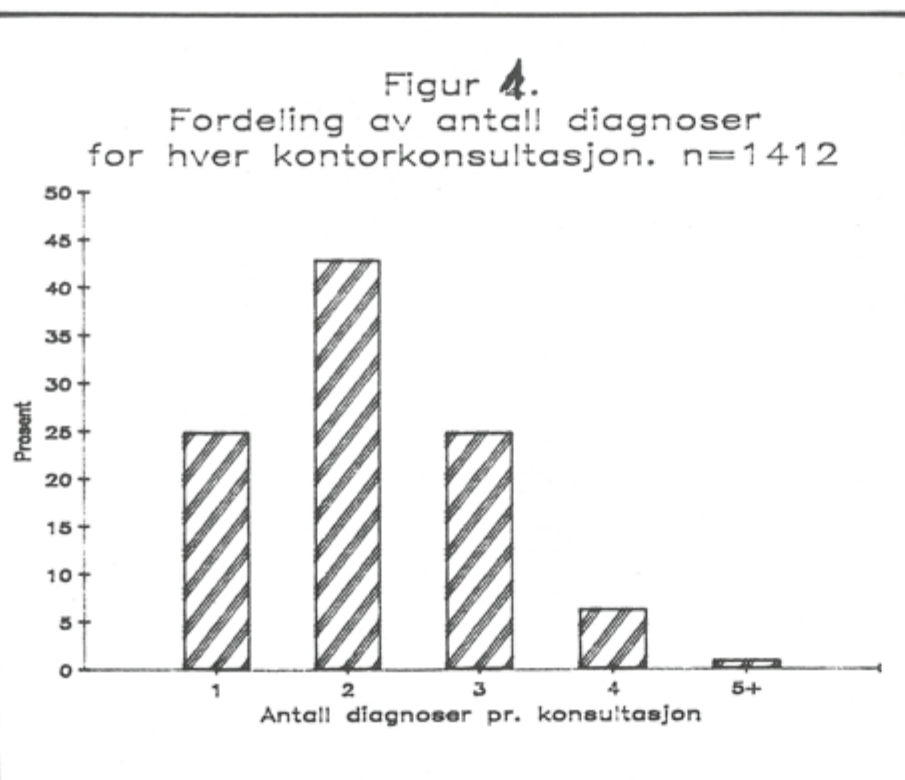
Litteratur:

1. Rutle O. Pasienten fram i

lyset - analyse av legekontakter i primærhelsetjenesta. Oslo: Gruppe for helsetjeneste-forskning, Statens Institutt for Folkehelse. Rapport nr. 1-1983.

2. Øgar B. Pasienter i norsk almenpraksis. Oslo: Universi-tetsforlaget, 1977.

3. Helseundersøkelse 1975. NOS A 894. Oslo: Statistisk Sen-tralbyrå, 1977.



Tabell 1 Alders- og kjønnsfordeling for kontorkonsultasjoner. n = 1412

(Ubesvart = 2). Antall og prosent

Aldersgruppe (år)	Kjønn			
	Kvinner		Menn	
	n	%	n	%
70-74	362	43,0	280	49,2
75-79	274	32,6	171	30,1
80-84	151	18,0	90	15,8
85-89	50	6,0	24	4,2
90+	4	0,5	4	0,7
Alle	841	100,1	569	100,0

Tabell 2 Kjønnssfordeling ved ulike årsaker til kontorkonsultasjoner.

n = 1 412. (Ubesvart = 7). Antall og prosent

Kjønn	Nye sykdoms- episoder		Kontroller		Ikke sykdom		Alle	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinner	164	19,5	665	79,2	11	1,3	840	100,0
Menn	150	26,5	394	69,7	21	3,7	565	99,9
Sum	314	22,3	1 059	75,4	32	2,3	1 405	100,0

Tabell 3 Fordeling av hoveddiagnoser for konsultasjoner for pasienter, 70 år og eldre, n = 1 387*. Prosent

Diagnosegrupper	Prosent	Undergrupper	Prosent
Infeksjoner	1,0		
Tumores	3,9		
Endokrine sykdommer	7,5	Diabetes	6,5
Blodsykdommer	2,8	Perniciøs anemi	1,6
Psykiske sykdommer	5,5	Depressio mentis	1,1
		Nevrose	2,8
		Demens	0,8
Nervesystem	1,6		
Øresykdommer	1,3		
Øyesykdommer	0,8		
Hjerte-/karsykdommer	39,7	Hypertoni	19,2
		Insuff. cordis	6,7
		Angina pectoris	4,9
		Rytmeforstyrrelser	1,5
Lunge-/luftveissykd.	7,5	Pneumoni	1,5
		Bronchitis	2,2
		Astma/Emfysem	1,3
Mave-/tarmsykdommer	5,6	Ulcussykdom	1,9
		Obs. abdomen	1,1
Urogenitale sykdommer	3,9	Urinveisinfeksjon	2,5

Angst, uro og spenning. Søvnvansker



Sobril®

oxazepam

er mindre fettløselig enn diazepam og gir derfor mindre tendens til initial eufori.

Tranquilizer

Index: N05B A04

Tabletter: Hver tablett inneholder: Oxazepam 10 mg, med delestrek, resp. 15 mg, resp. 25 mg, const. q.s.

Egenskaper: Klassifisering: Oxazepam er et benzodiazepinderivat med spesifikk angstdempende virkning og med mindre muskelrelakserende effekt enn f.eks. diazepam.

Absorpsjon: Absorberes langsommere enn diazepam ved peroral tilførsel, med mindre tendens til høye innledningskonsentrasjoner. Maks. serumkonsentrasjon etter 2-4 timer.

Halveringstid: Biologisk halveringstid er vanligvis 10-15 timer, hvilket gjør at kumulasjon i kroppen ved gjentatt dosering blir av vesentlig mindre betydning enn for andre benzodiazepinderivater.

Metabolisme: Enkel metabolisme uten aktive metabolitter.

Utskillelse: Ca. 80% utskillelse via nyrene, hovedsakelig som glukuronid. Fullstendig utskillelse i løpet av 2-3 dager.

Overgang i morsmelk: I noen grad.

Overgang i placent: Passerer placent.

Indikasjoner: Nevroser og psykosomatiske lidelser preget av angst, uro og spenning. Søvnvansker. I kombinasjon med trykkløsende antidepressiva ved engstelige agitere depresjoner.

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

Bivirkninger: Tøvenningstare, tretthet og søvnhighet kan forekomme innsett. Muskelsvakhet, ataksi, svimmelhet, kvalme, utslett, nedsatt potens, hodepine, økt appetitt. Paradoksale reaksjoner i form av eksitasjon, eufori kan forekomme. Sjeldne bivirkninger er tåkesyn, blodtrykkssfall, sløvhed og uklare tale, hukommelsestap, tremor, inkontinens og konstipasjon.

Forsiktighetsregler: P.g.a. faren for tøyvenning bør preparatet gis i et begrenset tidsrom. Det advares mot bruk av preparatet hos narkomane og narkomandisponerte. P.g.a. individuell varierende følsomhet bør det utvises forsiktighet ved bilkjøring og betjening av maskiner. Toleransen overfor alkohol og andre sedativa og hypnotika kan være nedsatt og kombinasjonen med oxazepam bør unngås. Må brukes fortrinnsvis i kortere tid og etter nøye vurdering til alkoholkjere, da disse pasientene ofte risikerer tøyvenning og avhengighet til slike midler. Det bør utvises forsiktighet i medikasjonen til barn, hjerneskadde, eldre og pasienter med kardiorespiratorisk svikt, da oxazepam tolereres svært forskjellig. Abstinenssymptomer, evt. i form av krampor kan forekomme etter lang tids bruk av høye doser og med påfølgende brå seponering. Må benyttes med forsiktighet ved mistanke om latente psykoser. Særlig forsiktighet utøves ved behandling av pasienter med myasthenia gravis.

