

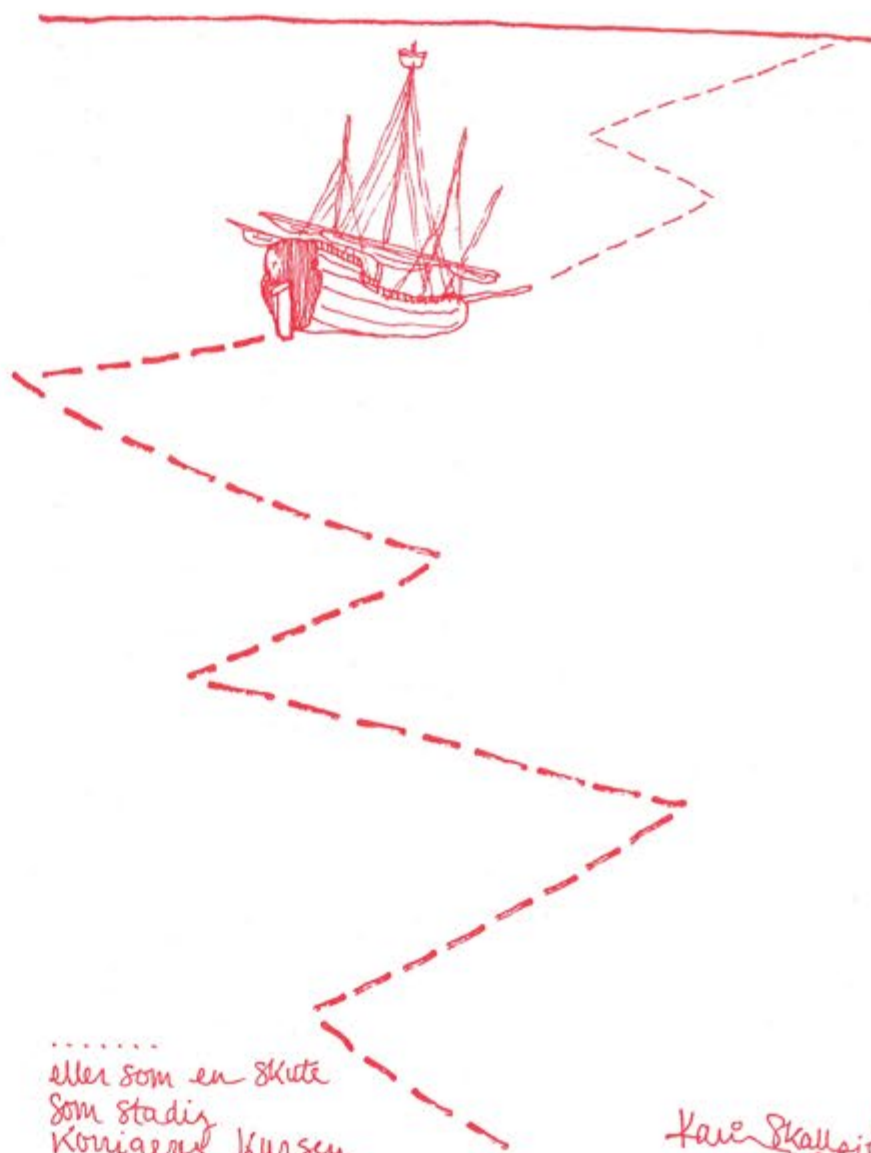
# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7

1988

ÅRGANG 17



.....  
eller som en skute  
som stadig  
konigert kursen

Kare Skallejo  
88/0

# Vägen som gör mödan värd...

Omsorg er: å sørge for, – å bry seg om. Det er både en rett og en plikt vi har som mennesker og som medmennesker. Å kjenne at noen bryr seg om oss og å få lov til å være noe for andre, hører til våre dypeste behov og vår mest intense opplevelse av det å være til, – å være menneske. Derfor er det synd at begrepet er blitt så sterkt monopolisert av helseprofesjonene.

“Det er ikke ett menneske som forstår hvorfor de gamle ikke kan trilles ut i sola på grunn av sykepleiermangel”, uttalte en fylkespolitiker for litt siden. Ho har så menn et poeng her– og det gjelder langt ut over den aktuelle profesjonsstriden innen den profesjonaliserte eldreomsorgen.

Helsevesenet er en tungt manøvrerbar skute, – på godt og på vondt. På godt: fordi det ikke er gitt at enhver mote-vind innen medisin og media bør resultere i raske kursendringer. På ondt: fordi det utvilsomt er enkeltmennesker som lider overlast på grunn av feilnavigeringer.

## Berit Olsen og Mette Brekke

Dette nummer av **Utposten** tar for seg en del mulige kurskorrigeringer innafor det profesjonelle omsorgsarbeidet. Det er heller ikke tilfeldig at fylkeslegens rolle innenfor vårt totale helsevesen står på dagsordenen. For det er først og fremst på omsorgssida svakhetene i vårt helsevesen avdekkes. Det er de aller svakeste i systemet – de uten pressgrupper og med svakest media-apell, som først merker det når solidariteten sprekker i takt med budsjettene. Fylkeslegen – som representant for det statlige tilsynet – er og skal være, de svake gruppers talsmann og påse at disse gruppene ikke blir skjevfordelt når ressursene fordeles i kommuner og fylkeskommuner. I denne rollen blir fylkeslegen systemets “svarte samvittighet”. Så lenge som de svakeste i blant oss ikke har fått dekket de mest fundamentale behov vil fylkeslegen ofte måtte fortone seg som en

upopulær mare for de ansvarlige politikere og helseadministratorer. Samtidig skal fylkeslegen gi politikere og administratorer råd i helsespørsmål, og føre tilsyn med den helsetjeneste disse to forvaltningsnivåene har ansvar for. For å kunne gi råd som blir tatt til følge, må fylkeslegen nyte tillit i systemet. Det er ikke til å unngå at disse to rollene skaper konflikter.

Men i denne situasjonen er alt helsepersonell i større eller mindre grad. Vi skal alle være systemets svarte samvittighet, og vi har alle plikt til å bidra med vårt når det gjelder å holde helse-skuta på riktig kurs. – Og underveis må vi aldri tillate oss å glemme hvem som er passasjerer og hvem som er mannskap.

Og kanskje må vi akseptere at skuta - ved en nærsynt betraktning - ikke alltid holder like stø kurs; så lenge vi holder oss innafor leia, skipperen vet hvor vi skal, og mannskapet er arbeidsvillige og lojale.

God seilas !

### UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025

Eli Berg  
Vepsveien 74  
2250 ROVERUD

Mette Brekke  
2640 VINSTRA

Marit Hafting  
Nyresbaret 19  
5700 VOSS

Kirsti Malterud  
Institutt for allmennmedisin  
Ulriksdal 8c  
5009 BERGEN  
K: 05 298119  
P: 05 233955

Berit Olsen  
Fylkeslegekontoret  
Damsveien 1  
9800 VADSØ  
K: 085 51761  
P: 085 51443

Janecke Thesen  
5890 LÆRDAL  
K: 056 66100  
P: 056 69333

Abonnement: kr 120,- pr. år. Sats på Desktop Publishing: AS Kontorassistanse, Norsmøla.  
Layout/design: Ulset form & profil, Tingvoll. Trykk: Rema/Voss Offset

ISSN – nr.0800-5680



# LEMENVANDRING

**Berit Olsen**

I hundretusener begir de seg på vei mot Ishavet, kaster seg i vannet, svømmer en stund, drukner. Alle sier: Dette er vanvidd. Vi må stanse, fordele oss, finne andre løsninger. Det kan ikke fortsette slik.

Og lederne sier: Vi gjør alt for å føre flokken i en annen retning. Vi vil jo ikke løpe rett i døden, vi må finne en løsning gjennom forhandlinger. Bare i øyeblikket blir vi nødt til å løpe videre i samme retning, det finnes ingen annen mulighet.

Og de andre sier: Når lederne som jo har overveid dette nøyte, vurderer det slik, må vi rette oss etter dem. De finner nok en løsning.

Og så løper alle sammen videre på sin vei mot Ishavet. Underveis er det riktignok store diskusjoner. Alternativer blir drøftet, noen kommer også med forslag om å snu. Men ingen hører på dem. De snur ikke selv heller, de løper med. Alle er i mot at det blir gjort som alle gjør. Men når alt kommer til alt kan en jo ikke bare snu en slik kjempeflokk. Det kom til å bli en katastrofe, de forreste ville bli trampet ned av de som kom etter.

Først må vi finne andre muligheter, sier lederne. Dette problemet studerer vi nøyte. Og flokken løper videre mot Ishavet.

(Peter Noll i "Den tilmålte tid")

Noen ganger - og på stadig flere felter - får jeg denne urolige følelsen av hesblesende deltagelse i et løp i feil retning. Et eksempel fra helsearenaen:

I sommer bragte dagsavisene en historie om en kvinne som måtte stå på venteliste i eget fylke i langsomlig tid for å få satt inn en hofteprotese, mens hun raskt kunne få dette utført i nabofylket. Hjemfylket nektet imidlertid å betale gjestepasientdøgn i nabofylket for henne. - Slik må det være, ettersom fylkespolitikernes eneste mulighet for å få trange budsjetter til å gå sammen, er å forlenge ventetiden for alle innleggelser som ikke er akutte.

En skulle tro at det i data- alderen ville være forholdsvis enkelt til enhver tid å holde seg orientert om de "luker" som alltid vil oppstå i store organisatoriske systemer, og utnytte disse til å forkorte lidelsene for medmennesker som venter i helsekøene. Men det forutsetter en fri pasientstrøm over fylkes- og kommunegrensene. Og det synes ikke lett å få til med dagens økonomiske ordninger.

Regionaliseringa av helsevesenet har vært nødvendig for å få til en rimelig geografisk fordeling av penger og personell. Men samtidig har den medført et moderne hjemstavnsbånd som befolkningen nødvendigvis må føle urettferdig, - for den alminnelige borger er det jo stort sett nokså tilfeldig hvor fylkesgrensa går.

Men når den organiseringa vi idag har av helsevesenet gir seg slike utslag som at ventetiden for samme inngrep er dobbelt så lang i ett fylke som i ett annet, så er dette konsekvenser av et system som har til hensikt å gi lokalpolitikere muligheter til lokale tilpasninger. Det er ikke tilfeldig eller utilsiktede virkninger av systemet, - det er den grunnleggende idé bak desentraliseringa. Vi kan ikke både hevde lokal tilpasning og kreve

tilbudslikhet i de ulike fylker. De to målsettingene er ikke samtidig logisk forenlige.

Når så input (dårlig hofte), prosess (behandling og pleie) og output (smertelindring og bedret funksjon) er lik over hele landet, og vår rettferdighetssans tilsier at ventetiden også skal være noenlunde lik - uavhengig av hvor hun bor som har den smertefulle hofta - ; ja, da synes det meg som det er få muligheter for lokale tilpasninger av noen som helst art.

Og da blir det også vanskelig å se hvori det demokratiske ligger. Heller ikke lokalpolitikere får midlene til å strekke til, og blir lett skyteskiver for den forventningskrise som skapes i konfrontasjonen mellom sentrale nasjonale målsettinger om likhet, og tilstramninger i den offentlige økonomi. Det er ingen behagelig oppgave å sitte med ansvar for at slekt, venner og kjente ikke får det nødvendige helsetilbud. Intet under da, at lokalpolitikken rekrutterer dårlig. (I det hele tatt kan det synes som et generelt problem på alle nivåer i vårt samfunn at det å ha ansvar, - og muligheten til å forvalte dette ansvaret på en skikkelig måte ved å ha mulighet for å endre rammebetingelsene, - er adskilte.)

Det er viktig å understreke at eksemplet fra sommerens avisoppslag ikke er enestående. Vi kunne uten videre anstrengelser finne en rekke liknende eksempler på ulikheter både innenfor kommunehelsetjenesten og i den helsetjenesten fylkeskommunen har drifts- og planleggingsansvar for. Den statlige tilsynsmyndighet er i den selsomme situasjon at den nærmest ikke rår over virkemiddel for å sikre pasientenes rettigheter

innen norsk helsevesen. Fylkeslegen opplever f. eks på sine tilsynsbesøk rundt omkring på helsevesenets institusjoner at det er atskillig lettere via pålegg fra arbeidstilsynet å bedre personalets arbeidssituasjon, enn det er å få gjennomført tiltak for å bedre situasjonen for pasientene.

Her svikter også ofte det representative demokrati, idet også politikerne først og fremst blir presset av sterke fagforeninger. Pasientene er alltid den svakeste part: de kommer enkeltvis inn i systemet, svake, engstelige og uten tilstrekkelig rettsvern.

Helsevesenet er en stor og tung organisasjon i vårt samfunnsliv. Tilpasning til lavere økonomisk vekst må nødvendigvis ta tid og by på mange problemer. Ingen har lovet at det skal være lett heller. Vi er ikke tjent med kortsiktige og lettvinde løsninger. Vi er heller ikke tjent med løsninger som baserer seg på kartet og ikke på terrenget. De negative utslag som systemet gir – og som påpekes av presse og publikum, gjør vi imidlertid klokt i å analysere grundig og ta konsekvenser av.

Lukter det ikke av hav allerede ?

# Slagpasienter og primærmedisin

## May Ruud

Legestasjonen, 2310 Stange.



May Ruud har vært kommunelege II i Stange fra 1977. I denne perioden har hun forsøkt det meste av hva primærhelsetjenesten kan by på: Vanlig praksis, tilsynslege ved alders- og sykehjem i 12 år, kortere perioder med arbeid ved helsestasjon og skolehelsetjenesten m.m. De siste 2 årene har hun sammen med kommunelege I i Vang, Kåre Steinum, arbeidet med et prosjekt om slagpasienter. For tida sitter hun på Institutt for almenmedisin i Oslo og skriver om slagpasientenes skjebne.

Lov om helsetjenesten i kommunene pålegger oss å ha ansvar for attføring og rehabilitering. Til nå har denne delen av primærmedisinen vært preget av tilfeldigheter og mangel på struktur. Kan vi gjøre dette bedre?

Slagpasienter er den overlegent største pasientgruppen med et ervervet funksjonstap. De belegger 20 % av sengene i medisinske avdelinger og 20–25 % av sykehjemssengene. Dette er sannsynligvis grunnen til at forskning, registrering og utprøving av behandling for slagpasienter har vært konsentrert til institusjonene. Men her i landet blir en stor gruppe slagpasienter ikke innlagt i sykehus, og flertallet av pasientene er utenfor sykehus i store deler av rehabiliteringsperioden. Hva gjør vi for dem? Gruppen har lav status, både innenfor og utenfor sykehusmurene. "Populariteten" kan også avleses i den lave beleggprosent i rehabiliteringsavdelinger: bare 7 %. Sykdommens spontanhelbredelse er vår største trøst, og 80 % av funksjonsbedring kommer i løpet av første halvår. Men innen den tid er gått kan vi gjøre feil



# orientering helsestjenesten



Spreke, gamle slagpasienter!

som er avgjørende for både funksjon og livsverdi videre. Nettopp det å øke livsverdien er målet, ikke spesielt å senke mortaliteten.

## DIAGNOSTIKK.

Rett diagnose er grunnlaget for rett behandling, og er viktig på fire plan:

1. Er det en cerebral vaskulær katastrofe vi har for oss? Aktuelle differensialdiagnoser er både metabolske, maligne lidelser, cardiale, annen nevrologisk lidelse eller traume. F. eks. kan eldre mennesker med subduralhematom ha anamnesi for traumat.

2. Er det blødning eller infarkt? Subarachnoidalblødningen har sitt spesielle sykdomsbilde og etiologi. Intracerebrale blødninger har ofte et dramatisk, alvorlig akutt forløp, de utgjør under 20 % av apoplexiene. Disse pasientene vil oftest bli innlagt i sykehusavdeling. De cerebrale infarkt, den største gruppen, får primærlegene mest føling med og ansvar for, ofte også i akutt fase.

3. Er årsaken til infarkt trombose eller emboli? Mulige embolikilder er tromber i ekstracerebrale kar (carotis, perifere kar), cardiale årsaker som intramurale tromber etter infarkt eller ved v. ventrikkelhypertrofi, ved klaffefeil eller atrieflimmer. Dehydrering kan være medvirkende. Vi husker som regel å se etter hypertensjon, men spesielt hos eldre kan hypotensjon være like

utslagsgivende, obs. medikamentbetinget hypotensjon.

4. Dessverre er vi dårligere på den siste delen av diagnostikken: hvilke funksjonstap har pasienten? Rett diagnose er også her en forutsetning for rett behandling. Hemiparese er for såvidt greit. Sensibilitetsutfall og leddsans kan være avgjørende for om pasienten kan klare å stå og gå. Udiagnostisert mangel på svelgrefleks kan være årsak til at så mange slagpasienter får en kompliserende pneumoni. Enda verre blir det når vi kommer til de nevropsykologiske utfall, med ord vi ikke er fortrolige med betydningen av: neglect (halvsidig uoppmerksomhet), apraxi (manglende evne til å viljestyre handling) og agnosi (manglende evne til å gjenkjenne og tolke sanseintrykk), - den skjulte funksjonssvikt. Hvis vi mangler denne delen av vår diagnostisering kan vi med urette oppfatte pasientene som sløve, senile, ikke treningsmotiverte eller vi har urealistisk stor tro på treningspotensialet. Våre vurderinger formidler vi videre til pasient, pårørende og pleiepersonale, noe som i seg selv kan være avgjørende for pasientens framtidige livskvalitet. Synsutfall må vi ikke glemme hos alle som kan kooperere: det viser seg å ha god prognostisk verdi mhp. framtidig funksjon, og vi er selvsagt forpliktet til å se etter det hos alle potensielle bilførere.

Nei, det var enklere før. Slagpasienter med skader i v. hemisfære fikk høyresidige pareser med eller uten afasi, og de som hadde skader i h. hemisfære fikk venstresidige pareser. Og det var det. At de også hadde problemer med å orientere seg i rommet, tidsopfatningen forsvant, de klarte ikke å bruke dagligdagse redskaper og gikk stadig inn i venstre dørkarm, - det la vi mindre vekt på.

## BEHANDLING.

Subarachnoidalblødning, stenoser i ekstracerebrale kar og subduralhematom kan være tilgjengelige for kirurgi og bør vurderes på spesialavdeling. Ved blødninger i cerebellum kan rask kirurgisk intervensjon være avgjørende.

Hjerteinfarkt med sikre embolikilder bør antikoaguleres. Langtidsbehandling med platehemmere (salisyl) er mer omdiskutert, enkelte mener det er bra langtidseffekt, med færre nye cerebrale infarkt. Nye platehemmere er under utprøving.

BT er ofte forhøyet i initialfasen. Ved cerebrale infarkt skal dette ikke behandles, det sikrer den cerebrale gjennomblødning. Hypertensiv encephalopati er sjelden, og vil i regelen ha stasepapille.

En viktig del av behandlingen er å følge opp risikofaktorer: det stumme

hjerterinfarkt hos gamle, - den hovne, vonde paretiske ekstremitet som sannsynligvis er en trombose, ikke et inaktivitets-ødem.

Blodsukkernivå bør være optimalt, ischemisk hjernevev synes å kunne skades ytterligere ved forhøyet blodsukker.

De psykiske forandringene, spesielt depresjonen, er den organisk eller situasjonsbetinget? Et realistisk/optimistisk behandlingsmiljø ser ut til å ha færre deprimerte pasienter. Vi må huske at vi har for oss pasient og familie i en livskrise, de har stort behov for støtte, kontakt og gjentatt informasjon. God innsats på dette felt har betydning for hvordan pasient og familie opplever krisen, og kan være avgjørende for om en familie orker omsorgsfunksjon. Dessverre viser endel undersøkelser at slagpasienten bevarer et dårlig selvbilde, også etter at de har trent opp igjen sin motoriske funksjon. Den psykiske funksjonsbedring kommer altså ikke av seg selv, enda er det den vi legger minst vekt på. Antidepressiva kan være nødvendig, men kan også lage problemer. De hindrer pasienten å gjennomleve sin krise, kan gi uønskede bivirkninger og være en sovepute for behandlerne. Merkelig at vi har konsentrert oss så lite om sjel og så mye om muskler - det er jo de som spontanbedres?

## REHABILITERING

Pasienter fra "slagpesten" kommer raskere ut og oftere til sitt eget hjem enn slagpasienter innlagt i vanlig medisinsk avdeling. Undersøkelser en tid etter utskrivning viser ikke så stor forskjell i funksjonsnivå, men den raskere rehabilitering synes å ha hindret sykehjemsplass for en del pasienter. "Slagpostene" skiller seg ut ved rask igangsetting av adekvat funksjonstrening, og stor vekt legges på samarbeid med familien. Godt utdannet personale er viktig for å øke pasientens egeninnsats, feil pleie og trening kan også gi plagsomme feilstillinger og spasmer.

Rehabilitering er en utpreget teamoppgave, hvor pleiepersonale/treningspersonale og medisinske behandlere har hver sine oppgaver. Men de må ha felles ideologi og

behandlingsmål. Når en pasient overflyttes fra et "nivå" til et annet, bør det følge med en beretning som ikke bare omhandler pasientens nåværende situasjon, men også de strategier og behandlingsmål en har arbeidet med. Det er tankevekkende at en del pasienter som utskrives fra rehabiliteringsavdelinger ser ut til å tape en del av sine ferdigheter etter hjemkomst, særlig gjelder det å spise selv og å kle på seg. Det er nærliggende å tenke seg at dette skyldes forskjellige behandlingsmål.