Oxazepam har ikke vist noen teratogen effekt ved dyreforsøk. Sedvanlig forsiktighet bør naturligvis iakttas ved tilførsel til gravide. Oxazepam går over i morsmelk, men i så små mengder at risikoen for at barnet skal påvises ikke behøver å foreligge ved bruk av terapeutiske doser. Kort halveringstid (1-2 hos nyfødte ca. 20 timer), ingen aktive metabolitter og langsom passasje over lipidmembraner gjør at kumulasjon i fosteret blir av vesentlig mindre betydning enn f.eks. for diazepam. Kan anvendes uten utømrer hos pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi.

Interaksjoner: Interaksjoner kan sees med CNS-depressiva bl.a. alkohol og neuroleptika. (Hypnotika sedativa, Benzodiazepiner).

Dosering: Ved lettere urotilstander: 10 mg 3-4 ganger daglig.
Normaldosering: 15 mg 3-4 ganger daglig, som ved behov kan økes til 25 mg 3-4 ganger daglig.
Ved angst og uro i forbindelse med depresjoner: 25 mg 3-4 ganger daglig.
Til gamle og svake pasienter: 10 mg 2-3 ganger daglig, ved behov en forsiktig øking til 15 mg 3-4 ganger daglig.
Ved søvnvansker: 15-25 mg 1-2 timer før man legger seg.
Ved premedisinering før operasjoner: 25-50 mg om kvelden dagen før.

Doseringen er den samme for pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi. Absorpsjonen er også uavhengig av samtidig fødeinntak.

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

Behandling: Ventrikkelstøttning. Kull. Symptomatisk behandling.

Pakninger og priser:

Sobril 10 mg: 25 stk. kr. 17,25, 100 stk. kr. 47,25

Sobril 15 mg: 25 stk. kr. 22,00, 100 stk. kr. 62,60

250 stk. kr. 135,25

Sobril 25 mg: 25 stk. kr. 24,80, 100 stk. kr. 73,35

250 stk. kr. 165,75



forts. av tab. 3

Diagnosegrupper	Prosent	Undergrupper	Prosent
Hudsykdommer	3,0		
Muskel-/skjelettsykdom	10,5	Artroser	5,4
Skader/ulykker	1,5		
Ikke sykdom	2,2		
Annet	1,7		
	<u>100,0</u>		

* 25 pasienter fikk ingen diagnose

Tabell 4 Diagnosefordeling ved nye sykdomsepisoder for kvinner og menn.
n = 313. (Ubesvart = 1). Prosent

Sykdommer	Kvinner	Menn
Urinveisinfeksjon	7,3	2,0
Bronkitt og pneumoni	6,7	9,3
Hypertoni	6,1	5,3
Øvre luftveisinfeksjoner	5,5	6,0
Hudinfeksjoner	4,9	5,3
Muskel-/skjelettsykdommer i nakke/skuldre	3,7	4,7
Obs. abdomen	3,0	2,7
Maligne sykdommer	2,4	4,0
Angina pectoris	1,2	4,0
	n=162	n=150

Tabell 5 Kjønnssfordeling ved oppfølging av kontorkonsultasjoner. n = 1 412. Antall og prosent

Kjønn	Ny kontroll		Henvisning		Innleggelse		Intet behov		Alle	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinner	670	77,5	33	3,8	13	1,5	149	17,2	865	100,0
Menn	397	70,8	35	6,3	16	2,9	113	20,1	561	100,1
Sum	1 067	74,8	68	4,8	29	2,0	262	18,4	1 426 ^{*)}	100,0

* Pasientene kunne følges opp på flere enn én måte

Tabell 6 Kjønnssfordeling ved oppfølging av konsultasjoner for nye sykdomstilfeller. n = 313. (Ubesvart = 2).

Antall og prosent

Kjønn	Ny kontroll		Henvisning		Innleggelse		Intet behov		Alle	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinner	87	54,0	10	6,2	6	3,7	58	36,0	161	99,9
Menn	79	53,0	19	12,8	7	4,7	44	29,5	149	100,0
Sum	166	53,5	29	9,4	13	4,2	102	32,9	310	100,0

Det aktive venterommet

□ Odd Winge
kommunelege, Stord

■ Ideelt sett skulle venterommet være tomt, eller bare befolket med et par mennesker som sitter der i kort tid. I praksis er det ikke mulig å få det til slik at alle pasientene kommer til med det samme. Pasienter er avhengige av busser og rutebåter og legen må ta i mot øyeblikkelig hjelp innimellom pasienter med timebestilling.

Størrelsen på venterommet er avhengig av hva slags praksis man driver, men det er jo en fordel om venterommet også kan brukes til andre ting, f.eks. til svangerskapskurs eller all-møter. Vel så viktig er det at det er hyggelig, med varme lune farger i stedet for de tradisjonelle institusjonsfargene lysegult og vassentgrønt. Bilder på veggene og møblering i smågrupper kan bidra til mer hygge.

Venterommet bør utrustes med lektre. På de fleste venterom finnes lettfordøyelige ukeblad av

typen "Norsk Ukeblad" og "Se og Hør". Feilen med disse er at de ofte forsvinner, særlig de som har gode oppskrifter. Jeg foretrekker å bla litt i ukebladene, synes godt man kan sensurere stoffet en smule før det legges ut på venterommet. Jeg synes det er uheldig å legge ut artikler som "16-åring fikk polyradikulitt etter MMR-vaksine", eller "Jeg fikk synet igjen etter bistikkur". Det kan oppfattes som en offisiell godkjennelse når slike artikler blir lagt ut på legens venterom.

Barna bør ha et tilbud. En lekekrok med bildebøker og legoklosser bør finnes i alle venterom. Mange små pasienter og deres foreldre har hatt glede av bildebøkene om Thomas og Emma. Særlig boken om Thomas som må til legen er til hjelp for foreldrene skal forklare hva som foregår på et legekontor.

Venterommet bør være en informasjonskilde. Praktiske opplysninger om åpningstid, telefontid, hvilke leger som er tilstede, takster o.s.v. bør være oppslått.

Venterommet er et sted som egner seg for helseopplysning, jeg tror

der er utnyttede muligheter her. Dersom man regner 1/2 times ventetid pr. pasient, og hver nordmann går 2 ganger i året til lege og tilbringer halvparten av ventetiden med å bla i helseopplysningsstoff, blir det ikke mer enn 1/2 times helseopplysning i året pr. nordmann, men likevel blir det 2000000 timers helseopplysning på det norske folk. I tillegg vil man sannsynligvis nå publikum i en situasjon hvor de er motivert for og dermed påvirkelig av helseopplysning.

Rent praktisk er det nyttig med en oppslagstavle. Den bør ikke være for liten, heller ikke så stor at den frister til overlessing. Sannsynligvis er det nok med en liten håndfull budskap slik at pasientene rekker over det meste på et par minutter. Litt lokkemat i form av vitser gjør oppslagstavlen tillokkende. Oppslagene bør ha nyhetens interesse, og skifte noenlunde ofte, ellers gidder ikke folk å se etter hva som henger på tavlen. Det er nyttig med litt aktuelle ting, f.eks. råd om huggormbitt og solforbrenning om sommeren, orientering om ørebetennelse og influensavaksine om vinteren.



Referat fra kurs i helsearbeid i utviklingsland Tromsø 23.4.-26.4.86

Steve Crozier
kommunelege på Frøya

Ellers kan man ha Helse-direktoratets propagandaplakater på veggene, enten det gjelder å fortelle at i natt får 23 nordmenn gonorrhe, eller man kan vise sosialministeren vassende i elva for å fortelle at det er sunt å drikke vann.

Et annet viktig hjelpemiddel er brosjyrene. Det finnes et utall, og ikke alle er like gode. Alle helseprofeter liker å spre opplysning om det de driver på med. Noen er mer profetiske enn andre, men felles for dem alle er at de gir ut brosjyrer, så det er bare å velge og vrake. Men det er sannsynligvis best med et begrenset utvalg av brosjyrer på venteværelset, slik at pasienten rekker å bla gjennom de fleste i ventetiden. Brosjyrene bør varieres fra tid til tid, da får de nyhetens interesse og spekteret av helseopplysnings-emner kan varieres. Brosjyrer fås fra mange kilder, f.eks.:

Statens Informasjonstjeneste (gir ut en fyldig katalog), Statens Tobakskaderåd, Rikstrykdeverket, Statens legemiddelkontroll, Legemiddelindustrien, Nasjonalforeningen (har god katalog om helseopplysningsmaterie), Landsforeningen mot kreft (sender også et hendig brosjyrestativ), Pasientforeninger (Sukkersyke, Hjerte-lunge, Psoriasis o.s.v.).

Brosjyrer er helt sikkert nyttige, det vi ikke vet er hvor langt kunnskapene går inn. Men man får jo tro at det er de små dryppene som skal hule ut stenen til slutt, det er vel med helseopplysning som med mangt innen den medisinske verden: Behandlingen blir mer effektiv dersom både lege og pasient tror på den.

Et hyllestativ gjør seg. Da får

man orden på sakene, og ryddige hyller er adskillig mer tillokkende, det vet i hvert fall de som selger varer på supermarked. Å legge brosjyrene i et jevnt liggende lag på bordet i venterommet virker neppe etter hensikten.

Som nevnt bruker det norske folk noen millioner timer i året på å sitte på venterom. Det er mulig at mange av disse timene kan omgjøres fra ørkesløs venting til aktiv helseopplysning, men det krever litt innsats. Det krever at helsepersonellet har en bevisst holdning til hva som finnes av lesestoff på venterommet, og bruker litt tid på å velge ut oppslag og brosjyrer, og å fornye lektylene regelmessig. Det fordrer også at man sorterer ut det en vil at pasienten ikke skal lese. Jeg finner ikke noe særlig betenkelig i å la "Se og Hør" forsvinne for alltid, og erstattes med informative brosjyrer.

En halv times helseopplysning 2 ganger i året vil kanskje være et brukbart bidrag til folkehelsen, som en motvekt til all annen påvirkning vi er utsatt for, f.eks. kinoreklame for cola og chips.

Venting kan bli mer enn å vente

For første gang er det blitt arrangert kurs om helsearbeid i utviklingsland. Det var lagt opp til et bredt valg av emner som favnet vidt. Kurset åpnet med en innføring i den offisielle norske u-hjelpspolitikken ved Egil M. Hovednakk. Deretter fulgte Dr. Noradio, helsekoordinator for Eritrea, med emnet "u-hjelp sett fra mottakerland". Videre ble emner som "verdens helseproblemer", ernæringssvikt og betydningen av dårlig ernæring for helsa presentert.

Andre dag åpnet Berit Austveg fra Oslo med en spennende innføring i sykdomsoppfatninger i andre kulturer. "Vann og helse", "diare", "luftveisinfeksjoner" og "årsaker til feber" fulgte. Helsestasjon i sin enkleste form, vaksiner og medikamenter avsluttet andre dag.

Tredje dag startet med en kort og grei innføring i sårbehandling, som ikke alltid blir forstått. Debridement, eller fjerning av dødt vev, og saltvannskompresser er løsningen, siden eventuell sekundær sårlukning, ikke primær lukning og antibiotika. Væskebehandling og transfusjonsproblematikk ble også gjennomgått. Vi fikk demonstrert et feltsykehus satt sammen av Norwac. Utenriksdepartementet disponerer flere slike og har hatt dem i bruk i Eritrea og Peshawar, Pakistan, på grensen til Afghanistan.

Kvinnens liv i den 3. verden ble

belyst med eksempler fra Afghanistan, Afrika og Latin-Amerika. Deretter fulgte en god innføring av Vibeke Thorp om amming og helsepolitiske aspekter knyttet til dette.

Den 4. og siste dagen var kanskje den mest spennende. Dr. Rita Van Abergem fortalte om sine erfaringer fra 1 1/2 års arbeid i frigjorte soner i El Salvador. Improvisering preget mye av hverdagen, stadig underveis til fots og utsatt for bombeangrep. Behandling av såkalt banale lidelser, skudd- og mineskader samt å undervise i helsefag var utfordrende. Et angrep fra helikopter skadet henne alvorlig og hun ble evakuert.

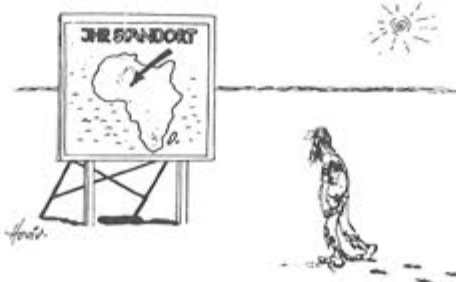
Dr. Trygve Øverby fra Kirkens Nødhjelp førte oss inn i maktens korridorer og ga oss et innblikk i organiseringen av nødhjelp i katastrofeområder. Mat er helse og mat er politikk var hans konklusjon. Dr. Antonio Crauhn fra M.S.F. (Medicins sans frontieres) fra Frankrike viste filmer fra et av deres mange prosjekter i Sudan hvordan de raskt kom til og møtte et utbrudd av kolera i en flyktningeleir. M.S.F. er en stor organisasjon som rykker fort ut for å gi medisinsk hjelp i katastrofesituasjoner.

Dr. Ebba Wergeland avsluttet forelesningene med en meget god oppsummering av forutsetninger for å bidra med medisinsk hjelp til konfliktområder. Hun har satt opp følgende 10 punkter:

1. Be ahead of events
2. Establish a bridgehead (information gathering)
3. Work together with those you work for
4. Don't depend on foreign organisations
5. Organize potato (small units)
6. Coping with stress (heroism, love, contact, alcohol, aggression)
7. Recruitment: discuss motives (what is the most ideal motive if there is any?)
8. Coordinator
9. Home. Don't forget that you'll return home
10. Sum up and testify

Dette var et godt sammensatt kurs og kurskomiteen skal ha ros og ære for å ha dratt det igang.

Emnene fyller igjen noen hull i vår almenmedisinutdannelse. Dette er problemer som berører mesteparten av verden utenfor vår egen stue. Dr. Øverby sa det slik: Alt faller og står på folks evne til å føle "Statistical compassion". Dr. Mons Lie oppsummerte det slik: "Det hele dreier seg om å fordele fettene fra The "haves" to the "have-nots"■



Gate nok e

□ Ragnhild Solheim ☐
ernæringsfysiolog, Ytre Sunn-
hordaland Næringsmiddel-
kontroll



Coke and other sweetened carbonated drinks that have crept into widespread popularity within recent years, and can now be found in all disreputable places in jungle villages.

Kjøkkenmat ein gong...

Gatekjøkkenmat har stempel for å vere rik på feitt og salt, fattig på fiber, mineraler og vitaminer. Det er lagt ned viktig arbeid frå Statens ernæringsråd og Statens institutt for forbruksforskning si side for å skaffe kunnskaper om omfanget av eventuelle helse-effektar for gatekjøkken-brukarane, og for å skape ein sunnare profil på gatekjøkken-maten.

Med dette som bakgrunn gjennomførte vi hausten 85/vinter 86 ei undersøking kor vareutvalet ved gatekjøkkene vart registrert og ungdom mellom 15 og 30 år vart spurt om sine gatekjøkkenvanar.

Vareutvalet vart registrert av gatekjøkkeneigarane sjølv eller av næringsmiddelinspektøren ved ordinær inspeksjon. 15 gatekjøkken var med i undersøkinga. Vareutval, kunde grupper og kundanes haldningar til maten vart diskutert med dei tilsette ved inspeksjonane.

Intervjuskjemaet til ungdom i vidaregåande skular omfatta alder, kjønn, vitjingsfrekvens og vitjingstidspunkt samt ledespørsmål vedrørende haldningar til matvareutval. Vi fekk svar frå 761 elevar (5 av 9 skular). 54% av dei spurde var kvinner og 46% var menn.