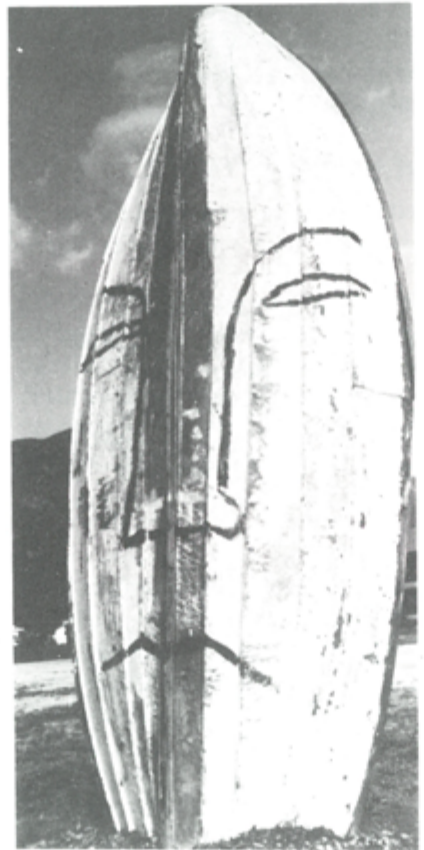
## HVA KAN VI TILBY SLAGPASIENTEN I PRIMÆRHELSE-TJENESTEN?

Mange pasienter behandles allerede i primærhelsetjenesten, enten under hele eller deler av sin sykehistorie (i eget hjem eller i aldersinstitusjon). Men det er mye mangler ved den tjenesten de får:

I utgangspunktet blir for mange pasienter liggende i lang tid på akuttavdeling i sykehus i påvente av plass på sykehjem. Det er i seg selv ødeleggende, spesielt for de eldste. Samarbeidet mellom de forskjellige personellgrupper som skal delta i rehabilitering i kommunen halter, vi har for få kontaktpunkter. Hvis vi ikke har god nok kontakt til å legge opp til en felles behandlingsstrategi, gir vi pasient og familie forvirrende forskjellige signaler. Både hos leger, sykepleiere og fysioterapeuter mangler det oppdatert kunnskap om slag, både om sykdom og behandling.

Men det er så mange positive ting å bygge på:

Vi kan bygge opp et behandlingsnett omkring pasienten nær hjemmet, med et miljø han kjenner og ofte behandlere han kjenner fra tidligere. Vi kan gi bedre kontinuitet i behandlingen. Er pasienten kjent for oss, vet vi også mer om hva vi har å bygge på av ressurser hos ham og familien. Hjemmesykepleien har nå i mange kommuner fått tilskudd med ergoterapeuter og fysioterapeuter. Skoleloven pålegger kommunen å skaffe logoped der det trenges. Endel sykehjem driver aktiv rehabilitering i





korttidsplasser. Det er økt interesse for opplæring innen personellgruppene.

Grunnlag for god behandling av slagpasientene skulle derfor være tilstede, hvis vi målbevisst arbeider mot en struktur som kan utnytte ressursene. En kan tenke seg flere modeller for fruktbart samarbeid:

– Rehabiliteringsavdeling på sykehjemmet, med samarbeid mellom personale i sykehjem og hjemmesykepleie.

– Dagsenter med treningsmuligheter, evt. i tilslutning til et sykehjem. Dette avlaster familie og gir muligheter for å bruke det sosiale miljø til trening.

– Uformelle "samarbeidsgrupper" omkring den enkelte pasient, med pasientens primærlege, pleiepersonale fra hjemmesykepleie, ergo- og fysioterapeuter. Å legge opp en felles behandlingsstrategi og evaluere denne skulle være overkommelig i en praksis fordi det dreier seg om få pasienter (3-5 pr. år pr. lege).

– I våre naboland har en også god erfaring med faste "kriseteam" som rykker ut til pasienten i hjemmet, bestående av personale fra sykehjem eller hjemmetjeneste. De vurderer pasientens behov for akutthjelp, pleie og trening og følger opp pasienten. Behandlingen kan likevel overlates til pasientens tidligere faste kontakter, f. eks. primærlegen.

## MEN – BØR IKKE PASIENTENE INNOM SYKEHUS?

Det er det ikke godt å gi noe entydig svar på. I England behandles en stor del utenfor sykehus, i Sverige innlegges de fleste. Prognosen mhp. mortalitet og funksjonssvikt ser ikke ut til å være så forskjellig. Fornuften tilsier at vi ikke handler likt når vi står overfor en 90-åring på sykehjemmet som har hatt mange tidligere slag, og når vi står overfor en yngre person hvor vi er usikker på diagnosen. Der hvor korrekt diagnose har konsekvens for behandlingen, burde pasientene inn i sykehus, med

tilgang til CT. Problemet er at vi ofte ikke vet om det har konsekvens før vi har sett CT! Hvor pasienten er mobil, kan en også bruke CT ambulans. Hvor gode er vi til å stille rett diagnose ved bare klinisk us? Hvis vi skal sammenlikne oss med svenskene, og det pleier vi jo, så kan en trent lege stille rett diagnose i ca. 80 % av tilfellene, med best treffsikkerhet hos de legen føler seg sikker på har et cerebralt infarkt. Men også blant disse har 3-4 % av pasientene hemorrhagi, vist ved CT kontroll. Derfor: skal pasienten antikoaguleres, er det ikke nok med vårt gode skjønn.

Å bruke sykehusplasser til akutt opphold og gi flest mulig pasienter CT-us, ville være en bedre utnyttelse av sykehusressurser. Det forutsetter at vi kan ta imot pasientene i primærhelsetjenesten for rehabilitering. Noen pasienter vil ha behov for rehabilitering i spesiell rehabiliteringsinstitusjon, men det er ikke mange. En utfordring til primærhelsetjenesten!

## LITTERATUR

1. Opjordsmoen, S. Aursnes I: Cerebral stroke in hospitals in Oslo. J. Oslo City Hosp. 1980: 30, 145-50.
2. Sandset PM, Ostensjø R, Dahl T, Abilgaard U: Acute stroke treated in a cerebrovascular unit. J. Oslo City Hosp. 1986: 36, 123-31.
3. Feigenson JS, Gitlow HS, Greenberg SD: The disability-oriented stroke unit. Stroke 1979: 10, 5-8.
4. Garraway et al.: Management of acute stroke in the Elderly. J. Br. Med. 1980: 280, 1039-43.
5. Hjärnblödning och hjärninfarkt (stroke) - diagnostik och behandling. Consensusuttalande. SPRI 1986.
6. Philip A, Wolf MD: Risk factors for Stroke. Stroke 1985: 16, 359-60.
7. Arbin M et al.: Accuracy of Bedside Diagnosis in Stroke. Stroke 1981: 3, 288-93.
8. Sandercook P, Molyneux A, Warlow C: Value of Computed tomography in patients with stroke. Oxford community Stroke Project. J. Br. Med. 1985: 290, 193-97.

## På sykehjemmet

### Oscar Bang

Du sitter i din lenestol og leser alt i byens blad, ble vekket føre enn hanen gal med morgenvask og sengebud. Så får du mat på litet fat, og tar en tur sånn helt privat. Du får en liten nabopratt med flokken rundt det store bord i hjemmets brede korridor. Det er de sløves tomme ord. Så kommer posten sent om senn. En sjelden gang besøk av venn. Men ellers søker du en fred, i seng i stol du slår deg ned, og dette er det siste sted hvor du kan håpe du får fred. Og hver en dag er like lang.

Du minnes det som var engang; Han syslet med så mange ting, hun stoppet – sydde mange sting. De kokte seg sin egen mat, på egne fat, og var det kaldt de bar litt ved så varmen holdt. De levde sammen begge to i eget hjem, i fred og ro. Og hvis den ene var falt fra, så ble det dog en virksom dag, en dag som egen rytme fant og med en liten blund iblandt. De siste år du litt av hvert problemer får med syn og hørsel, hjerte, nyre og ting du ikke selv kan styre, men med litt søsterhjelp det går og du blir hjemme mange år.

Så ble du storsyk, hjelpeløs og så gikk velferdsstaten løs. Du flyttes til et sykehjem så flott, så stort, så trygt og sunt, men ingen frihet deg forundt til hjerte slår sitt siste slag. Det blir for deg en frihetsdag.

### Til en forsamling leger:

Jeg dør nok før de fleste her. En tanke ligger ganske nær; Møt meg engang om 20 år, vis hvilke levekår du får som glemte omsorg – alderdom før livets forfall kom.



# TERMINAL PLEIE I UTKANTSTRØK - SÆROMSORG eller i

**Beate Søholt Lupton**

kommunelege i Båtsfjord, spes. i samfunnsmed.

Vår tids Hospicebevegelse hadde sitt utspring i St. Christoffers Hospice i London som ble startet i 1967. Dette er en frittstående ideell stiftelse med en relativt stor sengeavdeling og med sin egen hjemlige service. Senere har andre modeller sett dagens lys, mer eller mindre integrert i det offentlige helsevesen. Felles for dem alle er at de i utpreget grad fungerer som en særomsorg, tildels ved institusjoner som i Norge må karakteriseres som 3. linjetjeneste. I vårt land ville dette altså representere en svært sentralisert særomsorg med høyt faglig nivå. De fleste av de hospice som er omtalt i faglitteraturen ligger i områder som er tett befolket. St. Christoffer i London har et nedslagsfelt på 2,3 mill. mennesker innen en radius av 9-12 km fra sykehuset.

I Nord-Norge er befolkningstettheten stort sett så lav og geografien så vanskelig at vi må se oss om etter andre løsninger. I Finnmark bor det 70 tusen mennesker og det er mellom 500 og 600 km mellom våre to lokalsykehus i Hammerfest og Kirkenes. Ingen særomsorg fungerer under slike forhold. Dette gjelder enda mere når særomsorgen skal ha en viss kontinuitet og tilgjengelighet. Reisende team har vi lang og smertelig erfaring med på andre felter. Et team spesialisert på omsorg for døende er dømt til å mislykkes. Kontinuiteten kan ikke opprettholdes selv med en ganske stor stab. Lokalkunnskapen vil bli altfor dårlig.

I sentrale bystrøk i Norge er det også nå opprettet smerteklinikker noen steder. For at disse skal fungere er man helt avhengig av en viss befolkningstetthet. En rullende smertebuss som står fast i Tana når vi trenger den i Båtsfjord, er verre enn de fleste lokale opplegg.

Hva skal vi gjøre i vår situasjon? I Finnmark og deler av Troms og Nordland er vi så heldige at vi har sykestuer i en rekke kommuner. Det bør være en høyt prioritert oppgave å gi plass for døende pasienter på sykestuene når det er behov for dette. Sykestuene må altså være vår sengeavdeling i omsorgen for terminalt syke. Selvsagt skal vi kunne bruke sykehus og spesialinstitusjonene når vi trenger hjelp, men pasientene skal ikke fjernes fra lokalsamfunnet lenger enn det som er påkrevet ut fra en ren medisinsk begrunnelse.

Ryggraden i vår service må imidlertid være hjemmesykepleien og allmennlegetjenesten. I de små utkantkommunene er forholdene relativt oversiktlige. Forholdet til hjemmesykepleien er ofte greit, helsetjenestens omfang er ofte ikke større enn at man kjenner de fleste helsemedarbeiderne relativt godt. I våre små utkantkommuner ligger derfor forholdene godt tilrette for et nært samarbeid om disse pasientene. Disse pasienter er dessuten så få at det gjelder en eller to terminalpasienter av gangen i små



# Integrert omsorg?

• kommuner med 2–3000 innbyggere. Dette kan høres idyllisk ut. Klarer man så å løse oppgavene i vår lokale desentraliserte helsetjeneste? Det er atskillige skjær i sjøen:

– For det første er det nærmest permanent bemanningskrise i en rekke av de aktuelle distrikter og stor turnover av både leger og sykepleiere. Pasienter med kroniske lidelser vil alltid være utsatte i en slik situasjon. Terminalt syke og døende pasienter har spesielt behov for den trygghet det ligger i kontinuitet blant de ansatte i det lokale helsevesen. Stadige utskiftninger og ubesatte stillinger gjør også sitt til at oversikten over pasientgruppen blir dårligere.

• – Det neste spørsmål man må stille seg er om dette helsepersonellet er tilstrekkelig faglig kvalifisert. Særomsorgen har den klare fordel at det er lettere å sikre det faglige nivå. Den trening man får i å omgås døende og deres pårørende i et hospice eller annen spesiell tilrettelagt tjeneste kan man vanskelig oppnå i et lite distrikt hvor omsorgen for terminalt syke er en blant mange oppgaver. Når det gjelder rent teknisk kunnskap om smertestillende palliativ behandling skorter det nok også en del på kunnskapen rundt omkring. Dette er det imidlertid mulig å gjøre noe med. Den oppslutning kurs om omsorg for døende har fått, viser at helsepersonell er interessert i å for-

bedre kunnskapene på dette området.

– Det tredje problemet vi må hanske med i denne omsorgen er den spredte bosetningen og de vanskelige geografiske og klimatiske forholdene. Selv med kontinuitet i stillingene og gode kunnskaper lar det seg ikke gjøre å plassere en hjemmesykepleier i hver vik eller i hvert lille øysamfunn. Da må man bruke utradisjonelle løsninger. Vi må se oss om etter ressurspersoner i nærmiljøet. De finnes oftere enn vi tror. Folk er vant til å hjelpe til og ta vare på hverandre i mye større grad enn det vi finner i større byer. Nabo og familie kan engasjeres som pleiemedhjelpere i nært samarbeid med hjemmesykepleien. I slike situasjoner er det spesielt viktig at den lokale sykestue står til disposisjon både ved akutt oppståtte problemer og for avlastning.

– Det siste problemet jeg vil omtale her er generell ressursmangel og nedprioritering av pleiemessige oppgaver i kommunene. Her er det store forskjeller kommunene imellom. Hvis det skal være mulig å drive en kontinuerlig forpliktende tjeneste både i hjemmesykepleien og med skikkelig innsats fra allmennlegene krever dette et visst antall stillinger og større ressurser enn ellers. Belastningen på tjenestene kan ofte blir for stor hvis den åpne omsorg er for dårlig utbygget. Det er derfor viktig at kommunene ser sitt ansvar i planlegging og budsjettering

slik at både allmennlegetjeneste og hjemmesykepleien føler seg i stand til å mestre oppgavene. Det er begrenset hvor lenge man kan være "Petter Smart" og ordne utradisjonelle løsninger og strekke seg langt utover sitt egentlige ansvarsområde og arbeidstid.

Selv om det er vanskeligheter både med geografi, kunnskap, kontinuitet og ressurser, har jeg ingen tro på at noen annen del av vårt helsevesen klarer denne oppgaven bedre enn nettopp vi i primærhelsetjenesten. I vår landsdel er personalmangel og kontinuitet heller ikke ukjent i annen – og i tredjelinjetjenesten. I det fylket jeg kommer fra er også annenlinjetjenesten periodevis i ferd med å bryte sammen. Det er altså ingen andre som vil gjøre jobben. Vi har de beste forutsetninger for vi er på plassen. Dette fordrer skikkelig planlegging av omsorgen. Ved å utnytte de ressurser vi har på en planmessig måte er denne oppgaven for de fleste distrikter overkommelig.

## MEDISINSK BEHANDLING, HVILKE MULIGHETER HAR VI?

Hva har vi så å tilby av palliativ behandling og oppfølging i lokalmiljøet?

Hjemmesykepleien står for en jevn oppfølging og koordinering av tiltak rundt pasienten og familien. De har nær kontakt med sosialkontoret via



hjelpeordningene og de bør også ha distriktets ekspertise i tekniske hjelpemidler. I tillegg er de uunnværlig i daglig medisiner og pleie.

Sykestua er ideell både for korte opphold i forbindelse med oppstart av nye smertestillende medikamenter, korte cytostaticakurer og avlastning for familien. Hvis pasienten ikke lenger kan pleies hjemme er sykestua vårt lille lokalsykehus som står til rådighet. Pårørende får da ofte ikke så lang vei og pasienter kan også komme hjem på kortere permisjoner, hvis tilstanden tillater dette. Vi har hatt god erfaring med fast innleggelse f. eks. en uke pr. mnd. på sykestua. Pasientene trenger da bare ofte å komme inn for korte terminale opphold. Dette oppleves som oftest positivt for pasienten. Sykestua blir slik ikke bare en "endeholdeplass". Og når den blir det, er man kjent med avdelingen og helsepersonellet. Det er lett å ordne fleksible forhold for pårørende. Pårørende vil også være godt kjent med de fleste både medpasienter og ansatte. I vår kommune oppleves sykestua i slike situasjoner som nær og trygg. Lokalsykehuset er 25 mil borte og er høyst uegnet som tilbud til terminale syke, i allefall hvis kontakt med familie er ønskelig. Lokalsykehusene er også mer presset for senger enn sykestuene. Vi har i allefall ikke samme mål om rask utskrivning som sykehusene har. Det er meget viktig at man kan føle seg trygg på at en seng finnes hvis den trenges, og at man ikke står i fare for å bli satt på dør når sykehuset finner det nødvendig.

Som kommunelege har man en rekke jern i ilden og er stadig på farten med forskjellige gjøremål. Det er generalistens dilemma, men også det som gjør jobben spennende. I denne situasjonen kan imidlertid kontakten med kronisk syke pasienter lett blir lidende. Sykebesøk utsettes da de ofte føles vanskelige og antas å bli langvarige. Samtidig er de ikke hyperakutte. På sykestua kan man også føle at man kommer til kort og man kommer i skade for å avfeie disse pasientene. Legene føler av og

til at de har lite å tilby, samtidig som samtaler som "går det bra her i dag da?" føles temmelig malplassert og en velger istedet å passere raskt forbi sengen uten særlige kommentarer.

Tross problemene, har vi en struktur som kan nyttes. Vi må derfor sørge for å fylle den med skikkelige rutiner og faste behandlingsopplegg. Dette vil raskt medføre holdningsendringer. Faste behandlingsopplegg er også ypperlig egnet til å opprettholde standarden ved stor turnover, vikartjeneste og turnuskandidater. Vi vil da også oppdage at det er en berikelse å jobbe med disse pasientene. Det gir en god følelse når man har klart å snekre sammen et opplegg rundt en pasient som virker.

Den sterkt pleietrengende terminalt syke pasient vil i små kommuner på 2-3000 innbyggere ikke være et kontinuerlig problem. Et par/tre ganger i året vil det imidlertid kreve mye av oss over en periode. Dette er både en styrke og en svakhet, hvis problemet oppstår sjelden, kunnskapene ikke holdes ved like eller man ikke setter seg skikkelig inn i problemstillingen i utgangspunktet. For oss som ikke er så mange til å dele på omsorgen kan det allikevel føles godt at man ikke alltid omgis av terminalt syke. Det gjør at man ikke blir så lett utbrent. I små oversiktlige samfunn vil mange av pasientene være godt kjent av helsepersonellet, ikke bare som pasienter, men også som nabo, partifeller, venn, etc. I en slik situasjon kan det være en ekstra påkjenning både for lege og sykepleier å være den som står nær ved, følger opp og lytter. I så måte er det en styrke og nødvendighet at vi ikke i alle årets dager og måneder må være åpne og sårbare for våre terminalt syke pasienter, da orker vi ikke mere neste gang det gjelder.

Som kommuneleger har vi oftest godt utgangspunkt til nær oppfølging av pasienter gjennom sykdomsforløpet. Ofte har kommunelegen henvist til utredning, pasienten har fått sin primære behandling på lokale sentralsykehus evt. Radiumhospitalet. De aller fleste pasienter med alvorlig lidelse med døden til





følge, vil i våre utkantkommuner ha fast kontakt med kommunelegen i nærmeste tettsted eller kommunesenter. Om man ikke alltid har en fast lege å forholde seg til vil kommuneleger og turnuskandidater i en liten kommune ha felles journal, flere vil også delta i fellesvisitter både i hjemme-sykepleien og på lokal sykestue. Man er stort sett kjent av hjelpeapparatet gjennom utredningens tidligere faser. Man drukner ikke så lett i den store anonyme masse med pendling mellom diverse allmennleger i Båtsfjord og Berlevåg. Her er det rett og slett vanskelig å falle mellom to eller tre leger som til og med deler samme journal. I denne sammenheng er det også meget viktig at vi har en klar ansvarsfordeling med annenlinjetjenesten. Hos oss i Finnmark må vi vel si at dette fungerer stort sett godt. Man er på Kirkenes Sykehus ikke i tvil om hvem man skal sende epikriser til hvis pasienten har adresse Båtsfjord eller noen som helst annen kommune i Finnmark. Dette er langtifra tilfelle overalt. Hos oss er det i utgangspunktet fastlagt at primærlegetilbudet er å finne på Båtsfjord Helsecenter. Man treffer ikke alltid samme lege, man treffer ikke alltid samme hjemmesykepleier, men vi har alle tilgang til de samme opplysninger. Det gjør koordineringen adskillig enklere.

Hvilke behandlingstilbud kan vi så tilby eller bør vi iallfall med fornyede kunnskaper kunne mestre? Den viktigste palliative behandling må vi som primærleger kunne tilby. Det viktigste i palliativ behandling er at vi skal kunne mestre medikamentell smertebehandling. For at dette skal kunne lykkes må man være oppmerksom på en rekke ting. Smerte er ingen fast fysisk målbar størrelse. Den influeres av et trygt og avslappet forhold mellom lege/sykepleier/pasient. Det er viktig å sette av noe tid til å planlegge behandlingen sammen med pasienten og justere ettersom man vinner erfaring hos den enkelte. Også huske på at det kan ta et par dager å få pasienten smertefri. Både pasient og

behandler må gi seg tid til å oppnå resultater. Det er også svært viktig å diagnostisere smertetype og årsak. Ikke enhver smerte som en cancerpasient har kommer fra hans cancer. Cancer kan også initiere forskjellige typer smerter avhengig av tumors utbredelse. Jevne kroniske smerter krever en annen behandling enn skarpe, flukturerende smerter. Kroniske smerter skal behandles profylaktisk. Pasienten skal ikke forsøke å holde ut i det lengste. Smertestillende må derfor doseres etter skjema, ikke etter behov. Det har vist seg at narkomani er et minimalt problem selv om toleranse utvikles etter hvert.

Hvis pasienten skal kunne pleies hjemme, er det spesielt viktig å bruke analgetica pr. os så lenge som overhode mulig. Dette går ofte bra i lang tid, under forutsetning av at dosen er tilstrekkelig. De som jobber i periferien bør gjøre seg kjent med noen preparater og kunne dem godt. Det kan ofte føles som noe overveldende å skulle forholde seg til alt det som finnes på markedet.

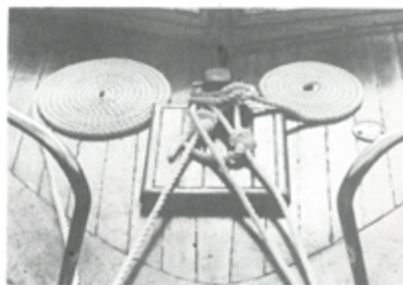
I tillegg til rene analgetica må vi kunne ta oss av behandling med antiflogistica, prednison, antiemtica for ytterligere palliasjon. For pasienten kan dette bli mye å holde styr på. Han/hun skal ha skriftlig informasjon, eller ferdig doserte dosettesker som hjemmesykepleien administrerer. I de fleste kommuner finnes også fysioterapeut som kan ha tilgang på et TNS-apparat. Dette kan være svært nyttig i enkelte situasjoner. Hvis det finnes kunnskaper om akupunktur i distriktet bør man naturligvis også dra nytte av dette.

Avansert nerveblokkade og palliative kirurgiske inngrep ligger utenfor allmennlegens kunnskapsområder og pasienten må henvises til lokalsykehuset eller mer sentral behandlingsinstitusjon hvis dette er nødvendig. Dette gjelder naturligvis også palliativ stråleterapi og oppstart av omfattende cytostaticakurer. Ellers har de fleste sykestuer rimelig bra laboratorieservice og det er mulig å gi cytostaticakurer i sykestuene i samarbeid med sykehuslege. Det er

viktig at pasienten slipper å reise på jevnlige turer til nærmeste sykehus hvis det kan unngås. Fordelen med å få utført inngrep og behandlingsopplegg, må alltid veies opp mot belastningen de lange og strabasiøse reisene utgjør. Været gjør at reiser – særlig om vinteren, er svært besværlige og eldre mennesker har ofte betydelige motforestillinger i utgangspunktet.

I denne situasjonen kan man ofte savne en spesialavdeling i regionen som har samlet ekspertise på de fleste områder som gjelder palliativ behandling. Vi må ofte forholde oss til en rekke forskjellige institusjoner/avdelinger mer eller mindre innstilt på desentralisert behandling. Det burde være en tanke fremover når vi nå få opprettet avdeling for strålebehandling i Tromsø, at man også samler en del ekspertise her på dette området. Man kunne da i distriktene relativt greit få instruksjoner og veiledning der en selv kommer til kort.

Alt i alt tror jeg faktisk at forholdene ligger vel til rette for at vi kan utføre terminalomsorg og pleie i lokalsamfunnet. Det er ikke sikkert at et vellykket opplegg best oppnås ved at man innlegges på regionsykehuset med morfin epidural i en kritisk fase. Andre kvaliteter teller også. De bør vi stille opp med.



## REFLEKSJONER ETTER

# 60 års lege i utkantst

**Oscar Bang**  
tidligere distriktslege, 3630 Rødberg.

Oscar Bang var distriktslege i Verran og Mosvik fra 1924 til 1934, distriktslege i Nore og Uvdal fra 1934 til 1968, konst. distriktslege i Evenes fra 1969 til 1973, fra 1974 har han drevet privatpraksis på Rødberg.

Det å vokse opp i et intelligent Haugianerhjem, – mens gutteinteressene er botanik, zoologi, Darwin og Jean Fabre – tænder en hjerne som er født med et litt spaltet sind. Det er flere enn jeg med samme skjebne. Jeg tror vi trenger dem. De kan være kverulanter, men også bare være kreative.

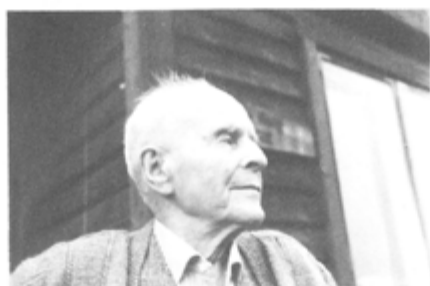
### TUBERKULOSENS NEDKJEMPELSE

I 1924 døde henvend hvert 5te menneske i Norge av tuberkulose og alle krefter ble satt inn for å nedkjempe den. Av frykt for ikke å høre godt nok, mikroskoperte jeg alle ekspektorater i nattetimene og fingrene ble røde og grønne, men jeg fant baciller hos pasienter spesialistene hadde git diagnosen bronkit og fant ingen basiller hos noen som var stemplet tuberkuløse. Riktignok hadde Robert Kock funnet tuberkelbasillen i 1882, men det var først rundt 1930 at det ble almindelig å mikroskopere stort. ( og rtg. fotografere). I motsetning til mine naboer fikk jeg mine pasienter raskt inn på det sprengte sanatorium. Det var nok på grunn av basillefundene. Sygdommen viste seg å være mere akutt enn vi trodde. Den beste måte å oppspore sykdommen på var pirq. på skolebarn (særlig). De hundreder foredrag - all opplysning og

påvirkning. Det gikk langsomt og sikkert å overvinne skepsis og motstand. Så kom katastrofen i Lubeck hvor 60 spedbarn ved en feiltagelse fikk innsprøytet ekte tuberkelbasiller, alle døde. I Krødsherred fikk to søskend meningitt etter koppevaksinasjon og døde. Det holdt på å lamme oss og skaffet oss mye bryderi. Det var litt bittert ikke å få større støtte fra de sentrale myndigheter. Det sinket sykdommens utryddelse.

Da jeg i 1934 hospiserte på Vardåsen sanatorium lå det 90 barn på barnesanatoriet - opptil 13 årsalderen (da begynner jo sykdommen å bli ondartet). På de siste 4 år hadde det bare vært et dødsfall. Barna fikk ikke noen medisiner - vi hadde ikke det dengang. De kuret og fikk alsidig kost. Forældrene trodde det var barnets redning. Alle frimerkesamlere trodde også de støttet en god sak når de skaffet barnehjem for tuberkuløse barn. Min skepsis over at anstaltbehandling hadde verdi, fikk grobund. Jeg tenkte på min ven som sat som distriktslege på Senja og hadde sendt sin lille datter ned til Keyserløggen på R. H. To tjenestepiker på rad hadde smittet barnet (ofte nordlandslegers skjebne). Fra et barnehjem av denne kategori kom en familie hit ned. Barnet tok hele morens dag og engstelse med

# Tjeneste røk



sine kurer etc. Hun ville ikke tro meg da jeg sa det var unødvendig. Uten informasjon sa den gode lungespesialist i Drammen det samme og omsider fikk hun fred i sin sjel.

I dag vet vi at hele denne frimerke-idealisme var humbug. Legene blinde. En gang fikk vi et rundskriv om at vi måtte spørre foreldrene før vi ga skolebarn BCG. I samme rundskriv sto det at det var ufarlig (men det var dog død et barn). Det var å slå benene under hårdt oppnåd arbeide. Den kloke fylkeslege Sverre Kjølstad i telefonen: Jeg ville ikke spørre (da ville jeg gå fri i en rettsak!). Vi pirketerte og vaksinerte hele befolkningen. Vi var flinke - hadde opptil 90 % tilslutning - den høyeste i fylket og distriktet hadde den største eller raskeste tilbakegang. Vi var heldige. På tetstedet Rødberg viste det seg at vi noen år senere hadde en smittebærer som hadde storkontakt med folk i hjemmet og utenfor. En tilflytter og hendes barnebarn satte os på sporet. Men ikke en i den gjennomvaksinerte befolkning ble syke. Som student hadde jeg reagert på at en tuberkuløs ungpige fikk solbad. Vi ble jo så slappe. Senere har jeg lært om badestrandens tuberkulose.

## NOEN ANDRE HELSEPROBLEMER

I dag er ikke folk tannløse, men det ble de fleste for 60 år siden. Kampen for bedre kost, Oslo-frokost, tannrensende kost, hårdt grovbrød kunne godt fått mere støtte. I 1936 herjer en magnetisør distriktet. Da kvakksalverloven skulle op til revisjon gikk jeg løs på problemet. Når idag alternativt medisin koster milliarder helsekroner, tror jeg det var god forretning å gi hvert universitet et professorat så sat man inne med oversikter som plaserte askekok bedre enn Helsedirektoratet gjorde. Bløff, løgn, kort varighet! I 1932 gikk jeg det første kurs for off. leger. Da hygieneprofessoren avsluttet forelesningene om skolebarnundersøkelserne, hadde han ikke nevnt pirq. Vi steilet i vårt stille sind da han sa at det var uvedkommende. Så fjern følte vi han var fra grasroten. Da jeg i 1934 holdt et foredrag i Hygienisk forening om polio, skuffet han meg med å forlate salen midt i foredraget. Men ellers hadde vi god hjelp fra vår fylkeslege i kampen mot rakitt, struma og tandråte, som gjennomsyret befolkningen. Vi fikk vår egen barnepleierske som i samarbeid med jordmoren skaffet en revolusjon i all elendigheten, "Våre barn er friskere"

sa de når de hadde vært på Sagene kontrollstasjon for å lære mer.

Kampen mot tobakksigarelungekreften kom alt for sent igang. Da jeg en gang - før pikene var begyndt å røke - ba om propagandastof, ble mit brev liggende flere år i Helsedirektoratet. Da jeg i 1974 kom fra Nordland med den startende meningitepidemi ba jeg autoritetene deroppe gi os sydpå mere opplysning om denne lumske sykdom, hvor tidlig behandling kan være livreddende. Men jeg fikk svar at det ikke var nødvendig. Igjen denne grasrotneglisjans. Det døde vel for mange bl. a. soldater, for etpar år senere fikk vi rundskriv fra Helsedirektoratet om å være mere våkne og flinkere med å stille diagnosen tidlig.

## POLIOMYELITENS GÅDE

I mit tredje distriktslegeår 1927, i Verran og Mosvik, fikk vi efternøleren av den store ondartede polio epidemi som hadde raset fra Haugesund og hele landet nordover 1925. I de isolerte, grigrendte, kommunikasjonsfattige bygder åbenbarte den sin utbredelsesmåte. Den gikk fra grend til grend fra høsten til jul. Ingen hadde dengang løst poliomyelittens gåde. Kling i Sverige fablet - ikke uten grund - om et vertsdyr i flodene. I USA filtrerte man virus og smittet aper, og fandt antistoffer i en befolkning uten tilfeller. Alt var gåder. Men de oversiktlige og spesielt rene epidemiologiske forhold, avslørte at de lette, hurtig forbigående uvelbefindender - ofte ganske karakteristiske - viste smitteveien - mini abortive polioer. Det var så overbevisende at jeg botaniserte hele epidemien. I 1959 fikk jeg en 50 siders fortsettelsesartikkel inn i Medisinsk Revue i Bergen (I Tidsskr. hadde jeg fått avslag).

Jeg irriterte autoritetene. I magasinet kan man lese den litt hånende kritikk. Men den gledet meg for da ble problemene ikke tiet ihjel, men holdt levende. Jeg var jo overbevist at det var riktig. Jeg reiste til Kling og Wernstedt i Stockholm, men steinhogg der også. (Men dosent



David ga meg medhold). Det var hyggelig og nok for meg at Kreyberg, Vogelsang, David og etpar til forsto det. Men selv ante jeg at min opdagelse gjaldt hele epidemiologien og at den hadde muligheter i seg. Mens autoritetene i Oslo intet skjønnte, ble min artikkel referert i Tyskland og senere tatt til inntekt for "nyere synsmåter i epidemiologien" som kom i 30 årene. Min forserte natur gikk helt opp i problemene. Axel Holst -hygienikeren og vitaminforskeren, lyttet til mine utlegninger om polio og meningit og infeksjonssygdommenes sansynlig skjulte store utbredelse. Han anet nok at det kunne være noe i det for jeg bringer videre hans kompliment: Robert Kock var også distriktslege - til grasrotlegene.

I Tidsskriftet fikk jeg PM Holst til å sette en redegjørelse om de virkelige forhold ved polio, så de ikke skulle fortsette å dumme seg. I artikkelen i 1929 spør jeg om fremtidig polio i distriktet på grunnlag av den ikke alltid dekkende farang. For et par år siden undersøkte jeg senere tilfeller. Det slo eventyrlig til. Det kunne ingen ha gjort hverken på denne side eller den andre av Atlanterhavet. Hver gang polioen rørte på seg kjendte jeg så godt denne form for omgangssyke at jeg spådde lenge før de lammede kom. Det kunne heller ingen andre. Man kan lære mye av grasroten hvis man er grublende. Etter et intervju i Aftenposten i 1936 var det iallefall en fylkeslege som ikke isolerte polio. Når jeg skriver alt dette så er det for å vise hva en middels begavet grubler kan yde i løsningen av alle de sosialmedisinske problemer vi sliter med i dag. Det er ikke alle som er så heldige at de starter med å miste respekten for autoritetene.

## LITT OM DRIKKEVAND OG MAVESYKE

Det kan kanskje ha interesse i miljøvern- og forurensningstider når jeg forteller at jeg stadfestet hva Tjøtta fremholdt; at drikkevand oftest med urette får skylden for tarminfeksjoner. Som millitærlege fikk vi en dag "akutt mave" blandt soldatene, og litt tvilsom mat fikk

skylden. Men 8 dage iforveien hadde jeg observert noe farang som jeg ventet igjen om en uke. Jeg ga meg ikke og i den siste brakke fant jeg noen som var blitt syke før de spiste den tvilsomme mat. Så fikk drikkevandet skylden. Det kom fra et eget inngjerdet basseng, men utsatt for flomvand. Men når jeg gikk til gårdene omkring, hadde de også fått farangen. Sta og egen! Men lærerikt. Det er nok skitne hender (uvasket fra w.c.) som er hovedårsaken og vandet uskyldig - om det har 10 eller 20 koli. Hyttedoen uskyldig, men er kjemikaliedoen det?

## TRAFIKKULYKKENE

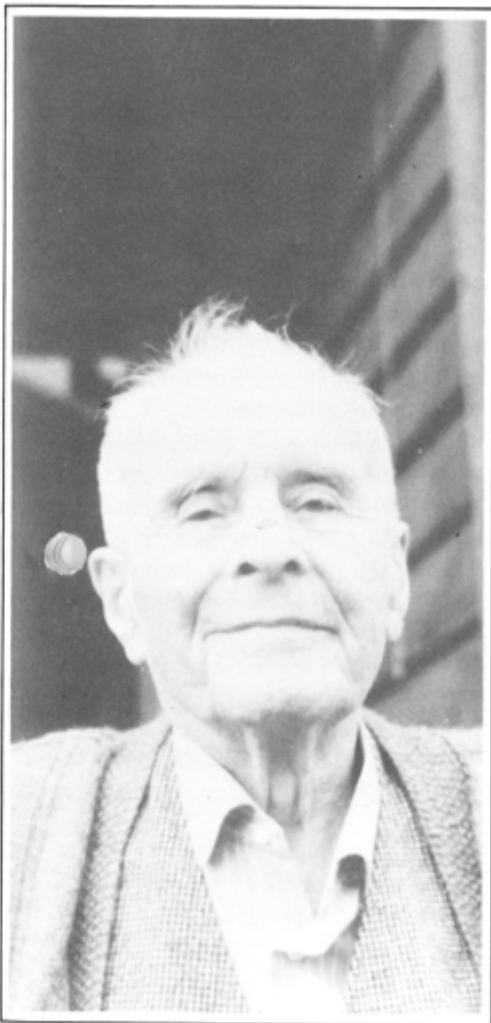
I mai 1978 holdt jeg et foredrag på det årlige møte for offentlige leger, og fikk den største respons. Det husker kanskje konst. helsedirektør Alvik, men er noe gjort? Når jeg i dagens avis ser bildet av et kjempestort flytende påtenkt fengsel, minder det meg om at jeg i fjor sommer sendte et brev til Oslo politimester og tilbø meg å skrive om den fare for å bli narkoman de korttidsdømte promilledømte risikerte. Jeg fortalte om en dygtig maskinkjører i 5 av ukens dager, men som med sin lørdagsrangel og promilledom, ble tatt bort fra nyttig arbeide og med stor prøvelse av sin karakterstyrke unngikk å falle for narkotikafristelse

på det lille lokalfengsel. Det var dengang en diskusjon i pressen om ikke bøter (en månedslønn) for de mindre forseelser og inndragning av førerkort (i allefall 5 år) og selve vognen (som i Sverige) for de farligste. Jeg fikk intet svar.

I de siste uker har det i pressen vært diskutert om ikke alle gamle burde gå opp til ny førerprøve hvert år. Vi burde heller be lensmennene la de få vi alle kjenner få nye legeerklæringer, og så ikke umyndiggjøre den gruppe som har minst uhell - som ikke kjører på glattis, i stortrafikken eller om vinteren i det hele tatt. Som ville følge seg ennda mere umyndiggjort enn de er i dag. La de gamle få fortsette sine turer til butikken. Men først og fremst undersøke f. eks. kjører de gamle som hele sit liv har kjørt, bedre enn de som først har fått bil i sin alderdom? Er de gamles ulykkestall anderledes i byene og tetstedene, enn ute på landet hvor de gamle er mere isolerte og ikke kommer til å ta dyre drosjer? Det må event. forskning til. Kan det tenkes at all denne påvirkning av skolebarn bare erter opp de medfødte aggressive - som på død og liv må gjøre det motsatte av det de har lært de skal gjøre - og netopp blir råkjørere. Det tror jeg.



# Møte med Oscar Bang



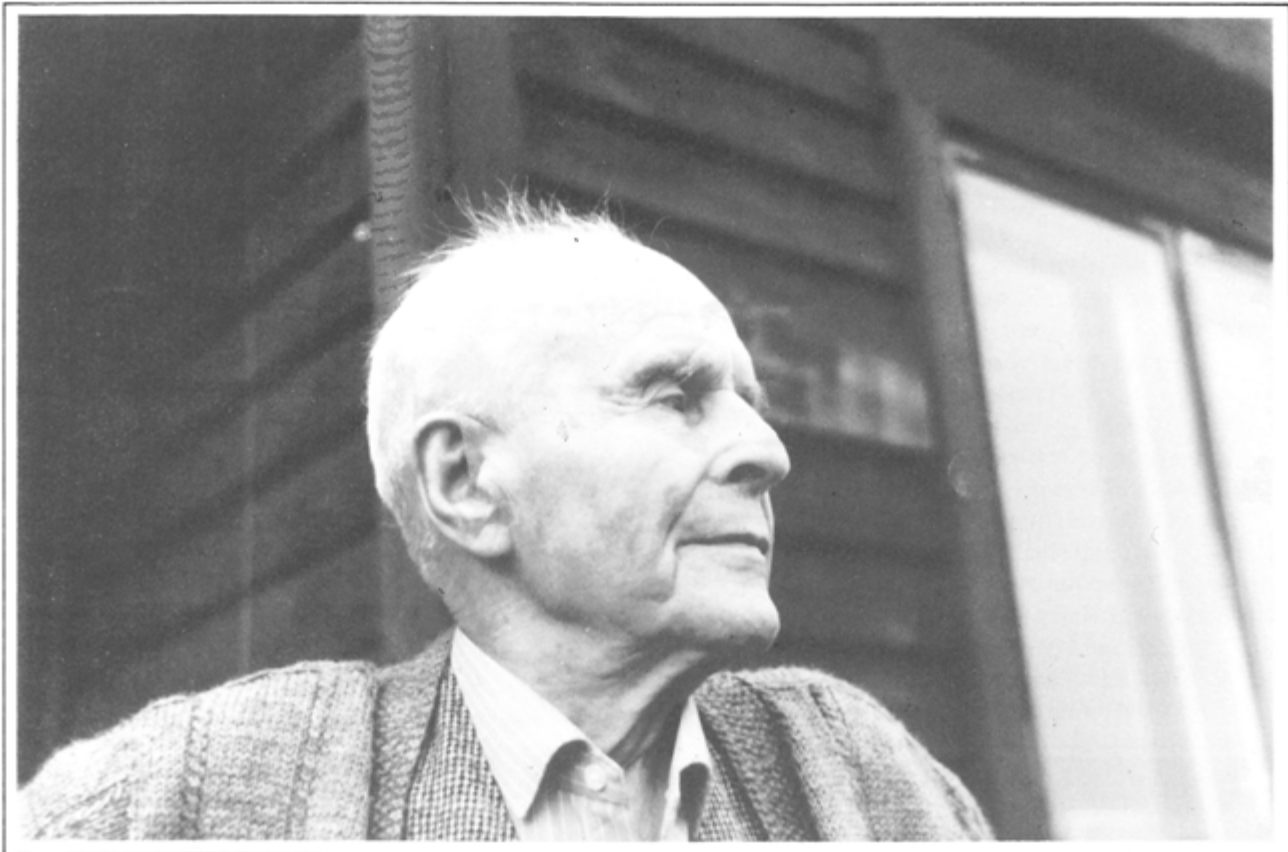
Utpost/enelege i distrikt i 49 år, senere 14 år i privatpraksis, forskning i grasrotmiljøet, offentlig engasjert i kritikk av helsevesenet i decennier, og idag med verdifulle råd for å få leger til Finnmark,- bedre og flere primærleger, bedre og mer sykepleie og eldreomsorgens redning. Det kunne friste **Utposten** til et intervju. Det overtraff alle forventninger.