Vareregistreringa fortalde at ni av femten gatekjøkken hadde grønnsaker på menyen. To av kjøkkene hadde større utval (salatbar) enn kinakål og paprika. Kinakål og paprika vart nytta som tilbehør i hamburger, spaceburger o.l. Fire av gatekjøkkene hadde frukt og juice i 2 dl- eller 1 l-kartongar. Frukt-

utvalet grensa seg til epler og bananer. Alle gatekjøkkene hadde pommes frites, pizza og hot dog på menyen. Potetmos, potetsalat, kokt/bakt potet, fisk eller reint kjøt var å få på omtrent halvparten av gatekjøkkene.

20% av dei spurde ungdommane handla på gatekjøkken oftare enn ein gong i veka. 14% vitja gatekjøkken ein gong i veka. I underkant av 4% gjekk aldri på gatekjøkken.

Kveldar og helger var absolutt dei mest nytta vitjingstidspunkta.

Heile 1/3 av dei spurde var positive til å prøve pølse- og hamburgerbrød med større andel sam-malt mjøl enn det som finst i dag.

Pommes frites, hot dog og hamburgerar var tydeleg dei mest populære varene. 36% av dei spurde oppgav å vere maksimalt nøgde med vareutvalet, medan 6-7% hadde motforestillingar til enkelte varer eller sakna varer på menyen. Sistnemnde ville ikkje kjøpe pommes frites. Nokon "svartelista" og hamburgerar, fisk, pizza og feit mat generelt.

Materialet var ikkje stort nok for samanlikningar m.o.t. alder, kjønn, sosial situasjon, bosted-kommune osv. Arbeidet har likevel gjeve opplysningar om gatekjøkkenet si tyding for ei vesentleg kunde gruppe. Samtalane med dei tilsette tyda på at dei fleste kundane var i alderen 15-25 år og at eit sunnare vareutval har leverett forutsett god planleggjing av vareinnkjøp, personalopplæring og marknadsføring.

Resultata antyder at gatekjøkkenmat kan utgjere ein stor del av kosthaldet for kvar 5. av dei spurde elevane. Undersøkingar av kva gatekjøkkenmaten tyder for kvar enkelt kosthald/ernærings-status kunne vere på sin plass.

Gatekjøkkenmaten kan få høgare ernæringsmessig "status" ved enkle endringar (t.d. i følge Statens ernæringsråds brosjyre "Mat i gatekjøkken").

Utfordringane ventar på tiltak frå bransjen og offentlege lokale etatar i tillegg til det som vert gjort frå sentralt hald.



Within the range of the edible things illustrated, man made his choice, presumably in accordance with appearance, smell, taste and texture.

es utpost

burde og skulle ha forstått at istedenfor å så hat, ville det ha vært bedre å arbeide for fred og forsoning mellom mennesker. Hun burde ha fortalt sitt vertskap at et fredelig samliv mellom mennesker forutsetter at alle parter anerkjenner hverandres rett til å leve. Jeg tror nemlig at hvis man opphører med blind terror hvor uskyldige mennesker blir drept, da vil en tid komme hvor også jøder og arabere vil leve i fred med hverandre- som

det er nu mellom nordmenn-dansker -svensker eller tysker og fransk-menn- og denne tiden kunne vi nå fortære uten slike hatefulle artikler.

ATT • debatt • DEBATT • debatt • DEBATT



Karstein Tvedts bok "Nederlag".

PLO tar avstand fra blind terror mot sivile uansett religion, men bekjemper staten Israel. Israel har idag full militær og politisk kontroll over hele det land om før 1948 var Palestina og som da var befolket av 70% ikkejøder som eide 92% av jorda. To millioner palestinere lever idag under israelsk okkupasjon og 2,5 mill er flyktninger. Det er derfor grunn til å betegne palestinernes kamp mot staten Israel som en frigjøringskrig, istedet for terrorisme. PLO's mål er en fri demokratisk stat med samme rettigheter for jøder, kristne og muslimer. PLO er palestinernes organ anerkjent av FN.

Til punkt 3: De fleste palestinerne i leiren jeg jobbet, kom fra byen Safouri nord i Palestina (nå Galilea). Byen ble bombet i 1948 og befolkninga jaget ut over grensa til Libanon av israelske soldater. Byen er nå utslettet og jorda overtatt av Israel. Flyktningene fikk ingen erstatning og får ikke vende hjem. Det var ingen frivillig forflytning. Mange flyktet og i angst etter massakre som i Deir Yassin 9. april 1948 da Bəgin ledet drap på

254 menn, kvinner og barn. Også i dag forsøker Israel å fordrive palestinerne fra de okkuperte områder gjennom sin jernhåndspolitik. Jeg besøkte i vinter Israel og Vestbredden og fikk se noe av problemene palestinerne har under Israels okkupasjon her: Vannet i Jordandalen var amøbeinfisert, bare jøder hadde rett til å borre etter rent vann. Jorda ble konfiskert. Folk ble fengslet uten dom i 6 måneder og mange utvises for sympati med PLO, fagforeningsarbeid o.l.. Det offentlige helsevesen for palestinere var elendig. Bevilgninger til palestinske landsbyer var ca. 1/7 av bevilgningene til jødiske. Bildet var svært nedslående. Jeg tviler ikke på at jødene ønsker fred hvis de kan få hele Palestina, men der er vel hverken rettferdig eller realistisk løsning. Lidelsene som europeerne i århundrer har påført jødene er tragisk, men kan ikke rettferdiggjøre de lidelser og overgrep palestinerne idag idag utsettes for.

REDAKSJONELL KOMMENTAR:

Observatører fra alle sider må kunne enes om at konflikten mellom jøder og palestinere ligger som et smertelig ulcus i vår samtidshistorie. Utposten makter ikke å gjennomføre en uttømmende eller rettferdig analyse denne konflikten i sine spalter. Når vi bringer artikler som denne fra Christiane K. og lignende fra andre konfliktområder, er det for å formidle hvordan kolleger opplever å skulle utføre medisinsk arbeid under vanskelige og uvanlige forhold. Vi har meninger om helsepolitikk, men i forhold til internasjonale og nasjonale politiske konflikter ønsker vi å opptre som observatører og ikke som aktører. (Ola L.)

Intervju med Rasmus Aarflot, leder for Norske Kommuners Helse- og Sosialutvalg

□ Ola Lilleholt □

For ca. ett år sia hadde Utposten et intervju med helsedirektor Mork om Helsedirektoratet og dets erfaringer etter ett år med den nye kommunehelselova. Etter dette ønsket vi også å lage et lignende intervju med en ansvarlig person i Norske Kommuners Sentralforbund (NKS). Vi har registrert at NKS er blitt omorganisert i løpet av det siste året slik at den tidligere avdelinga for helse og sosialsaker ikke lenger eksisterer. I denne situasjonen fant vi det mest interessant å kontakte lederen for NKS' helse- og sosialutvalg, Rasmus Aarflot, ordfører i Volda. Kanskje kunne han ha tanker om NKS' rolle framover.



En dag tidlig i mai ble Utpostens utsendte mottatt på ordførerkontoret i Volda. Det som følger er noe av det som ble berørt i en spennende og nesten timelang samtale og som kom til å berøre mange sider av kommunenes helse- og sosialtjeneste. Rasmus Aa. kunne trekke fram erfaringer fra mange plan: helt personlige oppfatninger og opplevelser som privatperson, som ordfører og altså også som helsepolitiker på det nasjonale plan.

- Hvilken rolle skal NKS spille i forhold til helse- og sosialtjenesta i kommunene? Skal forbundet kun være et organ for forhandlinger uten å engasjere seg i faglige spørsmål slik helsedirektøren ga uttrykk for i

intervju med Utposten sist år?

- NKS ønsker å komme i forkant av utviklinga, det gjelder også i faglige saker. Forbundet har drevet adskillig sjølstendig faglig rådgivning i sosialsaker. Budsjetttrammene har ikke gitt anledning til å bygge ut tilsvarende helsefaglig kompetanse, men vi ønsker styrke denne også. Samtidig er det klart at NKS ikke ønsker å bli noe mini-helsedirektorat. NKS er opptatt av å integrere arbeidet i helse- og sosialsektoren. I forbindelse med at forslaget til ny Sosiallov er ute på høring, har forbundet gått inn for at Kommunehelselova bli innarbeidet i en felles helse- og sosiallov. Personlig er jeg opptatt av kommunehelse-tjenesta til nå er kommet til kort på mange områder. Innsatsen i det forebyggende arbeidet må økes. Her er det gevinster å hente særlig i forhold til livsstil- og belastnings-sykdommene. Jeg har et inntrykk av at 15% av befolkninga bruker 85% av ressursene i helse-tjenesta. Jeg tror at vi ikke treffer disse individene på rette tid og sted med våre tilbud. Å rette opp dette er ikke bare et legeanliggende: kanskje kan vi nå lenger med andre personell-kategorier.

- Den nye kommunehelselova har åpnet mulighetene for store interkommunale forskjeller når det gjelder prioritering og bruk av ressursene. Fylkeslegen har i kraft av sin nye funksjon myndighet til å gripe inn dersom en

kommune disponerer midlene særlig uklokt. Hvor store interkommunale forskjeller vil NKS tolerere?

- NKS har ingen myndighet til å gripe inn overfor primærkommunene i slike saker, og det er heller ikke særlig aktuelt for forbundet å gjøre det.

- Har kommunene oppnådd en reell styrking av sjølstyre i helse- og sosialtjenesta under det nye systemet med rammebevilgninger, eller er rammene så trange at det ikke er manøvreringsrom?

- Ja, jeg mener at kommunene har oppnådd øket sjølstyre, men det er to begrensninger: knapphet på midler og problemer med å gire om fra gamle til nye ordninger.

- Hva synes du om det vi har sett av privatisering og tilbud som konkurrerer med kommunehelse-tjenesta?

- Jeg mener at det skal være plass for begge deler. Personlig er jeg tilhenger av at kommunelegene skal være på fast lønn, og da særlig for å styrke det forebyggende arbeidet. Jeg synes det er nedslående å se at en del kommuner forlater fastlønnsordninger og går tilbake til stykkprissystemer i den kommunale legetjenesta.

- Kommer ikke NKS i konflikt med seg sjøl når det skal handle til beste for primær- og fylkeskommunene samtidig?

- Som oftest ikke, men vi kan se at det vil oppstå en del problemer i forbindelse med overdragelse av sjukeheimene. I sam-svar med forslag i Ot.prop. 48 ("Om endringer i lover vedrørende inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene") og NOU 1986:4 ("Om samordning i helse- og sosialtjenesten") vil en del av disse sakene måtte avgjøres av Helsedirektoratet.

- Utposten takker for intervjuet.

NKS' organisasjon

Norske Kommuners Sentralforbund er interesseorganisasjon for landets 454 kommuner og 18 fylkeskommuner. Grunnorganisasjonen i NKS er fylkeskretsen. Fylkeskretsens årsmøte består av valgte representanter for hver enkelt kommune og fylkeskommune og velger styre og andre organer i fylkeskretsen. Fylkeskretsen tar opp saker av felles interesse for kommunene og fylkeskommunene, fremmer saker overfor forbundets sentrale organer og får sentrale saker til behandling. Sentralforbundet har kontor i hvert fylke og virksomheten der ledes av en fylkeskretssekretær.

Styringsystemet

Landstinget er øverste organet i NKS og består av 255 valgte representanter fra fylkeskretsene. Landstinget samles to ganger i løpet av en valgperiode. Styret er det øverste organ mellom landstingene og leder forbundets virksomhet. Arbeidsutvalget har den mer løpende politiske ledelse av NKS' virksomhet. Styrets leder er tilknyttet Sentralforbundet på heltid. NKS har 6 rådgivende utvalg, se fig. 1.

Sekretariatet

har tilsammen 190 medarbeidere i Kommunenes Hus i Oslo og i den enkelte fylkeskrets. Sekretariatets arbeid ledes av administrerende direktør. Sekretariatet er forøvrig inndelt i fire avdelinger, se fig. 2.

Kommunal Landspensjonskasse er en datterbedrift av NKS som både dekker forsikringsbehov og er en viktig finansieringsinstitusjon for kommunene. NKS er sekretariat for Det kommunale opplærings- og utviklingsfond som finansieres gjennom bidrag fra arbeidstakere og arbeidsgivere i kommunene.

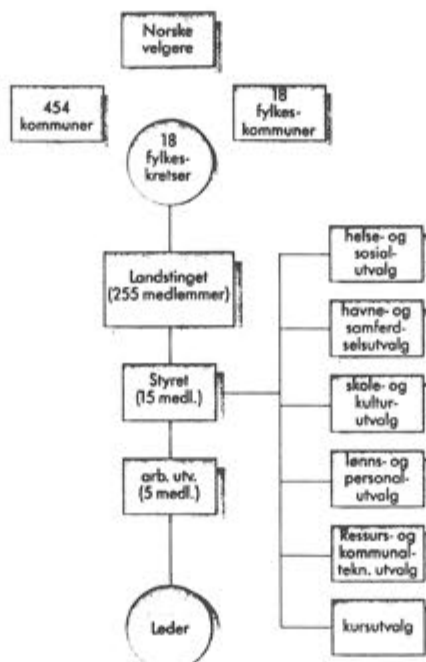


Fig. 1: NKS' organisasjon

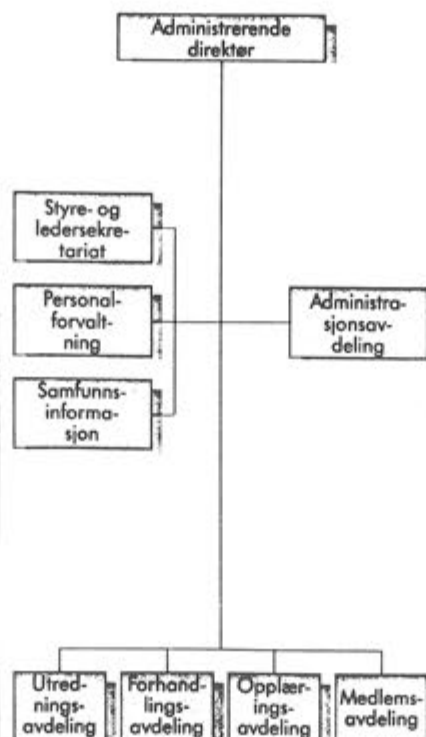


Fig. 2: NKS' sekretariat

Almenpraktikerstipendier 1. halvår 1987

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdannelse av leger utlyser instituttene for almenmedisin i Oslo og Bergen og instituttene for samfunnsmedisin i Tromsø og Trondheim stipendier for almenpraktiserende leger som ønsker å drive forskning og/eller medvirke til undervisningsopplegg. Utlysningen gjelder for 1. halvår 1987 og omfatter i alt 18 stipendiemåneder. Stipendiene er ment som lønn og tilsvarer lønnstrinn 22 i Statens regulativ. Det kan søkes for tidsrom fra 1 til 6 måneder. Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene og det anbefales at søkerne tar kontakt med det respektive institutt for nærmere bistand i utformingen av aktuelle prosjekter. Hvis ikke kvoten fylles av søkere som arbeider som leger i den primære helse-tjeneste, kan også andre leger og annet helsepersonell med interesse for og/eller tilknytning til den primære helsetjeneste komme i betraktning. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha klar tilknytning til problemer innen den primære helsetjeneste.

Almenmedisinsk forskningsutvalg treffer avgjørelse om tildeling av stipendmidlene etter innstilling fra instituttene.

Søknader stiles til de aktuelle institutter innen 1. september 1986.

Folkehelseutdanning/ kurs i samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø

Ved Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin, blir det satt igang et nytt studium i folkehelseutdanning fra 1987. Studiet, som er ett-årig, gir kompetanse tilsvarende den engelske/amerikanske Master of Public Health. Det planlegges å knytte gradsbelegning til utdanningen.