Full av iagttagelser og krydret med anekdoter matet han min båndopptager,- men bare på betingelsen av at alt jeg skrev måtte han få kontrollere og korrigere. Tidligere erfaringer med journalister hadde skremt ham. Han bor i de fulldekorerte stavkirkers dal. Hjemmet – med familiekunst på alle vegger, bærer preg av det. Og kontoret er like farverikt og avslappende. Farverik er han også selv,- om enn ikke avslappende.

Den dyktige lege må hjelpe folk til å bli friskere og mer livsglade, sier Bang. Legen er et nødvendig og viktig hjul i det store maskineri. Etter et flittig gymnas, går idag alle de skolebegavede studenter til det rike og flotte medisinske studium, som imidlertid også har sine store mangler. Noen leger spesialiserer seg senere. Hvert felt har sine utdanningskrav. Omsider har primærlegene fulgt etter. Allmennpraktikerforening og **Utposten** som organ. Ære være dem og lykke til!

Alle grasrotleger gjør sine iagttagelser og får sine erfaringer, som kan være meget verdifulle. Nå gjør de sine kolleger delaktige. De krever også å bli hørt av helsemyndighetene,- for pasientenes skyld!

**Utposten** gir meg anledning til å



blåse til ilden, sier Bang.

I 1924 ble jeg distriktslege i et av de siste ledige, og økonomisk sett dårligste, distrikter. Det hadde alltid vært et forsømt isolert u-land. Men jeg møtte sannelig ikke "de gode gamle dager". Sprukne blindtarmar (de som hadde overlevd) med fistler og adheranser og plager, feilgrodde benbrudd med stor invaliditet, foruten de åpne tuberkuloser som smittet spedbarn i hjemmet og ungdom i nabolaget. Jeg kunne i all beskjedenhet regne ut at en lege ville ha spart bygdene for meget mere enn han kostet. Det mener jeg fremdeles. I utkantdistrikter kan legen i tillegg gi så gode og saklige råd at også dette rettferdiggjør - økonomisk sett - små legesoner.

Stedlige forhold gjorde at jeg bare fikk kontakt med leger når jeg fulgte sykeskyssen til sykehuset i Levanger. Jeg tenker med takknemlighet på all den verdifulle hjelp og alle de gode råd jeg fikk i denne usikre tid. Og alt hva jeg senere til dags dato har hatt nytte og glede av. Mine telefonregninger er store. I dag har vi gode sykehus spredt over hele landet og vi har spesialister som i voksende grad - på hvert sitt felt - sitter inne

med stor erfaring og kunnskap.

Denne har primærlegene stor bruk for, samtidig som sykehuslegene trenger kjennskap til primærlege-tjenesten.

I Tidsskriftet har jeg foreslått at sykehusene skulle ha et rom for leger som ville supplere sin erfaring med alt det som kommer inn på sykehuset. Billige og gode læremestre og den enkleste, mest overkommelige måte å følge med medisinen utvikling - livet ut. Regionssykehuset i Tromsø har visst tenkt på å tilby familieleiligheter så ektefelle og småbarn kan bli med og slippe å bli sittende igjen i fjæresteinene - som min familie måtte gjøre da jeg skulle friske meg opp. Jeg hadde filosofert meg bort i grasrotforskning. Det er noen grublere som kan og bør gjøre det.

I mitt oversiktlige distrikt hadde jeg i 1927 oppdaget hvordan poliomyelitten utbredte seg, at den skjulte seg mellom alle de omgangssyker - faranger - som går til stadighet. Utposten - lille Verran og Mosviken - løste polioens gåte som allverdens leger forgjeves strevde med å løse og dengang trodde lå

skjult i et vertsdyr i flodene (i virkeligheten: sommerregnskylskitt). Selv om jeg nærmest ble hånet, satte jeg stor pris på den kritikk jeg leste i Magasinet fra toppeksperterne i Oslo - for da ble ikke virkeligheten tiet ihjel. I Sverige hvor dengang verdens største polioforskere satt, ble jeg høflig avvist. Jeg lærte ikke å tro på autoritetene og ga meg rett til å tro på at grasroten kan være en vitenskapelig kilde.

Senere oppdaget jeg at bare en viss prosent kvinner egner seg ved sykesengen. Og senere så jeg at mange av ulykkesjåførene hadde avslørt seg som råkjørere før tragedien kom. Kan Utposten hjelpe til at grasroten blir hørt?

Vi skal ikke svelge rått det som kommer hverken fra Helsedirektoratet, Norsk sykepleierforbund eller Trygg trafikk, -for de svever alle av og til litt for høyt over jorden. Og politikerne har i all min distriktslegetid røpet så meget egeninteresse og maktsyke at de ikke er å stole på. Da tuberkulosen herjet som verst, men statskassen var tom - som i dag, foreslo stortingsmenn fra



# Fløite- kjelen

## Oscar Bang.

De er allesammen døde  
og jeg sitter i mitt øde.  
Venner som jeg pratet med  
er gått inn til evig fred.

Jeg som gjerne tale ville,  
telefonen står der stille.  
Alt jeg har av liv er planter,  
noen strutter, noen stranter.

Det er alt det liv jeg ser –  
en gang var det meget mer.  
Dengang var det liv og røre,  
kunne glade stemmer høre.

Så til kaffevand jeg koker  
og så plutselig den roper  
– fløitekjelen – Gud velsigne!  
for jeg kan den sammenligne  
med et menneskes friske røst.

Den er ensomhetens trøst.

Vestlandet å slå sammen legedistrikter på Østlandet og stortingsmenn fra Østlandet ville gjøre det samme på Vestlandet. I dag vil Kommunenes sentralforbund ikke følge Helsedirektørens innstilling, men selv bestemme hvem som skal få de ledende stillinger. Kommunene vil selv velge fritt blant de 3 innstilte legesøkerne. Da denne loven kom, regnet naturligvis legene fort ut at en ukjent Finnmarkslege ville tape i konkurransen. Og den gode strøm nordover snudde. Dette må politikerne ordne opp i. Kommunene må få plikt til å ansette nr. 1 på Helsedirektørens liste. Stoler de ikke på at Helsedirektøren bedømmer riktig? Hvem kan gjøre det bedre? Eller ligger det andre motiver bak? La oss tenke framover: Helseopplysning, forebyggende arbeide, livsstilpåvirkning og forskning i primærhelsetjenesten vil kreve nyorientering og videreutdanning. Legesentre og felleskatalogpraksis vil mere suppleres av sosialt innstilte leger som foruten å øke sin medisinske viten også vil holde seg hygienisk orientert. De vil forske på grasrotplanet og bedre løsningen av mange sosiale problemer og gi de ledende myndigheter nødvendige opplysninger, så de igjen kan gi de usikre kommuner gode og riktige råd. Hvor får vi bedre råemner til de store ledende, krevende stillingene enn blant dem som har "gått skolen" i oversiktlige grasrotmiljø? Helsevesenet skulle med åpne armer øse av den kilde som utpostlegene - etter 10-15 år i utposttjeneste representerer. I dag ser vi at lærde helsevitere tuller seg bort fordi de mangler bakkekontakt - og ikke engang forstår at de gjør det. I oktobernummeret av "Norsk bedriftshelsetjeneste" kommer jeg til å redegjøre for oppnåelige bedringer i helsevesenet, spesielt om sykeomsorgspleien.

Du har i mange år engasjert deg i profesjonsstriden mellom sykepleiere og hjelpepleiere, og skrevet utallige innlegg om saken. Liker du ikke sykepleiere, Oscar Bang?

Søte, snille deg! Jeg verdsetter dem og elsker dem høyt. Og de er glad i

meg også. Vi har slitt sammen. Men jeg liker ikke lederne som vil ha en pariaklasse under seg til å gjøre grovarbeidet, - for det kan ikke skilles fra pasientomsorgen. Forøvrig bør den tid være over da vi delte arbeidet i finere og simplere: "vi har lært så meget at vi er for gode til å tømme bekkener". Er en mor for god til å vaske spedbarnrumper?

Oscar Bang finner fram Aftenposten fra forrige uke hvor det lanseres en lærlingeordning for utdanning til omsorgsarbeide.

Taktisk spillfekteri fra Norsk sykepleieforbund, sier han. Det er et forsøk på å beholde det hegemoni som har skapt dagens katastrofale svikt i syke/omsorgspleien, hvor så mange lider ondt, og flere gruer for fremtiden. Jeg har alltid sagt at vi må ha en trinnvis utdanning for all sykepleie. Anton Jervell ville ha det. Bjørnssonkomitéens leger også. Sosialministeren må bruke sin makt til å få Norsk sykepleieforbund inn på en annen linje. Jeg har tro på henne. Hun er et ærlig menneske. Men har hun de beste rådgivere?

Det er en hån mot de tusener unge som ønsker å stille syke og gi hjelp og omsorg til de som trenger det, at samfunnet møter dem med lukkede dører. I fjor søkte f. eks 245 til hjelpepleierskolen på Kongsberg, bare 15 ble tatt opp.

Da jeg som pensjonist kom til Evenes møtte jeg den ideelle situasjon. 1600 mennesker - riktignok svært mange gamle, mest enker. Bare én times reise til naboleger i Skånland eller Ramsund. Jeg kunne reise på alle slags legemøter og hvis mine pasienter var misfornøyde med meg, var det kort veg til annen lege - fritt legevalg. Vi hadde hvert vårt ansvarsområde og samarbeidet godt. En ønsketilværelse for en pensjonist som med god samvittighet kunne fråtse i legekurs, som følte at han ennå hadde noe å gi, - og noen å gi til.

Hva synes du om at leger etter fylte 75 år må fornye legelisen årlig?

Var ikke det et uoverveid benkeforslag i anledning av at noen

eldre leger hadde skrevet for mange narkotikaresept? Det er forøvrig de unge legene som gjør de fleste tabbene - selvfølgelig. Man blir vel flinkere med årene? Hørte vi ikke i radioen for noen år siden at på et stort sykehus nordpå, burde av 4 kreftpasienter de 3 ha vært sendt før? Fikk vi ikke rundskriv fra Helsedirektøren om å være flinkere til å knipe meningittene som er så avhengig av tidlig - eller straksbehandling? På militærpllassene er det unge leger.

Det tar forøvrig mange år å lære å bedømme hjerte- og lungelyder, lett å overhøre og mistolke. Vi som levde i tuberkulosens blomstringstid fikk nok en øvelse som ingen får i dag. Og blindtarmene sprekker til stadighet.

Forøvrig er visst pasientene flinke nok til å foretrekke unge, sikre, selvbevisste leger og å oppdage når en lege blir for gammel. Bortsett fra at bestemmelsen er nødvendig, er den diskriminerende, taktløs og utakknemlig mot gamle slitere som ikke engang får lov til å skrive ut medisin til seg selv, - især idag hvor de gamle pasientene blir så nonchalant behandlet.

Men saken har andre sider. Da jeg kom godt opp i bestefaralderen, oppdaget jeg at jeg fikk bedre og mer åpen kontakt med kvinner som hadde seksuelle problemer. Vi har jo ennå ikke fått kvinnelige leger overalt på bygdene. Men enkelte kvinner vil helst gå til en mannlig lege, mange vil til og med bare bruke mannlig tannlege. De må jo få lov til det. Det har hendt meg at unge leger har vært takknemlige for råd. Eldre leger kan være tilgjengelige når vakthavende svikter. Da har jeg reddet både helse og liv. I min høye alder har jeg gitt den tillit som kan snu en alkoholiker, og gi trygghet og omsorg for dem som er utilfreds med gruppepraksisens tempo.

Forøvrig burde kommunene være forpliktet til å innby eldre leger til helse- og sosialstyrets møter med yringsfrihet, - ikke stemmerett. Det ville hjelpe de ofte svake, uvitende og hjelpeløse politikerne.

# Har fylkeslegek

## Øyvind Rolstad

Fylkeslegekontoret i Oppland  
Gudbrandsdalsv.170  
2600 Lillehammer

Det stormer friskt rundt fylkeslegekontorene for tida. Som all annen ytre statsforvaltning er de gjenstand for spesiell "oppmerksomhet" fra Kommunenes Sentralforbund, som sannelig ikke er snaue i karakteristikkene: Unødvendige og unyttige arbeidsoppgaver som kan overlates til andre eller fjernes helt - byråkratiske stengsler og pålegg som hindrer kommunene og fylkeskommunen i å utvikle bedre helsetjenester, det er melodien der i gården.

Det er kanskje ikke så rart at Kommunenes Sentralforbund gjerne vil fjerne den instans som objektivt bedømmer hvorledes oppgavene i virkeligheten løses i kommunene og fylkeskommunene. Det mangler jo som kjent ikke på kritikk over mangelfull kapasitet, lange ventelister, feilbehandling og manglende tilbud osv. osv. i det helsestell som kommunene og fylkeskommunene har hovedansvaret for!

Helt siden Helsedirektoratet ble omgjort til et rent fagdirektorat og departementsoppgavene lagt til en egen helseavdeling i

Sosialdepartementet har det vært uklarhet omkring statens rolle i utviklingen av helsestellet. Da Kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt, fikk Helsedirektoratet og fylkeslegene sin formelle plattform i Tilsynsloven av mars 1984. Loven er generell og pålegger Helsedirektoratet og fylkeslegene å påse at lover og forskrifter holdes - at det utøves egenkontroll i helsetjenesten og at det veiledes både om lover, forskrifter og helsepolitiske mål. Spesielt det siste har vært det virkemiddel de fleste fylkeslegekontorene har valgt i sitt arbeid siden dengang, og de fleste vil nok hevde at det er i samsvar med den moderne oppfatning av hvorledes tilsynsoppgaver bør løses innenfor forvaltningen.

Allerede på starten av 80-tallet gikk et eget utvalg grundig gjennom fylkeslegeembetenes oppgaver. Utvalget foreslo en omfattende sanering av arbeidsoppgaver, lover og forskrifter, samt en øket grad av delegering fra Helsedirektoratet. Kommunehelsetjenesteloven og det økte operative ansvar den legger på kommunene gjorde det nødvendig å gå igjennom oppgavene og funksjonsfordelingen pånytt. Et nytt utvalg avga en innstilling til Sosialdepartementet om dette sommeren 1987. Der ble det konkludert med at oppgavene innenfor rådgivning og veiledning, miljørettet helsevern og

# Badstubad -

## Dag Brekke

spesiallege  
fylkeslegekontoret i Finnmark  
9800 Vadsø

For å bedre den personlige hygiene blant folk, var badesaken et viktig holdningsskapende arbeid for tidligere tiders samfunnsmedisinere. Gjennom de siste par tiår er badstubading igjen blitt svært utbredt og tilbys nå privat eller offentlig, i



# Intorvet noen framtid?

helseopplysning, kvalitetskontroll og egenkontroll, rettssikkerhet, pasientrettigheter og klagebehandling måtte høre til de arbeidsoppgaver som skulle opp-prioriteres ved fylkeslegekontorene. Senere har det kommet til flere offentlige utredninger av stor betydning når det gjelder statens rolle og ansvar for utviklingen av helsetjenestene. Jeg sikter spesielt til Eilertsen- og Lønningutvalgene hvor det vel egentlig etterlyses en sterkere statlig medvirkning og styring enn den vi har sett i det siste. Flere av de oppgavene og problemene som tas opp kan med fordel løses lokalt gjennom fylkeslegekontorene.

Også Sosialdepartementet selv har i St. meld. 41 (1987-88) skissert en del konkrete arbeidsoppgaver for fylkeslegene i tida framover. De viktigste er knyttet til rettssikkerhet og pasientrettigheter, samt en videre utvikling av det faglige innhold i miljørettet helsevern, herunder helseopplysning, i tillegg til de arbeidsoppgavene som naturlig følger av Tilsynsloven.

Konturene av "det nye fylkeslegeembetet" synes derfor å tre klarere fram enn tidligere, og innebærer bl. a. følgende funksjoner:

-Budbringer-/pådriverfunksjon for nasjonale helsepolitiske målsettinger.

-Forsterket rådgivning på "objektivt" grunnlag.

-Meglertilpasningsfunksjon mellom ulike operative ledd i helsetjenesten.

-Økt innsats for pasientrettigheter, rettssikkerhet og kvalitetssikring, herunder spesielt egenkontroll-systemer.

-Objektivt "titteshull" for sentrale helsemyndigheter for best mulig å bedømme helsetjenestens virkelige situasjon.

Fylkeslegekontorene har fra tidligere en rekke arbeidsoppgaver knyttet til f. eks trafikkmedisin, trygdemedisin, medisinsk attføring, legemidler osv. og et ikke ubetydelig innslag av direkte individrettet arbeid. Mye av dette bør saneres ved at oppgaver enten helt faller vekk, eller at arbeidsoppgavene overføres til andre. Men dette er noe helt annet enn Sentralforbundets ønske om en nedleggelse av kontorene. For de fleste arbeidsoppgavene må utføres, og følgelig overtas av andre – og så naive er da vel heller ikke Sentralforbundet at de tror på "bukken og havressekken"? Til det er publikums interesse for rettssikkerhet, kvalitet og egne rettigheter etterhvert blitt for stor – og takk for det!

Befolkningens økede bruk av fylkeslegekontoret viser også klart at publikum setter pris på, og innser verdien av, et objektivt organ ved siden av de rent operative ledd som yter tjenestene. Kontakten med helsepersonell i kommuner og fylkeskommuner samt administrative og politiske ledere, tyder også på at disse fullt ut innser verdien av samspillet mellom lokaldemokrati og sentrale, nasjonale målsettinger. Det er fortsatt noen som oppfatter Norge som ett "helsepolitisk" rike – og at staten derfor må ha hovedansvaret – og dermed virkemidlene til å gjennomføre en slik helsepolitikk. Det "nye" fylkeslegeembetet bør bli en av hjørnesteinene i dette arbeidet. Derfor er det betryggende at både sosialministeren og statsministeren nylig har slått fast at det fortsatt er behov for denne instansen, og at fylkeslegene på ingen måte representerer noe unødvendig byråkrati.

Det ser ut til å gå mot en nærmere samordning av statlig virksomhet i fylkene, med fylkesmannen som det koordinerende ledd. Nettopp i en slik organisasjonsform er det viktig at de faglige kommandolinjene mellom Helsedirektorat, Sosialdepartement og fylkeslegene beholdes og videreutvikles – og at de tradisjonelle samarbeidsformene mellom kommuner, fylkeskommunen og fylkeslegen fortsetter.

# Sundt eller usundt?

helsestudioer og hoteller, eller i tilslutning til svømmehaller og idrettsanlegg.

Dagens badekultur er mer en livsstilsstyring enn et hygienetiltak, men likefullt vesentlig ut fra helsemessige betraktninger.

Finnene har studert saunakulturen inngående og Hawkins omtaler de senere års vitenskapelige resultater i en lederartikkel i British Medical Journal (1). De som ønsker nærmere opplysninger henvises til Hawkins' litteraturliste som gjengis nedenfor(2).

Etterfølgende fremstilling baserer seg på Hawkins' lederartikkel.

## BADSTUREGLER

Badstubad er ikke standardiserte.

# **Trimetoprim-Sulfa<sup>®</sup>**

**trimethoprim sulfamethoxazol**

Indikasjoner:

**Urinveisinfeksjoner og infeksjoner i øvre luftveier**

**NY TABLETTFORM**

**Mindre kapsel-  
formet tablett**

**Enklere tablett-  
inntak**



**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 folsyresyntese. 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 bronkitter. Akutte eksacerbasjoner av kronisk bronkitt. *Pneumocystis carinii* pneumoni. Urinveisinfeksjoner. Tyfoid og paratyfoid feber. Akutte salmoneloser, 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-overfømfertighet. 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:

Kreatinin-clearance	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 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. Standarddosens 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 eksantern 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

**Gonoré:**

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

*Pneumocystis carinii* Pneumoni: ¼ tablett pr. kg legemsvækt 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 pliktratreatagens 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. 31,40
Tabletter 20 stk.	kr. 45,20
Tabletter 28 stk.	kr. 55,20
Tabletter 100 stk.	kr. 175,20
Tabletter 10 x 100 stk.	kr. 1283,60
Mikstur 100 ml	kr. 32,30

Pr. 01.03.88

Det finske saunaselskapet anbefaler at ved badstubad bør:

1. temperaturen i ansiktsnivå være ca 80–90 gr.C
2. luftfuktigheten være ca 50–60 g vanddamp pr kubikkmeter
3. oppholdene i badstuen vare inntil 10 minutter og gjentas inntil 3 ganger.

## FYSIOLOGISKE EFFEKTER

De fysiologiske effekter av badstubading er studert nøye:

– pulsraten stiger til 100–160 slag i minuttet

– de perifere blodårene dilateres

– hjerteminuttvolumet øker

– diastolisk blodtrykk faller

– systolisk blodtrykk kan stige eller falle avhengig av hvor mye cardiac output kompenserer for synkende perifer motstand.