Eksamen fra 1. semester godkjennes som den obligatoriske teoridelen i spesialiteten samfunnsmedisin.

Utdanningen er spesielt rettet mot ledende stillinger i kommunal, fylkeskommunal og statlig helsetjeneste. For ansatte i institusjoner vil det bli lagt inn et spesielt undervisnings-tilbud med vekt på ledelse, administrasjon og evaluering av faglig virksomhet i institusjoner.

Studiet vil omfatte følgende emner:

Epidemiologi og statistikk, inkl. bruk av EDB i helsetjenesten, forebyggende medisin, miljø-medisin, yrkesmedisin, sosial-medisin, beslutningsteori og evaluering i klinisk virksomhet, helse- og sosialpolitikk, helse-økonomi på makro- og mikroplan, organisasjon og ledelse, administrasjon, saksbehandling og personalforvaltning.

Studiet, som har fått økonomisk støtte fra Den norske lægeforening, er primært beregnet for leger. Også andre yrkesgrupper med helsefaglig utdanning og/eller praksis fra helsevesenet vil kunne søke folkehelseutdanningen.

Det forutsettes teoretiske forkunnskaper tilsvarende embets-eksamen av lavere grad (cand-mag. - nivå).

Leger som bare mangler teoridelen for å kunne oppnå spesialitetsgodkjenning, ansatte i stillinger hvor det er nødvendig/sterkt ønskelig med spesialitet i samfunnsmedisin og søkere fra Nord-Norge vil få fortrinnsrett. Opp-taksreglementet er ikke endelig fastsatt.

Undervisningen tar til i januar 1987 med 1/2-årskurset i samfunnsmedisin. Dette kurset er forbeholdt leger.

Utllysning vil finne sted i mai/juni, og beskjed om opptak vil bli gitt i september.

Ett-årig folkehelseutdanning tar til høsten 1987.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin v/prosjektplanlegger Harry Eliassen, tlf. (083) 86560, linje 126.

annonse

Under forutsetning av Universitetsstyrets godkjenning vil Fag-området medisin ved Institutt for samfunnsmedisin i vårsemesteret 1987 gi

Kurs i samfunnsmedisin

Kurset tilfredsstiller krav til teoridelen for godkjenning av spesialitet i samfunnsmedisin. Undervisningen tar til medio januar og avsluttes med eksamen i slutten av mai.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin v/Harry Eliassen, tlf. 083-86560, linje 1126.

Søknad om opptak, som stiles og sendes til Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin, Postboks 417, 9001 Tromsø, må være innsendt innen 1. september 1986. (NB: Søknadsfristen er forlenget til 15. august)

WONCA-kongressen i London

Den 11. WONCA-kongressen er over. De siste gjallende fanfarer har klinget hen over deltagerne som famler etter sine mapper og langsomt trekker ut av Barbican Hall.

Det har vært et pompøst, etter våre forhold gigantisk og etter engelske forhold velsmurt arrangement i det flotte Barbican Centre øst for London sentrum, ca. en halv times reise fra Hyde Park.



11th Conference of
the World Organisation
of National Colleges,
Academies and
Academic Associations
of General Practitioners/
Family Physicians

Her Majesty the Queen



Bildet gir ikke på noen måte rettferdighet til den pompøse åpningen av kongressen.

-Noe for legeforeningen?

**Øystein Pedersen og
Frode Heian**

■ Det hele startet med en høytidelig åpning i Barbican Hall med innledende kammermusikk, fulgt av innmarsj av WONCA's presidentskap (jeg hadde nær sagt presteskap) og Standing Committee Chairmen i sorte silkekapper, hver og en ønsket oss velkommen. Deretter et meget veldressert musikkorps som med høy presisjon fremførte feiende musikk mens de marsjerte i forskjellige formasjoner på scenen. Etter denne åpningen var det ingen som skulle tro at dette var noe uvesentlig arrangement.

Vi hopper over den hyggelige og utover kvelden stadig mer uhyttelige mottagelsen i de øvre gemakker og går over til det faglige innholdet.

Temaet for konferansen var så generelt som "Towards 2000", og en vesentlig del dreide seg om "Health education" og "Patient

participation". Forøvrig var det innslag om geriatrisk medisin, "mother and child health", ultralyd, konsultasjonen og mye, mye mer. Med de 52 frie foredragene og ca. 300 posters foruten plenumsforedragene, er det klart at det måtte bli et variert program der det var vanskelig å velge ut.

Det var av og til et lotteri å velge ut fra programmet og mange av foredragene svarte på langt nær til forventningene. Det virket som mange av foredragsholderne streben etter å holde et høyt nivå gjorde deres innslag litt uinteressante og kjedelige. Såvidt jeg opplevde var det bare en gang en foreleser fikk salen til å le (Dag Bruusgaard). Men i rettferdighetens navn: det var mye bra. Engelske og Canadiske deltagere har vi mye å lære av. I den anledning må det også være tillatt å si at de kan lære mye av oss. De nordiske deltagerne og ikke minst de norske, sto for en ganske stor del av de gode innslagene på konferansen.

Posters var her som tidligere en god og praktisk presentasjonsmåte fordi man relativt raskt kan skaffe seg en oversikt over det som er interessant for en selv, og så få diskutere fritt med den som presenterer stoffet. Dette er en praktfull måte å bli kjent med kolleger fra andre verdshjørner på (de var få). Fra diskusjon om det aktuelle tema dreier samtalen ofte over på andre og ikke mindre interessante emner der du får vite litt om forskjeller i kultur og tradisjoner. Det er spennende og lærerikt å få vite litt om hvordan de organiserer helse-tjenesten og hvilke begrunnelser som ligger bak rutiner og behandlingsmetoder i U-land, øst-blokkland og andre som står vår

hverdag fjernt. Bare dette burde være nok til å rettferdiggjøre turen hit.

Er dette en verdenskongress?

Bare ca. 40 av verdens 160 land var representert på kongressen. Bemerkeelsesverdig var det nesten totale fravær av almenpraktikere fra Øst-Europa, Syd-Amerika og det meste av Asia og Afrika. De få U-landsdeltagerne vi traff hadde nok sin oppdragelse i nokså vestlig ånd og svært mange av dem hadde studert i England.

Enda mer overraskende var den spinkle representasjonen fra kontinentet. Fra nære land som Vest-Tyskland, Sveits, Østerrike, Italia, Spania og Hellas var det ingen almenpraktikere.

Bortimot halvparten av deltakerne kom fra "samvelde-landene". Fra USA kom det til arrangørenes skuffelse bare ca. 100, det var forventet det mangedobbelte (men visstnok var det over 100 avmeldinger, vesentlig pga. terroristfrykt).

En fjerdedel kom fra nordiske land, hvorav over 100 fra Norge.

Her er noen smakebiter på hvordan noen av deltakerne oppfattet konferansen:

DR. OMATAYO DAIRI, NIGERIA:

Jeg er en av de få deltakerne fra Afrika. Jeg tror det bare er deltakere fra tidligere engelske kolonier, og mange av dem har fått sin utdanning i England.

Å være almenpraktiker i Nigeria vil si å være sykehuslege, med ansvar for å ta unna køen utenfor døra hver morgen.

Pasientantallet varierer veldig, ofte er det 50-80 daglig, og ofte mange familiemedlemmer samtidig.

En slik kongress som dette gir nyttige impulser til å gå løs på de problemer vi har, og det er interessant å se hvordan andre har løst sine.

Jeg synes likevel at kongressen domineres mye av nordisk og britisk akademisk almenmedisin, der situasjonen er veldig annerledes enn hos oss.

DR. ABID MEMON, PAKISTAN

For min del betyr deltakelse på kongressen en sosial opplevelse med internasjonale kolleger.

Faglig er det informativt, men ikke nyttig for min praksis. Jeg har ca. 150 pasienter hver dag, i løpet av 6 timer. Da blir det fra 1 til 5 min. pr. pasient.

Pasientene må betale det legen bestemmer, der er ingen trygde-refusjoneller noe statlig tilskudd i Pakistan: Vi har heller ikke egne apotek, og må selv dele ut de medisinene vi vil behandle pasientene med. Dette blir svært travelt, slitsomt, og gir lite rom til faglig aktivitet, forskning og ettertanke om det å være primærlege.

Mange ideer og forslag fra f. eks. engelske og nordiske almenpraktikere er sikkert bra, men helt uaktuelle og utopiske i min medisinske virkelighet.

PROF. FW SCHWARTZ, V-TYSKLAND

Det er en stor skuffelse for meg at det ikke er noen almenpraktikere fra mitt land på denne kongressen. Den kunne gitt viktige impulser til tysk almenmedisin, men nå er det bare jeg og min kollega fra Institutt for epidemiologi og sosialmedisin i Hannover som er her.

Vi ser her en almenpraksisforskning og et almenpraksisengasjement som vi tror er lite utviklet i Tyskland. Almenpraksis som fag står svært svakt. Undervisningen preges av tradisjonell organsystem-tenkning, og vi har ingen egne institutter for almenmedisin. Der er også lite forskning i tysk almenmedisin.

Språket kan nok ha en viss betydning for fremmøtet, tyskere trives nok bedre på den tysktalende Klagenufer-kongressen enn på en engelsktalende London-kongress.

EVA KOSTA og CELAN LUCU BRANKA, JUGOSLAVIA

Det er ikke noe rart at det ikke er flere fra Jugoslavia



Nordmenn ved sin post

- Jens Eskerud
- Ole Bjørn Herland, og
- Gunnar Tellnes, her i samtale med Dr. Stuart Carn, tidligere president i Wonca. (det gjelder å trekke til seg de rette folkene)

her, vi er rett og slett ikke blitt informert om kongressen! Det samme er trolig tilfelle for andre Øst-Europeiske land. Vi for vår del har fått vite om den tilfeldig gjennom vestlige forbindelser og vi betaler reisen selv.

Det er synd, for vi ser at det er mye å lære av vestlig måte å drive almenpraksis på. Selv om mye er forskjellig jobber vi stort sett med de samme problemstillingene og vi har fått

mange nyttige impulser å ta med hjem.

Hos oss er det ikke noe forskningsmiljø blant almenpraktikerne, det bevilges lite penger til slikt det vi vet.

Samlet sett var kongressen spennende på svært mange måter. Dessuten er London som kongressby ganske velegnet, som dere vil vite.

Faglig sett hadde vi (og mange andre vi snakket med) -ventet oss mer. I så henseende har i hvert fall de to siste nordiske almenmedisinkongressene vært adskillig mer utbytterike.

Neste år avholdes den nordiske kongressen i Reykjavik. Med de positive erfaringene fra de to foregående i Tammerfors og Lund vil vi si: meld dere på.

Vi tror dessuten kongressen på Island kommer til å bli noe helt spesielt!

Beitostølen Helsesportsenter

En viktig institusjon for almenpraktikerens pasienter

Ola Nordviste
Jan Erik Ødegård

Ola N. og Jan Erik Ø. er kommuneleger i Nord-Aurdal og Ål. Begge har nylig vært tilknyttet Beitostølen Helsesportsenter som assistentleger.

■ Beitostølen Helsesportsenter har for kort tid siden feiret 15 års jubileum. Grunnlaget for institusjonen ble lagt ved innsamling av vel 8 mill. kroner under Røde fjær-aksjonen i 1966. Med Erling Stordahl som primus motor utviklet stedet seg til å bli et senter for inspirasjon og fysisk utfoldelse for mennesker med funksjonshemninger av ulik art. Stedet er etterhvert også blitt en spesialisert avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering.

Helsesportsenteret er et vakkert beliggende byggningskompleks som ligger i 830 meters høyde i Øystre Slidre like ved grensen til Jotunheimen. Anlegget består blant annet av gymnastikksal, svømmebasseng, ridehall og idrettsbane med internasjonale mål. I tillegg represen-

terer det naturlige miljøet med stier, skiløyper og innsjøer et imponerende anlegg og en inspirasjonskilde i seg selv.

Målsetting og aktiviteter

I dette miljøet er målsettingen for arbeidet å bedre funksjonen i organsystemer som er svekket av sykdom eller skade. Men like ofte ser man det som en målsetting å legge mindre vekt på det konkrete handikap og heller prøve å bedre den generelle fysiske yteevne gjennom trening av muskelstyrke, utholdenhet, bevegelighet, teknikk, koordinasjon og motivasjon for fysisk trening. Disse funksjonene er ofte svekket som følge av inaktivitet etter etablert handikap.

De konkrete aktiviteter man har organisert på stedet er gymnastikk på tre ulike nivåer, svømming i 32 graders vann, ridning, hundekjøring, bueskyting, sykling på singel- eller tandemsykkel, turgåing, roing, padling, apparat-trening, rullestolkjøring på asfaltert løype i terrenget, skiløping i løyper og alpinbakke, samt pigging i pulk og kjelke på snø og is. I tillegg driver hjertepasientene ergometersykling

etter individuell og meget nøyaktig plan under samtidig og kontinuerlig EKG-registrering. Hjertegruppa følges alltid av erfaren fysioterapeut som medbringer walkie-talkie under trening utenfor institusjonsområdet.

Bemannning

Bemanningen og organiseringen er ulik de fleste helseinstitusjoner med en medisinsk sektor, en idrettssektor og en miljøsektor. På den medisinske sektor arbeider tre leger. Pleieoppgavene ivaretas av fire sykepleiere og der er ingen hjelpepleiere eller pleimedhjelpere. Idet hele pleiepersonalet altså består av fire sykepleiere med kun en på vakt til enhver tid er det svært begrenset hva institusjonen kan ta imot av pasienter med større pleiebehov. Man har liten mulighet til tett oppfølging av pasientene i bosituasjonen, og av denne grunn bør barn under 12 år ha med seg ledsager. I praksis er dette en av foreldrene, en støttekontakt eller en lærer barnet er fortrolig med. Det er ansatt fem fysioterapeuter og en sosionom.

I idrettssektoren arbeider fem instruktører og miljøsektoren beskjeftiger fire personer. Idretts-

instruktørene og fysioterapeutene har ansvaret for de daglige fysiske aktivitetene mens miljøavdelingen tar seg av aktiviteter av mer sosial og hobbypreget natur.

Innleggelse

Pasientene tas inn etter vanlig legesøknad. Beitostølen Helseport-senter har status som sykehus og det er ikke nødvendig med forhåndsgaranti fra trygdekontoet. Pasientene kommer fra alle landets fylker unntatt de tre nordligste som har sitt eget helsesportsenter i Valnesfjord utenfor Bodø.

Pasienter som søkes inn har oftest langvarige funksjons-hemminger som ofte gjør deres sosiale, psykiske og somatiske sykehistorie komplisert. Vi så stadig at de pasienter som dro fra institusjonen med den største gevinst var de der den innleggende lege hadde omtalt pasientens situasjon så bredt, vi hadde nær sagt så almenmedisinsk, som mulig og videre konkret presisert målsettingen for oppholdet.

Vurdering av søknaden og bestemmelse om inntak skjer en gang ukentlig i diskusjon mellom lederne for de forskjellige sektorer. Helsesportsenteret har den siste tiden opplevd en økning av søknadsmengden og ventetiden fra avgjørelse om inntak til innleggelse er nå ca. seks uker. Inntak/avslag gis på grunnlag av en vurdering av sannsynlig funksjonsbedring ved opptrening. Vanlig rekreasjon eller avlastning vil derfor ikke være tilstrekkelige indikasjoner for innleggelse. Et unntak er imidlertid jula da pasienter kan tas imot på mer sosialt grunnlag.

Det kan være nyttig å nevne at ingen hjertepasienter mottas før de har sluttet å røyke.