Dette er de samme forandringer som skjer under fysisk anstrengelse.

Badstubaderen kan slik oppnå noe av treningens gevinster uten å anstrenge seg. Kalde avrivninger (kald dusj eller bad i sjø) reverserer effektene av heten, og det systoliske blodtrykk øker av og til betraktelig.

– Under badstubad tapes ca 0,5 kg svette, mer hos menn (som er lenger i badstuen) enn hos kvinner

– det er gjort studier på hvordan elektrolyttap og økt osmolaritet av kroppsvæskene øker frigjøringen av vasopressin, renin og aldosteron

– økt prolactinfrigjøring er påvist hos kvinner, noe som kan forklare forbigående amenoré hos kvinner etter badstubad

– en lett økning i trombocytallet og kortere koagulasjonstid som sees hos badstubadere, kompenseres ved økt blodflow og raskere fibrinolyse

– det er ikke vist signifikante endringer i immunsystemets reaksjoner.

## EKG-STUDIER

På grunn av de plutselige dødsfall er det gjort EKG-studier i badstuen både av friske og hjertesyke. Det er funnet ektopiske slag og endret ST-nivå, men vanligvis hos dem som var uvant med badstu (og dermed

like gjerne viste angst eller reaksjon på den uvante belastning). Tilsvarende er sett hos dem som oppholdt seg i badstuen 20 minutter eller mer til de følte seg uvel.

Finnene konkluderer med at sauna ikke forårsaker farlige arrytmier selv hos de med hjertesykdom, dersom oppholdene i varmen er rimelige og avkjølingen moderat. Epidemiologiske studier blant finner som er i sauna ukentlig i ca 1 time, viser ingen signifikant økning i hjerteangfall hverken i saunaaen eller straks etter, sammenlignet med en kontrollgruppe.

## FORSIKTIGHETSREGLER

Likevel anbefales at nybegynnere, eldre og de med hjertesykdommer bør starte sin badstubading forsiktig og f.eks. bare være fem minutter i varmen de første gangene.

Badstubad anbefales heller ikke for de som har feber, er dehydrerte, som nylig har drukket alkohol eller har hatt harde fysiske anstrengelser, eller som har anhidrose. Badstubad er trygt i svangerskapet da fosterskader ikke er påvist. Hypertermi er teratogent hos dyr.

For lange opphold i varmen er farlig. En ung mann som ville slanke seg utviklet nyresvikt etter fem timer i varmen!

## HELSE OG VELVÆRE

Litteraturgjennomgangen kan ikke vise at badstubading fremmer helsen eller gjør folk sprekere, men verk og smerter lettes og stive ledd blir mykere. Mange liker badstubading fordi det gir anledning til ro og avslapping og en følelse av velvære, følelser som kan skyldes endorfinøkning som respons på hypertermien. Et langvarig varmt kurbad kan være like effektivt, men varmen er høyere i badstuen og det sosiale klima mer velbehagelig.

En gammel kollega som hadde hatt endocardit i sine unge dager, tok badstu fast hver uke. En gang besvimte han og ble liggende. Han våknet med følgende replikk: "Om det nå var slik at dette var min

siste stund, var jeg vel forberedt: – Kom jeg til det ene stedet var jeg rein og nybadet, – kom jeg til det andre, var jeg alt godt oppvarmet!"

Det er kanskje som sosial, rituelt preget renselsesprosess – som catharsis entusiastene elsker badstubadingen!

Og usundt er det ikke.

## LITTERATUR:

1. Hawkins, C: The sauna: killer or healer? Leading article. Br Med J 1987;295,1015–1016.
2. Litteraturlisten fra 1. gjengis i sin helhet:
  1. Kauppinen K, Vuori I. Man i the sauna, Ann Clin Res 1986;18 173–85.
  2. Leppaluoto J, Huttunen P, Hirvonen J, Vaananen A, Tuominen M, Vuori J. Endocrine effects of repeated sauna bathing. Acta Physiol Scand 1986;128: 467–70.
  3. Taggart P, Parkinson P, Carruthers M. Cardiac responses to thermal, psykical, and emotional stress. Br Med J 1972;iii71–6.
  4. Sohar E, Shoenfeld Y, Shapiro Y, Ohry A, Cabilis S. Effects of exposure to Finnish sauna. J. Med Sci 1976;12;1275–82.
  5. Luurita OJ. Cardiac arrhythmias, sudden death and the Finnish sauna bath. Adv. Cardiol 1978;25: 73–81.
  6. Anonymous. Is hyperthermia a teratogen? [Editorial]. Br. Med J. 1978;ii 1586–7.
  7. Dean S, Green DJ, Melnick SC. Hazards of the sauna. Br. Med J. 1977;i:1449.
  8. Jezova D, Vigas M, Tatar P, Jurcovicová J, Palát M. Rise in plasma B-endorphin and ACTH in response of hyperthermia in sauna. Horm Metab Res 1985;17:693–4.

"Hva Renligheden angaar, staar Kvæernerne høit, Badstuer findes mange steder, og Badstubad tages af en Flerhed regelmæssig 1 Gang ugentlig. Familiens Lemmer gaar ofte i Flok og Følge til Badet."

(Fra Medicinalberetningen for Alta Lægedistrikt 1891)

## Kari Meløy

Fylkesbygget, Henry Karlsens plass 1  
9800 Vadsø.



Kari Meløy er førstekonsulent i Finnmark fylkeskommune, med spesialoppgave å få kvinneperspektivet fram i planleggingsarbeidet. Hun har vært fylkestingsrepresentant i Finnmark fylkesting i 12 år.



# Kvinneperspektiv i samfunns- planlegginga

● Foredrag på seminaret "Kvinnens helse - mange spørsmål, mange svar". Vadsø 10 juni 1988.

## PLANLEGGING AV MENN FOR MENN

Planlegging har til i dag i de fleste sammenhenger vært kjønnsnøytral. Kommune- og fylkesplaner, planlegging i næringsliv, i bedrifter og organisasjoner har ikke skilt på kjønn og har dermed ikke tenkt spesielt på kvinners situasjon. Mange vil si: Planlegging hittil har vært planlegging av menn for menn.

● Når det gjelder distriktpolitikken har en i dag kommet så langt at en har innsett behovet for spesielle virkemidler rettet mot kvinner. Distriktenes utbyggingsfond og kommunaldepartementet er de som er kommet lengst når det gjelder å innse at kvinner taper på at tiltak er kjønnsnøytrale. På en del områder er det innført særbehandling av kvinner ved å sette av midler til kvinnetiltak.

Finnmark fylkeskommune har tatt konsekvensen av at kjønnsnøytral samfunnsplanlegging ikke er god distriktpolitikk, og har nå en fylkesplan som på alle viktige områder tar opp sentrale kvinnetiltak. Politikerne innså at god kvinnepolitikk er god distriktpolitikk.

La oss gå tilbake til tiden før den nye fylkesplanen - ja helt tilbake til 1930-åra. Da het det: Et likt tilbud til alle er det mest rettferdige.

Dette festet seg, og det er ikke så rart. I en tid med store klasseskiller var det viktig å få like rettigheter for fattig og rik. Hvordan i all verden skulle en kunne blande kjønn oppi det hele!

I Finnmark var det lenge - helt opp til 1970-tallet, vanskelig å få gjennomslag for særbehandling av samer. Som eksempel kan nevnes at et likt skoletilbud til alle ble sett på som mest rettferdig. Særbehandling for derved å skape et likeverdig tilbud, ble lenge ikke godtatt.

I dag er det akseptert at dersom en skal oppnå likeverdige levekår må spesielle virkemidler tas i bruk enten det gjelder landsdeler, distrikter, etniske grupper, alder eller kjønn. Et likt tilbud til alle blir den sterkeste rett.

## PLANLEGGING FOR KVINNER

Ønskemålet er at likestilling og kvinnepolitikk skal gjennomsyre

enhver organisasjon. I dag råder tilfeldighetene, og aktiviteten er svært personavhengig. I de fleste organisasjoner må enkeltpersoner kjøre fram saker i den grad de har tid og overskudd, etterat det daglige arbeidet er utført. De som går i spissen blir som regel forbundet med kamp og stemples som "rødstrømper". Mange vil ikke ta den daglige belastning som følger med kvinnepolitisk arbeid. Alle aksepterer i dag at målet er likestilling. Imidlertid er omfordeling av makt og ressurser en smertefull prosess enten det skjer i hjemmet, i idrettslaget, på jobben eller i et politisk parti. Dersom noen skal få mer makt, må andre få mindre. Så enkelt er det faktisk.

For å komme bort fra personavhengigheten og tilfeldighetene, må en i en overgangsfase ha egne stillinger som ivaretar kvinneperspektivet. Slike stillinger er krevende og må innehas av personer som står for en støyt. Kvinnepolitisk arbeid er også "lettere" via egne stillinger. En er tross alt betalt for det en gjør. Dersom det i tillegg følger økonomi med stilling, lysner det. Alle forstår seg på penger.

# Sobril®

Oxazepam

Neuroser og psykosomatiske lidelser preget av angst, uro og spenning.



+NER



÷D+GST

*Sobril har i liten grad initial eufori. Pasienter med erfaring fra andre benzodiazepiner kan oppfatte dette som om preparatet er mindre effektivt.*

*Sobril absorberes langsommere enn andre benzodiazepiner og gir ikke så høy initial toppkonsentrasjon. Det er den angstdempende effekten som tilstrebes med Sobril og ikke lystfølelsen.*

Tranquillizer.

Indeks: N05B A04

**TABLETTER:** Hver tablett inneh.: Oxazepam. 10 mg, med delestrek, resp. 15 mg og 25 mg, const. q.s.

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Benzodiazepinderivat med spesifikk angstdempende virkning og med mindre muskelrelaxerende effekt enn f.eks. diazepam. *Absorpsjon:* Langsommere enn diazepam ved peroral tilførsel, med mindre tendens til høye innledningskonsentrasjoner. Maks. serumkonsentrasjon etter 2-4 timer. *Proteinbinding:* 95-96%. *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 metabolisering uten aktive metabolitter. *Utskillelse:* Ca. 80% utskilles via nyrene, hovedsakelig som glukuronid. Fullstendig utskillelse i løpet av 2-3 døgn. *Overgang i placenta:* Passerer placenta. *Overgang i morsmelk:* I noen grad.

**Indikasjoner:** Neuroser og psykosomatiske lidelser preget av angst, uro og spenning. Søvnvansker. I kombinasjon med tricykliske antidepressiva ved engstelig/agiterte depresjoner.

**Kontraindikasjoner:** Sjuktilstander og koma ved intoksikasjoner med alkohol og medikamenter.

**Bivirkninger:** Tilvenningsfare. Tretthet og søvnighet kan forekomme initialt. Muskelsvakhet, ataksi, svimmelhet, kvalme, utslett, nedsatt potens, hodepine, økt appetitt. Paradoksale reaksjoner i form av eksitasjon, eufori kan forekomme. Sjeldne bivirkninger er tåkesyn, blodtrykksfall, sløvhets og uklare tale, hukommelsestap, tremor, inkontinens og konstipasjon.

**Forsiktighetsregler:** Pga. faren for tilvenning bør preparatet gis i et begrenset tidsrom. Det advares mot bruk av preparatet hos narkomane og narkomanidisponerte. Pga. 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 kombinasjon med Sobril bør unngås. Må brukes i fortrinnsvis kortere tid, og etter nøye vurdering til alkoholikere, da disse pasienter ofte risikerer tilvenning og avhengighet av slike midler. Det bør utvises forsiktighet i medikasjonen hos barn, hjerneskadde, eldre og pasienter med kardiorespiratorisk svikt, da oxazepam tolereres svært forskjellig. Abstinenssymptomer evt. i form av kramper 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 påvirkes ikke behøver å foreligge ved bruk av terapeutiske doser. Kort halveringstid ( $T_{1/2}$  hos nyfødte ca. 20 timer), ingen aktive metabolitter og langsom passasje over lipidmembran gjør at kumulasjonen i fosteret blir av vesentlig mindre betydning enn f.eks. for diazepam. Kan anvendes uten ulempe hos pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi.

**Interaksjoner:** Interaksjoner kan sees med CNS-depressiva bl.a. alkohol og neuroleptika. (I:55E 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



OG



÷ HØY

ganger daglig. Til gamle og svake pasienter: 10 mg 2-3 ganger daglig, ved behov en forsiktig økning 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. LD<sub>50</sub> 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 kombinasjon med andre sentralt virkende farmaka. Behandling: Ventrikeltømming. Kull. Symptomatisk behandling.

**Pakninger og priser:** 10 mg: 25 stk. kr 18,30, 100 stk. kr 53,30. 15 mg: 25 stk. kr 23,80, 100 stk. kr 71,20, 250 stk. kr 156,00. 25 mg: 25 stk. kr 27,10, 100 stk. kr 83,70, 250 stk. kr 168,30.



BY 01 111111 4 1011111111

# KabiVitrum

Postboks 22 Nesbruveien 33, 1362 Billingstad  
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01





## UNNGÅ ISOLASJON

For å unngå isolasjon og makteløshet må det arbeides aktivt for å skape rutiner for samarbeid som forplikter hele organisasjonen. Makt og myndighet sitter ikke i egne stillinger for kvinnetiltak, men på toppen av organisasjonene og etatene. Hvordan en skal forplikte hele organisasjonen når det gjelder likestillingsarbeid er en av de viktigste problemstillinger. Det er viktig å understreke at enhver organisasjon har bruk for kompetanse på kvinnepolitikk og likestillingsspørsmål. Slik kompetanse må skaffes på en eller annen måte. I dag etableres det kompetanseselskaper som tilbyr sine tjenester til offentlige og private organisasjoner. I Finnmark fylkeskommune har en valgt å ha egne stillinger til dette arbeidet.

Dersom en organisasjon velger å opprette egne stillinger, er det viktig at den/de ansatte ikke blir isolert. Arbeidet blir betydelig lettere dersom en ikke er alene, men har noen å diskutere strategi og resultater med. Det er viktig at en har et uformelt forum hvor en kan ta opp saker til diskusjon for derved å få faglig inspirasjon og korreksjon.

## FYLKESPLANEN 1988-91

Fylkesplanen skulle gjennomsyres av kvinnespektiv. Det var ingen

enkel oppgave. Arbeidet med kapitlene var kommet ganske langt. En skulle inn i andres tekster, og faren for at "innskuddene" skulle bli fremmedelementer var stor.

Vinklingen i kapitlene gjorde det ofte vanskelig å få noe vettig ut av arbeidet. De forslag en måtte ha skulle godkjennes av flere - de fleste var mer eller mindre fremmede for problemstillingene. Resultatet kunne sikkert vært mye bedre, men så langt kom vi. Ingen i landet er vel heller kommet lengre i dag.

Til god hjelp i arbeidet var departementenes handlingsplaner for likestilling. Det er alltid godt å ha en instans over å vise til.

Oppfølging av planen står igjen, og det skjer ikke av seg selv.

Av viktige generelle problemstillinger fra fylkesplanen kan nevnes:

- Kvinner kan i dag velge hvor de vil bo. Dermed blir kvinner en viktig faktor for bosettingsmønsteret. Kvinners valg blir med andre ord avgjørende.

- Hva betyr offentlig og privat tjenesteyting for kvinners valg av bosted?

- Hvor viktig er det at det på stedet finnes omsorgsavlastning, lege, gynekolog, fødetilbud, forretninger, frisør, kino, restauranter, idrettshall og gode kommunikasjoner?

- Hva er et godt helsetilbud for kvinner?

- Hva er et godt fritidstilbud for kvinner?

Det er viktig å understreke at det totale livsmiljø er viktig for kvinners livssituasjon. Derfor er det nødvendig å komme bort fra sektortenkning. Jo flere vegger som kan rives ned, jo bedre. Dette gjelder innen fylkeskommunen, men også mellom fylkes-, stat og kommune.

## HELSEKAPITLET I FYLKESPLANEN

Et viktig kvinnepolitisk prinsipp er slått fast i fylkesplanen:

"Helse- og sosialtjenesten skal sikre befolkningen et likeverdig tilbud uavhengig av kjønn, livssyn, sosial- og etnisk tilhørighet".

Videre heter det:

"I et bredt anlagt helseprogram for Finnmark må også viktige kvinnemedisinske og kvinnepolitiske spørsmål stå sentralt. Sosialdepartementet har utarbeidet en handlingsplan for likestilling. I den er det viktige politiske signaler om hva en bør legge vekt på når det gjelder kvinner og helsevesenet".

Fra fylkesplanen siteres videre:

"Helsesektoren er en kvinnedominert

# Sluke bøk

■ Jon Håvard Loge og Eilif Rytter

I nummer 1 1988 (1) spurte Publiseringutvalget i NSAM igjen Utposten's lesere hvilke allmennmedisinske bøker som bør skrives - og kanskje helst publiseres i vår egen bokserie, Allmennpraktikerbiblioteket (ja, nå omdøpt til mer moderne navn etter norsk

rettskriving). 61 av Utposten's lesere fulgte oppfordringen, fylte ut svarskjema og ga oss den ønskelisten som følger nedenfor.

Vi presenterer resultatene av undersøkelsen uten omfattende

arbeidsplass. Arbeidet er fysisk og psykisk hardt, og mange kvinner velger å arbeide deltid. Den offentlige helsesektoren er hierarkisk oppbygd hvor kvinnene er "fotfolket" som arbeider der klientene/pasientene er. Mennene er i flertall som ledere.

Sosialdepartementets handlingsplan for likestilling foreslår to prøveprosjekter (hvert over tre år), hvor en skal utprøve ulike organisasjonsmodeller i samsvar med kvinnelige ansattes behov. Av tiltak en skal se nærmere på kan nevnes:

- bedre skiftordninger,
  - mindre enheter med større grad av selvbestemmelse,
  - kvotering av lederstillinger,
  - alternative karriereveier,
  - nedbygging av unødige rutiner som er begrunnet i det hierarkiske system,
  - lederopplæringstilbud til kvinner på alle større arbeidsplasser.
- Finnmark fylkeskommune bør følge disse prosjektene og om mulig sette i verk lignende tiltak.

Selv om kvinnene i dag oppfordres til å søke seg over i mannsyrker for å oppnå en bedre yrkesutvikling, regner en med at helse- og sosialsektoren vil fortsette å vokse, og at det i hovedsak vil være kvinner som velger å jobbe innenfor dette feltet.

Befolkningsutviklingen de siste ti-år

har ført til en sterk økning i behov for omsorg blant eldre, samtidig som det er nedgang i tallet på de som tar på seg slikt arbeid. Kvinner har i dag i langt større grad enn tidligere arbeid utenfor hjemmet, og de omsorgstrengendes døtre og svigerdøtre kan ikke dekke omsorgsbehovet. Likevel utføres det like mange årsverk hjemme som i offentlig eldreomsorg.

Likestillingsproblemet ligger altså i at det som regel er kvinnene som alene får omsorg og pleie for eldre og funksjonshemmede, ofte for liten eller ingen godtgjøring. Dette fører til store inntektsforskjeller og ofte til at kvinner bindes til hjemmet.

#### Virkninger av lover og tiltak.

Vi har liten kunnskap om virkningene av lovgivning og tiltak sett i et likestillingsperspektiv. Sosialdepartementet tar opp en del problemstillinger som også er viktige for Finnmark:

- Fødeavdelinger stenger i ferietida.
- Mye tyder på at personer med fast tilknytning til arbeidsmarkedet lettere blir tatt inn til sykehusbehandling enn hjemmearbeidende personer. Dette rammer særlig kvinnene.
- Undersøkelser viser at menn under ellers like vilkår lettere får tildelt hjemmesykepleie og hjemmehjelp.
- Kvinner og menn har ulikt

sykdomsbilde. Prioriteres kvinners og menns sykdommer likt ved tildeling av økonomiske ressurser?

- Får kvinner og menn like mye informasjon om sine sykdommer?

## STILL KRAV SAMMEN

Som tidligere nevnt er grunnlaget lagt. Men mye står igjen. Noe av det viktigste er at kvinner aktiviseres og går sammen om å stille krav. I avisen Nordlys kunne vi forleden lese at kuas bekkenløsning var mer interessant for forskere enn kvinners bekkenløsning. Med andre ord er det nok å ta fatt på.

# er vil vi ha

kommentarer. Man kan spekulere over resultatene - ikke minst om de er representative. Og det er de (selvfølgelig) ikke. Av de 61 oppga 54 å ha tilsammen 236 bøker i Allmennpraktikerbiblioteket, altså nesten 4,5 i gjennomsnitt. 15 anga å abonnere på bøkene i serien, 36 ikke,

mens 10 ikke svarte på dette spørsmålet. Skulle alle norske allmennpraktikere ha like mange bøker og abonnere like ofte, tilsier dette et samlet salgstall for for Allmennpraktiker-biblioteket som vi så langt bare kan drømme om. Mye tyder derfor på at det er de spesielt

interesserte som har svart. Tabell 1 viser fordelingen av svaralternativene.

Det er relativt små forskjeller i rangeringen av bokforslagene, gjennomsnittsverdien faller stort sett mellom "kanskje en god ide" og "av

stor interesse" etter den skalaen som ble brukt. Det er likevel verd å merke seg at muskelskjelettsykdommer i allmennpraksis - som i 1984 (2,3) - er det temaet som påkaller den største interessen. Vanskelig emne, vanskelige pasienter - og vanskelig å skrive god bok om?