Selve oppholdet

Når pasienter ankommer institusjonen gjennomgår de en vanlig legeundersøkelse, som oftest etter en indremedisinske og/eller nevrologisk journalmodell. Likeledes gjør fysioterapeuten sine undersøkelser og vurderinger. Hjertepasienter testes med overvåket arbeidsbelastning på ergometersykkel. Det blir deretter konstruert et individuelt tilpasset treningsprogram for pasientene med 3-5 timers aktivitet daglig. Et vanlig opphold strekker seg over fire uker. Dette er nylig redusert til tre uker for hjertepasientene for å øke kapasiteten ved senteret. Flere ganger under oppholdet diskuterer de som er

ansvarlige for den enkelte pasient hvordan opplegget fungerer og gjør eventuelle justeringer.

I tillegg til denne type standardopphold arrangeres det flere ganger årlig kortere kurs og trening av en spesiell ferdighet, f.eks. svømming, ridning eller skigåing.

Ved utskrivningen gjennomgår pasienten de samme undersøkelser og vurderinger som ved innkomst for at både pasient, institusjon og henvisende fagpersonell skal få så konkret kunnskap som mulig om effekten av oppholdet.

De enkelte pasientgrupper

Det drives et utstrakt og kontinuerlig evalueringsarbeid ved institusjonen og som et lite ledd i dette har vi sett nærmere på klientellet i 1983. Fordelingen av de hyppigst forekommende diagnoser er vist i tabell 1.

I 1983 var primærhelsetjenesten den største samarbeidspartner. 37% av pasientene var innlagt av distriktslege eller privatpraktiserende lege. Nest største samarbeidspartner var indremedisinske avdelinger med 7,3 % av innleggelserne. Deretter kom fysikalsmedisinske avdelinger med 5,6 %.

I forbindelse med utskrivning fra avdelingen ble det hos 47 % av alle pasienter sendt epikrise til primærlege.

Primærhelsetjenesten er altså

den absolutt dominerende samarbeidspartner for institusjonen. Dette gjelder også for spesielle pasientgrupper som de med polio, multipl sklerose, cerebral parese, amputasjoner og Bechterews sykdom.

Ved fylkesvis sortering av pasientene fremkom enkelte store skjevheter. I 1983 la institusjonens eget fylke, Oppland, inn 1,03 pasienter pr. 1000 innbyggere. Det gjennomsnittlige tall var 0,24 innleggelser pr. 1000 innbyggere. Flere fylker utmerket seg med lav søkning, særlig Sør-Vestlandet og Møre/Trøndelag med 0,07 til 0,17 innleggelser pr. 1000 innbyggere. Vi har også sett på dette forholdet i 1984 og finner at tendensen i hovedsak er den samme.

Vi vil peke på at almenpraktikerne i 1983 lå lavt på listen når det gjaldt søknad om innleggelser for pasienter med angina pectoris, coxartroser, epilepsi og anstrengelsesutløst asthma.

Savnet Beitostølen Helseport-senter noen pasienter fra din praksis i 1983?

Oversikten over 1983 klientellet slo fast at primærhelsetjenesten er institusjonens hovedsamarbeidspartner og dette ble raskt gjort til gjenstand for diskusjoner om hvordan kontakten til og fra Beitostølen kunne bli bedre. Her arbeides det med flere tiltak.

Denne artikkelen er ett av disse

DIAGNOSE	ANTALL INN- LEGGELSER	PROSENT
Cerebral parese	100	11.3
Infarctus cordis vetus	77	8.7
Amblyopia/amaurose	74	8.3
Hemiparese/apoplexi	68	7.7
Epilepsi	57	6.4
Poliosekveler	46	5.2
Div. amputasjoner	28	3.2
Progressiv neurologisk sykdom	27	3.0
Psykisk utv.hemming/Down syndrom	26	2.9
Asthma	26	2.9
Multipl sklerose	25	2.8
Mb. Bechterew	20	2.3
Meningomyelocoele/spina bifida	19	2.1
Ryggradsproblemer	15	1.7
Hjerneknusning/contusio cerebri	14	1.6
Angina pectoris	13	1.5
Rheumatoid arthritt o.l.	12	1.4
Neurose NUD	11	1.2
Fedme	10	1.1
Ryggmargsskade	10	1.1
Andre	210	23.6
I alt	888	100.0




FARMITALIA
CARLO ERBA
 Portofino 53, 1371 Asolo, Tel. (071) 790760

TETRALYSAL®

(lymecyclin)

Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

ATC nr.: J01A A04

KAPSLER 150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneh.: Lyme-cyclin, aeqv. tetracyclin, 150 mg, resp. 300 mg.

Egenskaper: Klassifisering: Bredspektret antibiotikum. Virkningsmekanisme: Bakteriostatisk effekt ved hemming av mikroorganismenes proteinsyntese. Absorpsjon: Absorberes raskt. Terapeutiske serumkonsentrasjoner > 1,0 ug/ml oppnås innen 1 time og er maksimale (2–3 ug/ml) innen 2–3 timer. Dobbel dose gir 80 % økning av serumkonsentrasjonen. Proteinbinding: Ca. 45 %. Halveringstid: Ca. 10–12 timer. Metabolisme/Utskillelse: Metaboliseres i liten grad. Ca. 60 % av peroral dose utskilles i aktiv form via urinen. (Ved normal dosering ca. 300 ug/ml.) Ved dobling av dosen oppnås 60 % økning av utskillelsen. Overgang i placenta: Passerer placenta. Overgang i morsmelk: Går over i morsmelk i så små mengder at barnets døgndose blir noen få mg. Den teoretiske mulighet for påvirkning av barnet er hittil ikke bekreftet med noe observert tilfelle.

Indikasjoner: Infeksjoner forårsaket av tetracyclinfølsomme aerobe og anaerobe Gram-positive og Gram-negative mikrober, chlamydier, mycoplasmer, spirochæter, ricettsier og actinomycetes.

Kontraindikasjoner: Tetracyclinfølsomhet. Nedsatt nyre- og leverfunksjon. Pyelonefritt ved mistanke om nedsatt nyrefunksjon. Graviditet.

Bivirkninger: Kan gi gastrointestinalt besvær. Overvekt av resistente mikroorganismer kan forekomme og gi glossitt, stomatitt, proktitt og vaginit. Allergiske reaksjoner og fotosensibilisering kan forekomme.

Forsiktighetsregler: Kan pga. sin affinitet til voksende benvev, tenner og tannanlegg gi irreversible forandringer i emalje og tannsubstans, og reversible forandringer av benvev. Effekten er størst i siste halvdel av svangerskapet og hos barn under 12 år, hvor preparatet bare må brukes unntaksvis og på klare indikasjoner. For øvrig frarådes bruk av tetracycliner i hele svangerskapet.

Interaksjoner: To- og treverdige metallioner som jern, magnesium og kalsium danner tungt løselige forbindelser med tetracycliner og gir nedsatt absorpsjon. Tas derfor 1 time før eller 2–3 timer etter preparater med slike innholdsstoffer. Gjelder også måltid (spesielt melkeprodukter). Evt. jernmedikasjon bør om mulig seponeres under kortere tetracyclinkurer (1–2 uker). Diuretika, metoksyfluran, probenecid. (I:10e, 23e)

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

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

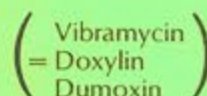
Vi slår også fast!

1. Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. (2).
2. Behandling blir også rimelig for pasienten med Tetralysal x 2:
 - a) For pasient + partner v/chlamydia-infeksjoner 7 – 10 dager (1).
pr. person kr. 63,45 $\left(\frac{30 \text{ pkn}}{2}\right)$
til kr. 93,60 (20 pkn) pr. person.
 - b) Bronkitt 10 dager: kr. 93,60 (20 pkn) (3)
 - c) Salpingitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (5)
 - d) Sinusitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (4)

Doseringsintervall:

Lymecyclin – doxycyclin

(=Tetralysal)


 Vibramycin
 (= Doxylin
 Dumoxin)

Lymecyclin/doxycyclin – farmakokinetikk:

	C max (mg/l)	t max (h)	t 1/2 (h)	AUC (mgh/l)
I	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

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

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

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

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.