Flere av de bøkene som scoret høyt på listen i 1984 er allerede skrevet. De tre som da kom høyest på listen etter muskelskjelettsykdommer var diabetes i allmennpraksis, svangerskapskontroll i allmennpraksis og geriatri i allmennpraksis. NSAM's handlingsprogram for diabetes er like rundt hjørnet nå (i GHE - serien, svarende til blodtrycksprogrammet), og de andre to kan kjøpes som bøker i Allmennpraktikerbiblioteket allerede.

Etter den desiderte toppscoreren (som vinner enten man regner ut fra gjennomsnittsscore eller f. eks. slår sammen antall 4 og 5 score) - er det ganske jevnt, men man kan likevel skille ut en gruppe som scorer høyt både på gjennomsnitt og på "plassiffer". Denne gruppen består av "Allergi i allmennpraksis" (bok er under arbeid!) - Psykiatri i allmennpraksis (når melder forfatteren seg?), Gynekologi i allmennpraksis (er ikke den norske studentlæreboka god nok til bruk i allmennpraksis?) og Chirurgia minor for allmennpraktikere. Diabetesboka scorer fortsatt høyt og er på vei, og Kroniske smerter, Legevaktlegens trøst og læreboka i allmenmedisin står også høyt på ønskelisten.

Av forslag vi fikk utenom listen nevnes:

- Pediatri i allmennpraksis,
- Øre-Nese-hals - sykdommer,
- Øyesykdommer,
- Legens rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid i miljø og samfunn,
- Nye behandlingsmetoder,
- Symptomorientert hverdagsveileder,
- Sykehjemsmedisin.

Vi synes flere av disse forslagene kan sammenfattes i ønsket om en god og praktisk, symptom/temaorientert

## B Hypnotikum

**Tabletter:** 0,125 mg. og 0,25 mg.  
Hver tablett inneh.: Triazolam 0,125 mg resp. 0,25 mg. Tablettvekt ca. 100 mg. Fargestoff: 0,125 mg: Indigotin, erytrosin. 0,25 mg: Indigotin. 0,25 mg tablett har delstrek.

### Egenskaper:

**Klassifisering:** Kortvirkende benzodiazepinderivat som ikke gir akkumulering etter gjentatt daglig administrasjon. Hypnotisk-sedativ, angst-dempende, muskelrelaxerende og antikonvulsiv virkning, hvorav den hypnotisk-sedative komponent er mest fremtredende. **Absorpsjon:** God, minst 80% absorberes. **Proteinbinding:** Løst bundet, 89% til serumproteiner. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig 2,3 timer, med en variasjon på 1,7—3,0 timer. **Metabolisme:** Hovedmetabolittene alpha-hydroxytriazolam og 4-hydroxytriazolam gjenfinnes som konjugerte glukuronider som ikke har noen klinisk betydning. **Utskillelse:** Ca. 90% i urin og 10% i fæces. **Overgang i placenta/morsmelk:** Dyrestudier viser overgang både i placenta og morsmelk.

### Indikasjoner:

Triazolam er indiset hos pasienter med forbigående og kortvarig insomni. Kan brukes som kortvarig adjuvans til pasienter under non-medikamentell behandling for kronisk insomni.

### Kontraindikasjoner:

Hypersensitivitet for legemidlet.

### Bivirkninger:

Hovedsaklig doseavhengighet. Døsighet, om-tåkehet, svimmelhet, ørhet og nedsatt koordinering har forekommet. I likhet med andre benzodiazepiner har det vært rapportert en lav forekomst av paradoksale reaksjoner og også spredte tilfeller av anterograd amnesi.

### △ Forsiktighetsregler:

Bør fortrinnsvis gis et begrenset tidsrom p.g.a. fare for tilvenning. Bør ikke brukes sammen med alkohol eller CNS-dempende farmaka p.g.a. additiv dempende effekt. Forskrives med for-

siktighet til depressive pasienter. Teratogen virkning er ikke påvist, men preparatet bør likevel ikke gis gravide kvinner, særlig ikke i første trimester. Da det ikke kan utelukkes at virkestoffet går over i morsmelken, bør preparatet ikke gis til diegivende. Anbefales foreløpig ikke til personer under 18 år. Kan, avhengig av dosen, påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet av bilførere og personer som betjener farlige maskiner eller har annet risikofyllt arbeid inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Alvorlig sedasjon og nedsatt koordinering er indikasjon-er på legemiddelintoleranse eller overdosering. I likhet med andre benzodiazepiner bør ikke Halcion gis til potensielle misbrukere p.g.a. fare for avhengighet. Vanlige forsiktighetsregler må tas hos pasienter med nedsatt nyre- eller lever-funksjon.

### Interaksjoner:

Interaksjon kan ses med CNS-depressiva (bl.a. alkohol). Plasmakonsentrasjonene kan omtrent fordobles ved samtidig administrasjon med ci-medidine, men akkumulering forekommer ikke ved gjentatt dosering. Ved samtidig inntak av erytromycin kan plasmakonsentrasjonen fordobles og halveringstiden øker. (I:55 e benzo-diazepiner).

### Dosering:

Tilpasses individuelt for å oppnå optimal effekt uten oversedering. Anbefalt dosering 0,125—0,5 mg like før man går til sengs. Hos voksne gis initialt 0,25 mg og økes til 0,5 mg om nødvendig. På grunn av større følsomhet hos geriatriske pasienter gis initialt 0,125 mg som kan økes trinnvis til 0,25—0,5 mg om nødvendig. Til hospitaliserte pasienter kan initialt gis 0,5 mg (unntatt eldre). **Voksne:** 0,25—0,5 mg.




### Pakninger og priser:

0,125 mg: 10 tabl. kr. 17,00 — 30 tabl. kr. 31,85 — 100 tabl. kr. 83,30 — 10×100 tabl. kr. 784,15.  
0,25 mg: 10 tabl. kr. 21,75 — 30 tabl. kr. 44,20 — 100 tabl. kr. 121,85 — 10×100 tabl. kr. 1169,75.

# Halcion®

(triazolam)

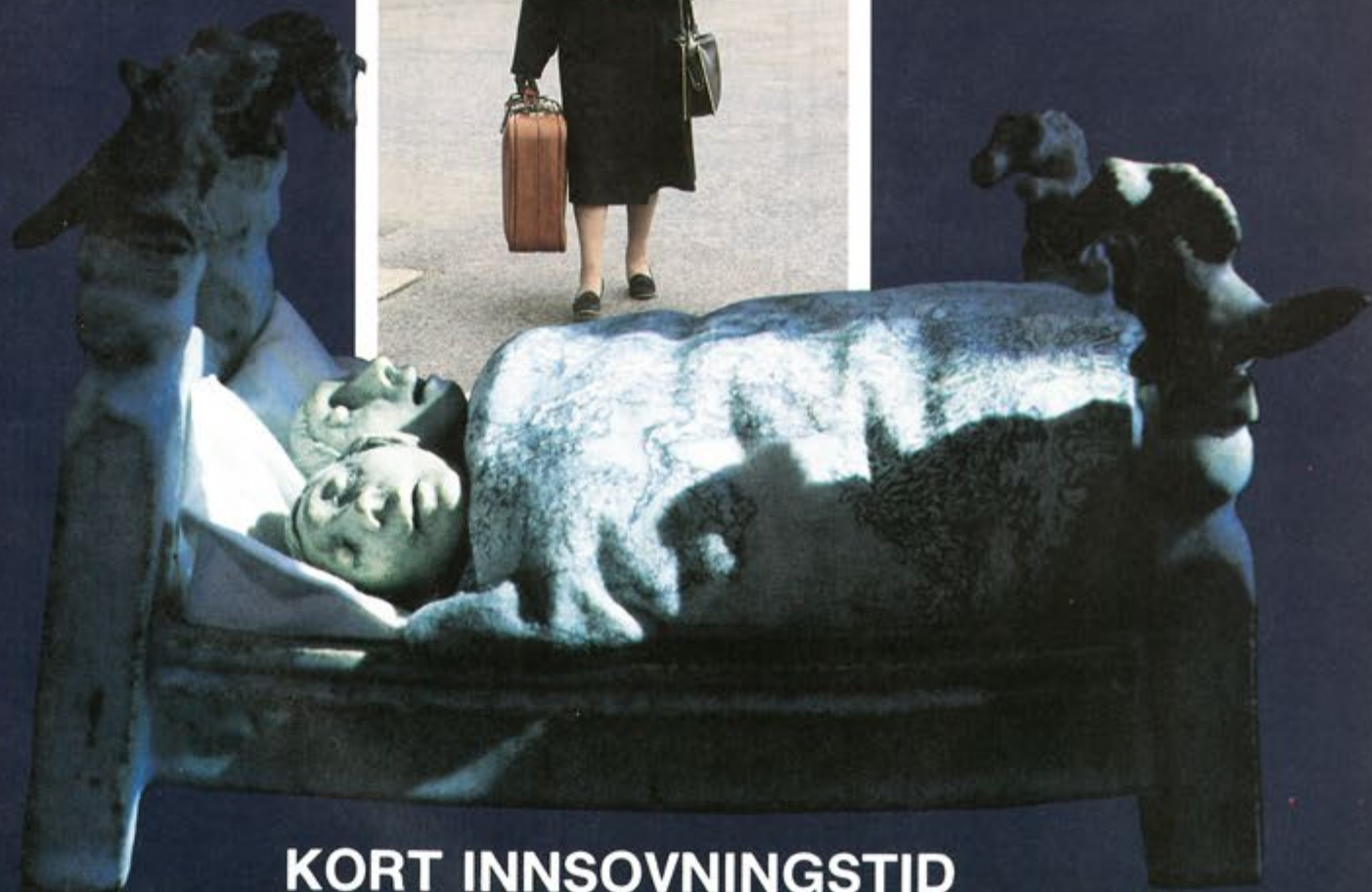
## DOSERINGSANBEFALING

 0.125 mg	<b>Geriatriske pasienter</b>
 0.25 mg	<b>Voksne ved behov: Ger. pas.</b>
 0.5 mg	<b>Ved behov: Hospitaliserte pas. Voksne Ger. pas.</b>



# Halcion<sup>®</sup> (triazolam)

OPPLAGT NESTE DAG\*



KORT INNSOVNINGSTID  
OG BEDRE SØVNKVALITET\*

PRODUCT OF  
**Upjohn**  
CNS  
RESEARCH

Registrert varemerke: HALCION  
Upjohn Informasjon,  
Boks 6749, St. Olavs Plass  
0130 OSLO 1  
Tlf. 02-20 72 20

\*"Preparatkort HALCION"  
Nytt fra Statens Legemiddel-  
kontroll 15. sept. 1983

For nærmere opplysninger  
se Felleskatalogen.

Vi vil ikke ut fra denne listen konkludere med at noen av de bokprosjektene som er under arbeid, og som ikke står på toppen av listen, er av liten interesse. Tvert imot synes vi undersøkelsen bekrefter at vi har et stort behov for allmennmedisinsk litteratur, og at det er interesse for alle de temaene vi spurte om. Men listen gir en god pekepinn om hva som ikke er gjort og hva som først bør gjøres.

### HVEM SVARTE?

Tabell 2 viser alders- og kjønnsfordelingen for de 61 som svarte.

21 praktiserer i by, 18 i tettsted med mer enn 5000 innbyggere og 20 i landdistrikt, 2 svarte ikke på spørsmålet om praksissted. Vi spurte ikke etter fylke, men et raskt overblikk over stemplene på svarkortene tilsier at alle landsdeler og de fleste fylkene er representert, med Vestlandsfylkene som de flittigste bidragsyterne.

Tabell 3 viser fordelingen på stillingstype og utdanning, og tabell 4 alder og erfaring i allmennpraksis.

Boktittel	1	2	3	4	5	Ub	Gj.sn
1. Muskelskjelettsykdommer i allmennpraksis	1	3	4	22	30	1	4.28
2. Familien i allmennpraksis	4	13	23	15	4	2	3.03
3. Helseopplysning i allmennpraksis	3	5	23	18	10	2	3.45
4. Laboratoriet i allmennpraksis	3	12	16	22	6	2	3.27
5. Organisering av egen praksis	7	10	23	11	8	2	3.05
6. Kroniske smerter i allmennpraksis	2	8	14	24	11	2	3.57
7. Yrkesmedisin for allmennpraktikere	6	15	16	19	3	2	2.96
8. Gastroenterologi i allmennpraksis	3	12	24	15	5	2	3.11
9. EDB i allmennpraksis	4	10	20	16	9	2	3.27
10. Urinveislidelser i allmennpraksis	4	16	19	18	3	1	3.05
11. Diabetes i allmennpraksis	2	7	15	25	10	2	3.57
12. Alkohol i allmennpraksis	4	11	15	19	11	1	3.36
13. Chirurgia minor for allmennpraktikere	2	10	11	22	15	1	3.63
14. Helsestasjonsarbeid	6	8	12	25	9	1	3.38
15. Gynekologi i allmennpraksis	2	7	10	31	9	2	3.64
16. Sexologi i allmennpraksis	3	9	25	17	5	2	3.20
17. Allergi i allmennpraksis	0(!)	4	15	26	14	2	3.84
18. Psykiatri i allmennpraksis	2	8	8	23	18	2	3.79
19. HIV/AIDS i allmennpraksis	5	17	22	15	0(!)	2	2.79
20. Legevaktlegens trøst	6	7	14	13	20	1	3.56
21. Lærebok i allmennmedisin	2	11	17	15	15	1	3.50
Sum	71	203	346	411	215	35	3.39

TABELL 2

Alders- og kjønnsfordeling for de som svarte. N = 61.

Alder	Kjønn	
	Menn	Kvinner
20 - 29	1	3
30 - 39	25	8
40 - 49	15	3
50 - 59	4	
60 - 69	2	
Sum	47	14

TABELL 3

Stillingstype og spesialisering for de som svarte. N = 61.

Type stilling	Type spesialisering *					Sum
	Alm. Dnlf	Alm. med.	Sam. med.	Alm. sam.	In-gen	
Avtalelege	2	7			5	14
Kommunelege	6	4	1	8	22	41
Bydelslege	2	1			2	5
Turnuskand.					1	1
Sum	10	12	1	8	30	61

\*

- Alm. dnlf = allmennpraktiker Dnlf
- Alm. med. = spesialist i allmennmedisin
- Sam. med. = spesialist i samfunnsmedisin
- Alm. sam. = spesialist i allmenn/samfunns-medisin.

Andre spesialiteter er ikke medtatt her.

TABELL 4

Alder og erfaring i allmennpraksis for de som svarte. N = 61.

Alder	Erfaring (år i allmennpraksis)							Sum
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	
20-29	4							4
30-39	11	20	2					33
40-49		2	9	5	2			18
50-59	1			1	2			4
60-69						1	1	2
Sum	16	22	11	6	4	1	1	61

## LITTERATUR.

1. Rytter E, Loge J H. Hvilke bøker vil dere ha nå, da?? Utposten 1988; 17: 42-6.
2. Westin S. Hvilke bøker vil dere ha? Utposten 1984; 13; 74-8.
3. Shetelig A, Westin S. Hvilke bøker bør skrives? Utposten 1984; 13; 138-40.

ADRESSELISTE  
- PUBLISERINGS-  
UTVALGET

Irene Hetlevik  
Ranheim Legesenter  
7059 Rydningen  
Tlf. 07/57 19 95/57 19 96

Jostein Holmen  
Gruppe for helsetj. forskn.  
Distriktslegekont. i Verdal  
Postboks 234, 7651 Verdal  
Tlf. 076/77 144

Eilif Rytter  
Bydelsforvalt, Grunerløkka  
Trondheimsveien 2  
0560 Oslo 5  
Tlf. 02/20 64 05

Anne Wyller Shetelig  
Legesenteret i Klæbu  
7060 Klæbu  
Tlf. 07/83 26 75/83 23 23

Steinar Westin  
Institutt for samfunnsmed.  
Eirik Jarlsgate 10  
7000 Trondheim  
Tlf. 07/59 88 75

Universitetsforlaget

Gunn Karin Skatvedt  
Universitetsforlaget  
Postboks 2959 Tøyen  
0608 Oslo 6  
Tlf. 02/27 60 60



# UTPOSTENS es

Juryen for Utposten's essaypris 1988 har i telefonkonferanse 010988 vurdert 8 manuskripter. Det har vært spennende lesning av interessante, aktuelle og sentrale temaer innen fagene allmenn- og samfunnsmedisin. Temaene spenner over et vidt spekter. Nytt av året er litterære perler i prosa.

Og det er nettopp en av disse perlene juryen enstemmig har funnet å ville gi førsteprisen i årets essaykonkurranse.

**Utsikt fra stupet** er en særdeles treffende tittel på et personlig, ærlig og velskrevet bidrag til bekymring for at kollegaer går tomme. Temaet er etterhvert blitt fokusert ved flere anledninger og på flere måter. Men i dette essayet har forfatteren mestret å få fram fortvilelsen i konflikten mellom ideal og virkelighet i allmenmedisinsk praksis. Vi følger hovedpersonen gjennom en eneste dag, - en helt vanlig dag. Orker han flere slike? spør prisvinneren.

Juryen har funnet at det er en verdig annenprisvinner også i år. Forfatteren avslører en solid litteraturstudie, et jordnært engasjement kombinert med solid kjennskap til det vitenskapelige grunnlag som faget allmennmedisin til nå er bygd på. Forfatteren presenterer rikelig dokumentasjon for behovet for paradigmeskifte, men ikke det alene. Vårt fag må stå på 2 bein, det ene er den naturvitenskapelige erkjennelse av vår vikelighet, det andre en hermeneutisk forståelsesmåte.

**Tanker om allmennmedisinens vitenskapelige grunnlag** er et spennende, omfattende, elegant skrevet dokument som vekker nysgjerrighet og stimulerer til videre lesning og diskusjon. Vi står kanskje bare ved begynnelsen av en ny epoke i vårt fag. Endret vitenskapelig grunnlag er kanskje underveis.

Forfatterens bidrag fører oss et steg videre. - En enstemmig jury konkluderte med at dette måtte bli en annenpris i Utposten's essaykonkurranse 1988.

Kongsberg/Bergen/Oslo/Kongsvinger  
010988

Inger Marie Steinsholt, Per Fugelli,  
Magne Nylenna, Eli Berg.

*Vinner  
av  
essayprisen  
1988*

Olav Rutle f. 1945, adresse Jessheim. Arbeid halv tid som allmennpraktiker på Jessheim, halv tid som amanuensis på Institutt for allmennmedisin i Oslo.

Hvorfor har du engasjert deg i at noen kolleger går tomme?

Spørsmålet stilles til vinneren av essaykonkurransen i Utposten 1988, Olav Rutle. Svaret kan deles i tre:

- Bakgrunnen er at kolleger i nærheten av meg har måttet gi opp. De har gått tomme. Andre har fortalt om kollegavener som har blitt så nedkjørt at de har tatt sitt eget liv. Dette synes jeg det er viktig å ta opp. Det slår meg også at de kolleger det gjelder ofte var de beste, de som la sin sjel og all sin arbeidskraft i jobben. Det har skremt meg.

- Jeg har også følt problemet på egen kropp. "Nå orker jeg ikke mer". Jeg har ikke vært utbrent, men antakelig langt på vei og følt meg ganske tom. Men jeg har klart å ta meg inn igjen.

- For det tredje er det viktig å få dette problemet opp i dagen, snakke om det, alminneliggjøre det. "Du er ikke alene".

Hva håper du å oppnå med essayet ditt?

At vi kan begynne å snakke om det å gå tom, - at vi tør si at "jeg har hatt lyst til å gi opp, - min praksis er ikke alltid på topp". Mange har ikke orket det. Men dette er noe alle kan oppleve. Det er viktig å alminneliggjøre det, prate om det, snakke til kolleger om at "jeg gruer meg til å gå på jobb", "pasientene oppleves som fiender". Vi er opplært til å ha svar på alle spørsmål, kunne løse alle ting. For oss selv er det da vanskelig å oppsøke en kollega for å be om hjelp, - en kollega som kanskje klarer det vi ikke makter. På den annen side føles det vanskelig å ta kontakt med en kollega som vi ser ikke har det godt.

Takk for praten, Olav Rutle. Kolleger vil kjenne seg igjen i det du har skrevet. Det vil legalisere at temaet kommer på banen blant leserne. Gratulerer med velfortjent pris!

Eli Berg.

# saypris 1988

## Utsikt fra støpet

### Olav Rutle



Det er en vanlig fredag morgen. Klokka er 6.30. Jeg er på vei inn i dusjen da jeg hører telefonen kime. Jeg skynder meg å skru på vannet så brusingen skal overdøve telefonen. Den gir seg nok snart, i allefall er den ikke til meg. Toril, min kone, stikker nesen inn i dusjen. Det er telefon til deg.

En ny hverdag har begynt.

Hvem er det som ringer? Det er Kåre Johnsen. Javel. Uten å tørke meg, med damper på gulvet for hvert skritt, tar jeg telefonen med en irritert bevegelse. Det er dr. Lien.

Unnskyld at jeg ringer - men jeg er så engstelig for Tone. Hun ville ikke ha legevaktslegen i går. Hun har vært så urolig i natt. Hun har ikke fått sovet. Hun har holdt oss våkne hele natta, har bare vandret fram og tilbake. Du

vil ikke komme å se til henne? Sier du det - ja, ja, jeg skal ta meg en tur, men det blir først utpå ettermiddagen. Du kan ikke komme før da? Nei - nei jeg har fullt av pasienter fram til da så det blir vanskelig. Ja, du har vel det - jeg tror ikke vi holder ut lenger, konen min sitter her og gråter, hun klarer ikke mer, sier hun. Jaså, ja - jeg skal prøve å komme så snart jeg kan, jeg skal bare ta meg en matbit først. Tusen takk, det var snilt.

Tone Johnsen er førti år. Hun bor sammen med sine gamle foreldre. Hun har i mange år hatt et betydelig alkoholproblem. For to til tre dager siden fikk hun en gastroenteritt og har av den grunn ikke klart å få tak i alkohol. Hun er i en abstinensfase. Moren ringte i går og lurte på om jeg ikke kunne komme å se til henne. Jeg skal i et møte sa jeg. Jeg skal prøve å

komme, men du får ringe legevakten hvis jeg ikke har kommet før klokken 8.

Jeg skulle ikke på møte, men jeg orket ikke å dra i sykebesøk. Jeg er blitt så trett i det siste. Orker ingen ting mer. Når jeg kommer hjem etter arbeidet føler jeg meg helt tom. Det verker i kroppen. Jeg er ofte mer sliten etter en arbeidsdag enn etter et mosjonsløp. Jeg syns ikke jeg er uthvilt om morgenen heller. Jeg har ikke søvnvansker, men pasientene, symptomene, klagene begynner å dukke opp i drømmene. Det er noe nytt - det hendte aldri før. Kanskje er det bare formen som er blitt dårligere? Jeg har jo ikke fått trent noe særlig i det siste. Hver uke har jeg satt meg føre å trimme to eller tre ganger, men enten er det møter og arbeid, eller så er jeg så pumpa etter jobben at jeg rett og slett ikke orker å komme meg ut. Nå er det visst en måned siden den siste lille joggeturen. Bunken av bøker, artikler og tidsskrifter, som jeg har lagt til side for å lese senere, er som et berg av dårlig samvittighet. Nå legger jeg ikke tidsskriftene til side lenger, de ligger over alt - ulest. Ikke får jeg gjort noe hjemme heller. Jeg er jo egentlig glad i å stelle i haven, glad i å snekre litt. Men nå er lysten borte. Kjellerrommet som har stått halvferdig i snart to år er stadig en kilde til irritasjon. Nå er det snart ingen som nevner det lenger i redsel for at far skal få enda en utblåsning. Alle helger og kvelder er fulle av papirarbeid, møter (hvorfor sa jeg ja til å bli formann i fotballstyret?), trykkesaker, henvisninger, utvalgsarbeid, forberedelse til foredrag. Alltid er det noe som haster, alltid var tidsfristen i går.

Men her er det ikke tid for grublerier.

Toril, når har vi første pasienten i dag? Jeg tror det er kvart over åtte. Det var som bare - da må jeg skynde meg skal jeg klare å komme på kontoret i tide.

Den velkjente knuten i magen rører på seg. Den sitter i mellomgulvet, magen får liksom ikke hvile. Jeg drar

pusten dypt og skynder meg i dusjen. Frokosten er to brødiskiver stående ved kjøkkenbenken mens unger farer fram og tilbake, spiser, smører matpakker, slåss om de beste joggeskoa og skal ha underskrift på den siste prøven. Vil du ikke se på den nye buksa jeg har på meg da, spør den mellomste datteren. Nei, har ikke tid. Var det ikke noe mer fornuftig du kunne brukt pengene på, har ikke du bukser nok? Nei, hun har ikke det, de er blitt for små, sier Toril i forbifarten. Jeg ser opp. De sårede øynene til datteren min sitter som kniver i brystet. Jeg har klart det igjen - negativ - angrep, det er visst blitt min væremåte i det siste.

Ungene gir meg dårlig samvittighet - det skal bli godt å komme seg ut.

Toril kommer løpende. Kan du kjøre meg til kontoret først slik at jeg kan låse opp hvis du kommer for sent? Det er like før jeg ber henne gå, det er jo ikke så langt. Å kjøre henne først betyr jo bare at sjansen øker for at jeg kommer for sent på kontoret. Jeg klarte å bite kommentaren i meg, men tonen i: da få du jammen få opp farten, avslører tanken.

Jeg kommer til kontoret akkurat et kvarter etter at første pasienten hadde time. Å se gjennom journalene før dagen starter får jeg ikke tid til. Forresten - den rutinen er visst ikke rutine lenger. Ofte og oftere blir det for dårlig tid til det vi syns var gode rutiner, til det vi var enige om å gjennomføre. Det er visst lovmessig - gode forsett varer høyden to måneder. Det gjelder nyttårsforsett og det gjelder gode rutiner på kontoret. Problemet vårt er at vi ikke har tatt oss tid til å fornye forsetta. Toril har mast, men det blir aldri til at vi gjør det. Jeg har inntrykk av at hun er i ferd med å gi opp på dette området også. Hva tid skal vi få gjort det? Etter arbeidstid er vi så slitne begge to at det ville være nytteløst. Det har vi i allefall funnet ut at å ta opp problem og rutiner når vi er slitne, det fører til mer krangel enn til fornuftige løsninger. Men en gang er vi vel nødt til å ta oss på tak.





# essaypris 1988 • UTPOSTENS essaypris

Ikke før har jeg kommet inn på kontoret så ringer telefonen. Det er Lien. Hallo, det er fru Sigvartsen. Moren min falt i går og slo seg stygt i ansiktet. Nå ligger hun på sofaen. Jeg får ikke skikkelig kontakt med henne. Jeg tror hun har fått et slag. Jeg hadde legevaksle her i går og han sa at jeg skulle ringe legen min hvis hun ikke var blitt kjekkere. Hun måtte sikkert på sykehus, sa han. Jeg syns ikke hun er blitt bedre, heller verre. Urinen har gått i senga. Hvor gammel er moren din? Hun blir snart 83 år. Det tror jeg nok ikke hun blir, tenker jeg i mitt travle sinn. Ja - det høres ut til at hun trenger et besøk. Jeg skal komme å se til henne litt utpå dagen, akkurat nå er det så mange pasienter her.

Knuten i mellomgulvet er der plutselig igjen. Nå sitter den fastere. Jeg sa litt utpå dagen, men jeg vet det blir ikke før etter arbeidstid hvis ikke noe spesielt skulle skje. Jeg vet også at de pårørende sikkert vil begynne å vente på meg om en time eller så. Dessuten gruer jeg meg allerede til telefonsamtalen om innleggelse. Når alder og diagnose er klar begynner forhøret. Er ikke dette et pleieproblem, kan ikke hjemmesykepleien stille opp, er det ikke plass på sykehjemmet, har hun ikke pårørende? I bakgrunnen står de pårørende som enten blir fortvilet eller aggressive fordi helsetjenesten ikke vil ta seg av gamle mor. Knuten snører seg til og blir sittende.

Jeg er en halv time forsinket ut fra start, men det går noenlunde. Det er greie folk med greie, firkantede medisinske problem. Jeg er nesten ajour da fru Hagevold dukker opp som den neste - det har sine fordeler å ikke gå gjennom dagens liste.

Fru Hagevold er en elskelig dame på over 80 år, lita og tynn som en flis, men med ørnene. Hun er enke og bor alene.

Hvordan står det til i dag, fru Hagevold? Jo takk, jeg er så frisk så, meg tror jeg ikke det feiler noe, så jeg ville bare ha en sjekk - som de sier. Så du har ingen problemer i dag, slipper det ut av meg før jeg får tenkt

meg om. Og tenkt meg om burde jeg ha gjort for dette var nok til å sette fru Hagevold i gang.

Nei, jeg har ingen problemer i dag, men De skal vite hva som skjedde for 14 dager siden. De vet jeg har postkassen et stykke fra huset - ja, nabofru Hagen sier til meg at jeg burde flytte den nærmere, men jeg synes det er fint med den turen hver dag og postmannen er glad for at den står der for da er det lettere å nå den for ham. Så der skal den stå. Den står altså et stykke fra huset og jeg må gå gjennom et lite skogholt for å komme dit. Midt i dette skoghollet er det en rot som går tvers over veien. Jeg skulle forresten skynde meg denne dagen for jeg hadde like i forveien snakket med min datter i telefonen, hun er i Paris, hun reiste.....

Jeg trekker pusten sakte og dypt. Jeg ser for meg hvordan stolene på venterommet fylles. Jeg tenker febrilsk - hvordan skal jeg få stoppe henne? Jeg har prøvd før, men det er nesten umulig og ikke har jeg hjerte til å være uhøflig. Bare at hun kommer inn i rommet gjør meg på en måte paralyisert. Jeg vet rett og slett ikke hvordan jeg skal takle en slik konsultasjon.

.....så prøvde jeg å røre på den ene hånden, så på den andre, så rørte jeg på det ene benet og så på det andre - og gudskjelov, jeg hadde ikke brukket et eneste ben.....

Jeg syns forresten det er blitt vanskeligere å styre konsultasjonene i det siste. Toril klager og sier jeg bruker lenger tid på pasientene nå enn før, vi kommer stadig etter ruta. Jeg syns jeg skynder meg det jeg kan, men det er liksom så vanskelig å få struktur på det. Og jo mer hun jager på meg jo dårligere fungerer konsultasjonene mine. Det er som om jeg jobber hardere enn før, men likevel får jeg gjort mindre. Takk og pris for at det ikke er et videokamera som ser meg i dag, tenker jeg rett som det er.

Jaså, alle i familien din-blir gamle? Ja det skal være sikkert, men nu er

det noe spesielt med min familie, egentlig kjenner jeg ikke min familie på min mormors side. De skjønner min mormor kom fra Skottland. Morfar var sjømann og så hadde han bruk for en kokke. Og så tok han dette yndige vesenet ombord, ja hun var meget yngre enn ham.....

Jeg tror det må ha skjedd noe med pasientene mine også. Før var alt så greit, det var greie ting som lot seg behandle, det var ordentlig medisin. Nå er det forsyne meg bare psykiatri og sosialproblematikk som tusler inn gjennom døra. Ikke har de problem det går an å gjøre noe med heller. Folk kommer til meg for å få hjelp, men jeg har hverken kunnskap eller muligheter til å gjøre noe for dem. Var det det jeg studerte i 6 år for, å høre på at folk klager over vonder hist og vonder pist, eller på arbeidsgiver, på gubben eller på naboen? Av og til ønsker jeg meg et realt kutt, en virkelig pneumoni som knitrer og bobler på bakflatene, en sikker B12 anemi - hvis det finnes. Er det jeg eller pasientene som er på feil klode?

Endelig er fru Hagevold ferdig og det er matpause. Det er 5 min. til neste skal inn.

Legg av telefonrøret så vi får to minutters fred. Nei, det kan jeg ikke for jeg ba dr. Hoff's legesekretær ringe tilbake i pausen vår. Han skulle snakke med deg. Det var vist noe om et foredrag på et kurs. Nei, nå orker jeg ikke mer forberedelser kvelds og nattetid. Han får finne seg foredragsholdere et annet sted. Jeg forstår ikke hvorfor han ringer. Han satte da ikke særlig pris på det jeg gjorde forrige gang, i allefall sa han ikke noe om det.

Det ringer. Hallo - takk for sist. Javel. Høsten -89, ja det er da lenge til. Det skulle vel bli en råd med det. Det er litt travelt for tiden skjønner du, men jeg har nok gjort unna det verste til da.

Siste matbiten går ned med lunken te. Tenk å få gå hjem nå. Jeg kjenner trettheten sitte som en klo i nakken. Det verker fra et punkt under venstre

skulderblad. Ti til skal gjennom kverna.

Jeg er så vidt begynt da Toril glytter på døra. Det er fru Sigvartsen som ringer om moren sin igjen. Hun lurer på om du har glemt dem? Nei, jeg har ikke glemt dem, jeg skal komme så snart jeg kan, men de må da vite at jeg kan ikke løpe fra kontoret til alle tider. Gamle Holm som sitter hos meg ser litt forskremt opp. Jeg kan gjerne vente jeg hvis det er noe som haster. Nei da, folk må lære seg å vente litt.

Ny glytt på døra. Ekteparet Kaspersen lurte på om du hadde skrevet de attestene til adopsjonssøknaden. Søknaden skulle vært sendt i går. Nei, det har jeg ikke, men jeg skal se om jeg får gjort det i dag.

Mas opp og mas i mente. Så kravstore folk er. Jeg må, jeg skal, jeg trenger, jeg vil, jeg har krav på.....Av og til blir jeg helt kvalm av denne egoismen. Alle oppfører seg som om de var alene i verden. Nå har Kaspersen vært uten barn i syv år, da kan vel ikke noen dager fra eller til bety noe særlig? Forresten, når jeg tenker meg om er det visst mye annet som ligger og venter også. Det er det som sliter mest - alt jeg ikke får gjort. Kanskje kunne jeg bruke en dag eller to i romjula til å rydde opp, eller kanskje kunne jeg stikke bort på kontoret nå til helga for å få unna trygdesakene som har ligget lengst? Jeg kjenner fysisk kvalme og må ta meg sammen for å finne tilbake til tråden i det pasienten forteller. Jeg klarer det ikke, og spør om noe jeg i samme øyeblikk husker pasienten nettopp har fortalt.

Telefonen ringer og jeg hører en velkjent røst. Hei, det er Egil, du kjenner meg igjen? Ja. Du, jeg kom ut av fengslet for 14 dager siden. Nå går det fint. Tørr som knusk i 14 dager. Jeg bor hos mora mi - hun syns det går fint hun også. Du vet jeg kan ikke skuffe henne mer nå. Men - nervene er litt på høykant da vet du. Jeg skal nesten helt sikkert begynne på jobb på mandag. Arbeidskontoret

har ordnet det, og da vet du det er viktig at jeg ikke raser utpå igjen. Så - jeg lurte på om du kunne gi meg noe som jeg hadde - bare til over helga - en minstepakning.

Dette har vi vært gjennom gang på gang, og det siste året har han ikke fått en pille, bortsett fra Reitgjerdop som han kaller det. Men plutselig føler jeg meg så uendelig sliten. Jeg orker ikke diskusjon og kringling, jeg orker ikke å ri prinsipper og tenke på konsekvenser, jeg er bare sjeleglad ingen kollega ser meg. Ja, du skal få en minstepakning, jeg ringer til apoteket så kan du hente den der.

Toril snur seg og ser på meg. Ja, jeg har dårlig samvittighet, men du behøver vel ikke gjøre det verre. Hadde han ikke fått av meg ville han sikkert fått av en annen. Ja, han får nok det også. Men hvor er det blitt av prinsippene som du snakker om til andre?

Hun har rett. Det trengs krefter til å følge prinsipper og idealer. Jeg merker det. Reseptblokka er raskt på bordet og antibiotika pr. telefon er aktuell behandling. Sykmeldingen sitter løst, og ber folk om attester, får de attester. Jeg orker ikke ta opp diskusjonen. Konsekvenser og faglige ideal - det får skrivebordsfilosofene snakke om. På deres kontor sitter det ikke pasienter i alle kroker, på deres kontor kravler det ikke pasienter på gu-benken, på undersøkelsesbenken og på kontorpulten, klar til å klemme den siste livsgnisten ut av deg.

Det er fire pasienter igjen. Det går senere og senere. Jeg klarer ikke å holde tråden gjennom konsultasjonen. Plutselig, mens jeg står og undersøker er det borte for meg hva jeg leter etter. Hypotesene blir færre, av og til blir de helt borte. Jeg måler blodtrykket, men etterpå husker jeg ikke hva det var. Jeg blir usikker og må gjøre ting om igjen, av og til to ganger.

Pasienten går ut og jeg blir sittende og se ut av vinduet. Hva er det som

skjer med meg? Hvor er arbeidsgleden, idealene, de faglige utfordringene. Har ikke jeg vært med å misjonere for allmennmedisinen, for kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende? Er jeg en frafallen, en sviker? Jeg makter ikke å leve opp til egne forventninger, jeg makter ikke å leve opp til kollegenes forventninger og slett ikke til pasientenes. Er det idealene eller meg det er noe i veien med? Idealene høres bra ut, da er det vel meg. De kolleger jeg kjenner høres ut til å jobbe vel så hardt som meg og jeg hører ikke de klager. Kanskje skulle jeg snakke med dem? Nei, det ville være å innrømme at jeg ikke strekker til. De ville sikkert ikke forstå hva jeg snakket om engang.

Jeg skulle ønske jeg hadde litt mer tid, tid til å tenke over det jeg driver med om dagen, tid til ettertanke. Tenk om jeg hadde hatt nok tid til pasientene, tid til å strukturere konsultasjonen bedre, tid til å komme ajour med papirarbeidet, tid til å slå opp i et tidsskrift, tid til å lese en artikkel midt på lyse dagen, tenk om jeg fikk tid til å lese Herbjørg Wassmo, tenk om.....

Harde bank på døra. Hva er det du driver med? Du har to pasienter igjen, og fru Sigvartsen ringte nettopp og var nokså amper i stemmen. Nå måtte du komme.

Endelig er dagen over. Barna har spist eller skal på trening. Vi sitter to alene rundt bordet. Det ble brødsriver i dag også. Det gikk bra med sykebesøket, til og med oversøster på medisin sa de skulle se på pasienten, men de kom til å sende henne hjem så fort de hadde undersøkt henne. Knuten i magen er lettere og på vei til å gli bort. Men punktet under venstre skulderblad er friskt og aktivt og vanskelig å overse

Per ringte og spurte om vi ville komme til dem og bake pepperkakehus og spise middag på søndag. Da går vel hele søndagen da? Ja, vi skulle komme rundt ett-tiden. Nei, det orker jeg ikke. Jeg hadde gledet meg til en rolig og stille helg



hjemme. Dessuten tenkte jeg at jeg skulle få unna litt papirarbeid nå i helga, ellers må jeg gjøre det i romjula. Jeg skal holde et foredrag også, på onsdag, og det hadde jeg tenkt å begynne på. Ja, ja, da får jeg og barna reise da. Forresten, fikk du skrevet den attesten til Kaspersen? Søren, det glemte jeg. Enda en grunn til å være hjemme.

Det er lørdags morgen kl. 5.30. I ørnska merker jeg at Toril står opp og enser etter hvert at telefonen kimer. Jeg hører Toril sier noe om legevaktt, og så kommer hun og legger seg igjen. Hvem var det? Tone Johnsen har fått delir. Jeg ba dem ringe legevakta.

Jeg er så trett at ikke engang samvittigheten våkner.

En hverdag er over, klarer jeg en til?

## Forskningsprosjekt/ behandling av barn med skrive- og lesevansker

### Knut Zapffe

Allmennpraktiker DNLF,  
Arbeidsmarkedsinstituttet, Breivika,  
Tromsø.

Det kan være at mitt problem er banalt for andre enn meg selv, men det bør tas alvorlig når man i min kommune (Nesodden) i et særdeles stramt budsjett går inn for å støtte et samsynsprosjekt med kr. 30 000, - (støttet av Kirke- og Undervisningsdepartementet, KUD). Samtidig får det profylaktiske arbeidet mot AIDS ikke ett øre!

Professor Ivar Lie i sensorisk psykologi i Oslo har fått dekning gjennom KUD til et forskningsprosjekt vedrørende samsynsproblemer hos barn. Han får/ fikk barna fra vår kommune henvist direkte fra PP-kontoret og bruker optiker Arvid Bentzon i Oslo (1). Tidligere har han utgitt en bok om samsynsproblemer sammen med Alf Opheim fra Voss (2). Dette oppdaget jeg som konst. kommunelege først da det stod i avisen og med referanse til overnevnte professor/optiker. Etter at jeg hadde orientert meg på faglig øyenleglig hold, ble jeg overbevist om at det samarbeidet vårt PP-kontor har med overnevnte optiker/ samsynspsykolog må være langt mere utbredt enn noen har oversikt over (3).

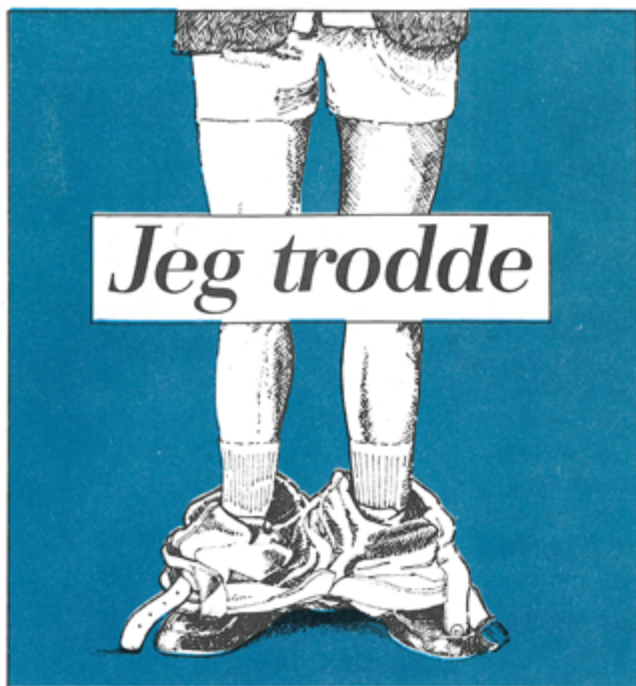
Et lokalt møte med PP-kontor og vår faglige bistand med øyenlege og ortoptist ga like fastlåste synspunkter. Virkningene blir at 1. klassene blir fylt opp med 5-8 prismebrillebærende barn i hver klasse. Hvordan stopper man denne ufaglige oppfølgingen hvor barna ikke har vært undersøkt av ortoptist og som regel heller ikke av øyenlege. Kan kanskje Norsk oftalmologisk Forening hjelpe oss? Problemet ble beskrevet allerede i oktober 1981 av dr. Torstein Bertelsen ved Haukeland sykehus (5). Norsk Dyslexieforbunds blad (4) gir dessverre ikke noen faglig vurdering i sitt blad i motsetning til Astmaforbundet o. a.

Min vurdering er: Mange øyenleger er ikke interesserte i dyslexie, allmennpraktikeren som meg selv vet ikke hva det dreier seg om og PP-tjenesten kjører sitt eget løp utenom helsetjenesten. Kan noen gi meg svar?

### REFERANSER

1. Synsvansker i alle klasser: Flere kan hjelpes. Artikkel, Norsk Skoleblad nr. 12 1986.
2. Samsynsproblemer av Ivar Lie og Alf Opheim.
3. Informasjonsmappe for voksne dyslektikere, side 40-46, Norsk dysleksiforbund.
4. Dyslektikeren nr. 5-6 1987, side 1-6 og informasjonsmappe for undervisningspersonell, side 89-95.
5. "Lese- og skrivevansker hos barn", Øyenavd, Haukeland sykehus, okt. 81, dr. Torstein Bertelsen, utgiver: Norsk oftalmologisk Forening.





**Jeg trodde**



**Jeg visste**



**H**usker du sist du ble «tatt med buksa nede»? Fordi det var kommet ny informasjon du ikke kjente til? Fordi du manglet oversikt på et område du ikke arbeider med til daglig? Du kan tro du vet – men det skjer stadig nye ting som du trenger oppdatering på.

Artikler i fagpresse kan holde deg rimelig ajour, men de kan aldri erstatte de mer omfattende kunnskapsene en fagbok kan gi deg.

Fagbøkene fra Tano omhandler mange av problemstillingene du møter når du arbeider i helsesektoren. Tano er riktignok ikke det største fagbokforlaget, men vi satser stort på å bli det beste.

Derfor velger vi våre forfattere med omhu.

Finn ut hvilke bøker du trenger, legg kupongen i posten og tvilen på hylla. Fra nå av skal du vite, ikke tro!



Det lille fagbokforlaget med de store forfatterne



**KNUT A. HOLTEDAHL  
KREFTDIAGNOSTISK HÅNDBOK FOR ALMEN PRAKSIS**

Boken inneholder bl.a. en konsentrert, systematisk organoversikt der vanlige symptomer, diagnostiske poeng og rutiner for oppfølging blir skissert for hvert organ.

Høltedahl har vært aktiv i den norske Kreft-almenpraktikergruppen, og de fleste av hans publikasjoner har handlet om kreftdiagnostikk.

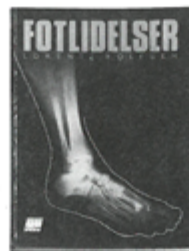
Pris kr. 98,- Antall sider 103

**EIMAR MUNTHE/ØIVIND LARSEN  
REVMATISME**

**Gamle plager – ny viten**

I løpet av de siste 50 årene har revmatologien forandret seg dramatisk, ikke minst fordi man har fått nye kunnskaper om de mekanismene som ligger til grunn for at sykdommene utvikler seg. Forfatterne som er våre fremste eksperter på området gir et innblikk i denne spennende delen av medisinen.

Pris kr. 180,- Antall sider 156



**LORENTZ RØLFSEN  
FOTLIDELSER**

Boken omfatter såvel lokale lidelser som fotsymptomer ved generelle sykdommer. Kapitlene behandler anatomi, fysiologi, biomekanikk, samt de enkelte lidelser – med symptomer, diagnose og behandlingsforslag. Boken inneholder nærmere 1000 av forfatterens egne illustrasjoner.

Pris kr. 348,- Antall sider 278

**BESTILLINGSKUPONG**

Ja! Jeg/vi bestiller

\_\_\_\_\_ eks. Kreftdiagnostisk håndbok for almen praksis, kr. 98,-

\_\_\_\_\_ eks. Revmatisme, kr. 180,-

\_\_\_\_\_ eks. Fotlidelser, kr. 348,-

FORSENDELSKOSTNINGER KOMMER I TILLEGG

FIRMA: \_\_\_\_\_

NAVN: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

POSTNR./STED: \_\_\_\_\_

SKRIV TYDELIG ELLER BRUK FIRMASTEMPEL

Kupongen sendes

**studia**  
UNIVERSITETSBOKHANDEL

P.B. 2627 5026 Bergen





# En tidligere frisk, eldre kvinne brygger lårhalsen

**Marit Hafting**  
kommunelege Voss.

Jeg arbeidet som kommunelege på Guros hjemsted i 6 år. Kort tid før jeg skulle slutte sommeren -85, ringte hun og ba om resept på reisesyketabletter. Hun beklaget da sterkt at jeg skulle slutte. "Det har vore så trygt å ha deg der ute". Da jeg så etter i journalen hennes, viste det seg at hun ikke hadde vært i kontakt med kontoret de årene jeg hadde vært der, og heller ikke deltatt i helsekontrolltiltaket for eldre som vi hadde hvert 2. år. Guro var den gang 78 år og aktiv i bygdesamfunnet - bl. a. sentral i Helselaget og Pensjonistlaget.

Våren -87 gjennomførte jeg en intervju-undersøkelse blant de eldre i mitt "gamle distrikt" som brukte helsevesenet lite. Guro var da en av informantene jeg hadde plukket ut. Hun innledet med å si at det gikk bedre nå, at hun hadde vært ute og ruslet på tunet i vårsola for første gang siden des. -85.

I løpet av samtalen kom det fram at hun en av de første dagene med "blanksvell" på førjulsvinteren -85 hadde falt på veien, og da hun ikke klarte å reise seg, ble hun sendt til det lokale sykehuset. Der ble hun operert med en gang. Etter operasjonen klarte hun ikke spise - "fikk mat gjennom slanger både til armen og gjennom halsen". Hun ble liggende på sykehus utover vinteren, kunne etterhvert gå i gangene med støtte, men beholdt "slangene". Familien kom reisende fra hele landet for å besøke henne. "Ein dag

kom syster mi, og ho sa at no ser du til å koma deg ut herifrå! Eg sa det såg for meg ut til at eg skulle døy no. Då vart ho sint, og spurde om eg visste kva som feilte meg. Då eg svara nei; gjekk ho og henta ein doktor. Han sa eg hadde brote hofta, at ho var operert og hadde grodd fint. Då eg kom heim, 13.2 kan du tru at apetitten kom attende!"

Da hun hadde vært hjemme noen uker, fikk hun imidlertid trombose i leggen, og måtte reinnlegges. Etter dette hadde hun flere korte sykehusopphold utover våren. "Eg trudde dei skulle undersøkje magen - du veit, eg klarde ikkje ete på sjukehuset - lukta, dei sjuke og alt det tok apetitten".

Da jeg sa at så langt jeg kunne se, fungerte hofta bra innendørs nå, sa hun: "Hofta har ikkje vore noko problem. At det skulle ta tid å trenast han opp, er ikkje anna å venta. Nei, det er alt dette andre med magen og slikt som har øydelagt helsa mi. Men i dag har eg altså vore ute i tunet, og det gjorde godt!"

Samtalen ga grunn til ettertanke, og etter at jeg har hørt gjennom båndopptaket av samtalen flere ganger, ser det for meg ut til at Guro fortsatt ikke vet om det ble funnet noe ved undersøkelsene av magen, men at hun har en god forklaring på årsaken til ernæringsproblemene selv. "Lukta, dei sjuke og alt det der". Da blir man stående igjen med at det å bli innlagt i sykehus i seg selv har øydelagt helsa hennes slik at hun fortsatt regner seg som syk, men i bedring, 1 1/2 år etter oppholdet!

# TETRALYSAL®

(lymecyclin)



## Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

**KAPSLER 150 mg og 300 mg:** Hver kapsel inneh.:

Lymecyclin. aeqv. tetracyclin. 150 mg, resp. 300 mg.

**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. legemsvekt pr dag.

Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

Lymecyclin er en videreutvikling av tetracyclin hydroklorid. En aminosyre er tilsatt, slik at absorpsjon skjer tidligere i G.I.-tractus. Fordelene er: Mindre G.I.-bivirkninger, bedre lipidløslighet og hurtigere absorpsjon.

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

# 300 mg Tetralysal 2 ganger i døgnet er effektivt og rimelig for pasienten

Priser pr. 1. mars 1988 (30 pkn. eller 14 pkn.)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg × 1	kr. 143,60
DOXYLIN	100 mg × 2	kr. 268,20
DUNOXIN	100 mg × 2	kr. 279,10
VIBRAMYCIN	100 mg × 1	kr. 169,70
VIBRAMYCIN	100 mg × 2	kr. 318,80
TETRALYSAL	300 mg × 2	kr. 143,10

### Doseringsintervall:

**l** = lymecyclin = Tetralysal

**d** = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin – farmakokinetikk:

C max (mg/l)    t max (h)    t 1/2 (h)    AUC (mgh/l)

<b>l</b>	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
<b>d</b>	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

- Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. (2).
- Behandling blir også rimelig for pasienten med Tetralysal x 2: a) for pasient + partner v/chlamydia-infeksjoner 7–10 dager (1).

Fra kr. 71,55 tilsv.  $\frac{30 \text{ pkn}}{2}$  til  
kr. 105,10 (20 pkn.) pr. person.

- b) Bronkitt 10 dager: kr. 105,10 (20 pkn.) (3)
- c) Salpingitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (5)
- d) Sinusitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (4)

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske parametre ved steady-state for lymecyclin og doxycyclin etter p.o. dosering med standardregime. 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).

Imidlertid styrkes oppfordringen i en senere studie (6) av D. Danielson, Ørebro. 5. dag lå alle som fikk 100 mg doxycyclin × 1 under Mic-verdien (1 µg/ml) (snittverdi)

(1) Mårdh. Møller, Paavonen: *Chlamydia trachomatis* in Genital and Related Infections, *Scandinavia Journal of Inf. Diseases*, Supp. 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.: *Antiviot. Regimes in Severe and Acute Purulent Exacerbations of Chronic Bronchitis*. *British Medical Journal* 1968, 2, 735–738. (4) Carefelt & 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. (6) D. Danielsson et al.: *Vilket tetracyclin bør väljas*. *Läkartidningen* volym 83–nr. 6–1986.





# »Om å fjø hetta av glassampuller»

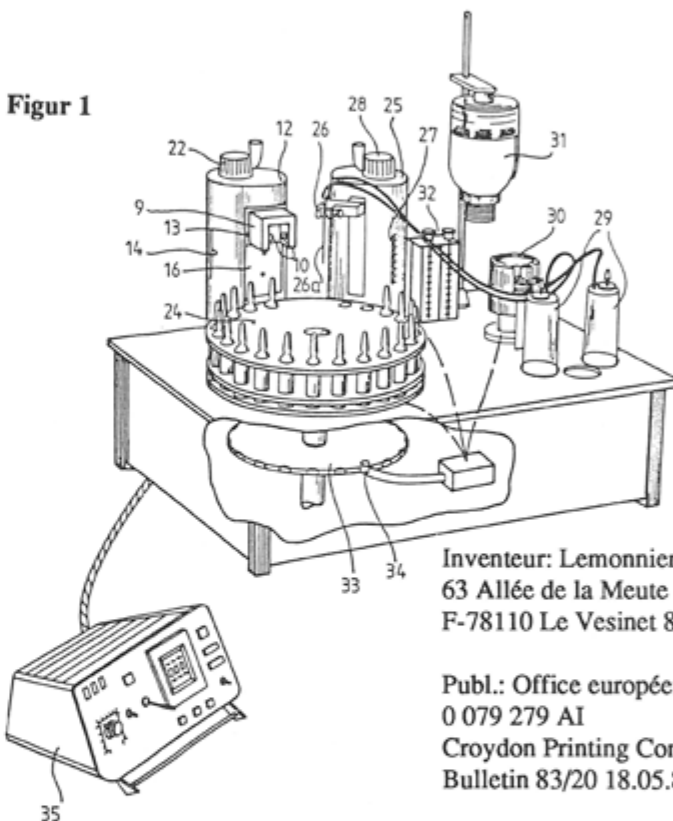
## Harald Reiso

kommunelege i Vågå, adr: 2680 Vågåmo.

Bakgrunn: Dårlig pasient med etablert iv. tilgang etter noen mislykkede veneflonangrep og litt blodsøl. Knekker medikament-ampuller (filte/ufilte) og får kutt dorsalt i egen venstre pekefing – nok en gang!

Tiltak: Siste 2 år – trekloss på størrelse med 5x1 ml ampulleeske i kofferten. 2 gjennomgående hull i klossens langsida – 8,5 mm diameter for små ampuller, 10 mm for aminophyllinbomber o. a. Fastsittende ampullehetter i hullene støtes ut med sprøytespisshylse.

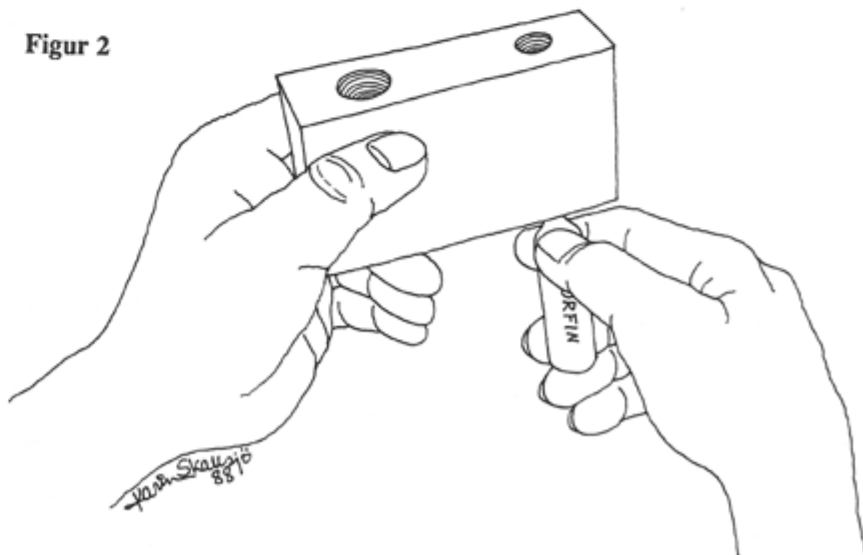
Figur 1



Inventeur: Lemonnier, Jean  
63 Allée de la Meute  
F-78110 Le Vesinet 8 (FR)

Publ.: Office européen des brevets no  
0 079 279 AI  
Croydon Printing Company Ltd.  
Bulletin 83/20 18.05.83

Figur 2



# Helse - eit livsmål

Foredrag på APLF's Altakurs 8-12 august 1988.

## ■ Prof. Olav Helge Førde

Institutt for samfunnsmedisin,  
Universitetet i Tromsø.

Å sjå på sjukdom, liding og død som lite ønskjeleg, er like naturleg som livet sjølv. Aktivitetar knytt til det å kjempe mot sjukdom finn vi såleis att i alle kulturar og sivilisasjonar vi kjenner. Dette gjer helse definert som fråver av sjukdom til ein universell verdi over tid, over landegrensar og kulturar. Den relative rangering helse har, samanligna med andre religiøse, kulturelle eller politiske verdiar, varierer på den andre sida sterkt. Vi ser for det fyrste ein markant skilnad mellom sosiale klassar, eller i internasjonale samanlikningar mellom dei privilegerte og underprivilegerte. Dei lavare sosiale lag har aldri sett på helse som noko anna enn fråver av sjukdom. I desse gruppene finn vi

også ei klar vilje til å bytte ut helse med til dømes materielle verdiar. Skulle ein ha inntekter og levebrød, måtte ein nærmast sjølvsgatt, vere villig til å ofre helse i eit arbeid som i regelen snarare enn untaket var helsefarleg. Helse har altså i desse sosialgruppene blitt sett på som eit livsgode på linje med mange andre. I middelklassen derimot har alltid helse som verdi hatt ein sentral og viktig posisjon. Sjølve helsebegrepet var på ein heilt annan måte innvevd i moral og menneskelege dygder enn den var i dei lågare sosiale lag. Det er utan tvil noko av det same mønsteret ein finn att i våre dagars samfunn. Helsebegrepet i arbeidarklassen er snevert og bygd på sjukdomsfråver, og den relative verdi

Mindiab<sup>®</sup> gir  
type 2 diabetikeren  
mer normal insulinføl-  
somhet - med mindre  
mulighet for langvarig  
hypoglykemi.

# 1 eller ein verdi?

av denne tilstanden er lågare estimert i arbeidar-klassen enn i dei øvre sosiale lag.

Denne klasseskilnaden i synet på kva helse er og kva verdi den har, reflekterer sjølvstøtt det klassebunde i verdsett og måte å tenkje på. Tradisjonelt har verdiar i arbeidarklassen vore knytt til tilfredsstillende av daglege behov, gjerne fysiske. Midlet har snarare vore tilpasning enn kontroll og planlegging. Middelklassen, på den andre sida, har ein rasjonell framtidsorientering til livet. Med planlegging, eigenaktivitet og profesjonell eksperthjelp kan ein kontrollere både omgjevnaden og framtida.

Ser vi på ulike delar av samfunnet i dag, kan det neppe vere noko tvil om at det er middelklassens verdsett og måte å tenkje på som har vunne fram. Vi kan vel i det heile neppe tenkje oss vårt moderne samfunn styrt etter andre verdiar enn middelklassens. Både på det individuelle plan og grupper i mellom, finn vi likevel framleis store skilnader i tenkjemåte. Her ligg opplagt noko av forklaringa på dei markante skilnadane vi i dag ser i helseatferd mellom sosiale grupper og geografiske områder. Store grupper i vårt samfunn stiller seg uforståande til det utvida helsebegrepet, og kjenner seg ikkje heime i ein ideologi for atferd som vektlegg dagleg forsakelse og framtidig helsegevinst.

Heilt i tråd med endringane i styresett, tenkjemåte og kollektive verdiar har helse og helsetjenester fått ein aukande plass i folks medvet og kvardagsliv. Samstundes er helsetjenester den mest ekspansive delen av våre fellesgoder. Trass i mangedobla investeringar gjennom dei siste 30 åra krev likevel folk meir. Etter ein kortvarig "tenkjepause" med moderat vekst, er no politikarane igjen einige om at helsetjenester bør prioriterast, sjølv i trange tider. Etter siste stortingsvalkamp der helse stod i sentrum, og etter mange si meining vart utslagsgivande, er det ingen politikar som lenger torer å stille seg lunkne eller avvisande til krav om meir helsetjeneste. Helse er i vinden!

## Mindiabetes<sup>®</sup> 2

*Mindiab er et nytt tablettalternativ med virkestoffet glipizid.*

*Mindiab gir mer normal insulinproduksjon, – følsomhet og blodsukker Verdi. Og med en farmakokinetikk som gir mindre mulighet for langvarig hypoglykemi.*



**C Mindiab:** Tablett 2,5 mg og 5 mg: Hver tablett inneh.: Glipizid 2,5 mg resp. 5 mg, const. q.s.

**Indikasjoner:** Diabetes mellitus type II (ikke-insulin-avhengig) hvor blodsukkeret ikke lar seg normalisere med vektreduksjon eller mosjon alene.

**T Kontraindikasjoner:** Diabetes mellitus type I (insulin-avhengig), og ved følgetilstander som ketoacidose, særlig prekoma og coma diabeticum. Graviditet og amming. Sterk nedsatt nyrefunksjon. Nedsatt leverfunksjon. Ved alkoholisme, dårlig ernæringsstilstand eller ved spesielle belastninger (større traumer, operative inngrep, febrile tilstander) kan omstilling til insulin vere indisert.

**Bivirkninger:** Gastrointestinale besvær som diaré, gastralg og nauzea. Allergiske hudreaksjoner. Blod-tilførandringer: agranulocytose og trombocytopeni er i sjeldne tilfeller rapportert med sulfonylurea-preparater, og bivirkninger av denne type kan ikke utelukkes med glipizid.

**Forsiktighetsregler:** Hypoglykemi og følger kan opptre som følge av interaksjoner, overdosering, dårlig ernæringsstilstand, nedsatt leverfunksjon og nyreinsuffisiens. Ved alvorlige infeksjonssykdommer og større kirurgiske inngrep kan, i likhet med andre perorale antidiabetika, effekten vere noe usikker. I slike tilfeller bør insulinterapi overveies.

**Interaksjoner:** Spesiell forsiktighet bør iakttas når glipizid administreres samtidig med visse andre legemidler som kan tenkes å potensere den blodsukkersenkende effekten. Dette gjelder fenylbutazon og oxyfenbutazon, probenecid, salicylpreparater, sulfonamider, kloramfenikol, kumarinderivater samt beta-reseptorblokkere.

**Dosering:** Det er viktig å begynne med adekvat diett i tilstrekkelig lang tid, gjerne i minst 4-6 uker, før glipizid gis i tillegg. Individuell dosering, som avhengig av sykdomstilstanden kan variere mellom 2,5 og 15 mg daglig oppdelt på 1-3 doseringer. Tablettene bør tas ca. 30 min. før måltid.

1) **Nyinnstilling:** Gjennomføres som

regel ambulant. Passende initialdose er 2,5-5 mg daglig. Blodsukker og urinsukker kontrolleres etter 7-10 dager. Ved utilfredsstillende virkning på blodsukkeret, økes dosen etappevis med 7-10 dagers mellomrom.

**Pakninger og priser:** *Tabletter 2,5 mg:* (hvite, uten delestrek): 100 stk. (trykkpakning) kr. 97,05. 250 stk. (glass) kr. 229,65. *5 mg:* (hvite, med delestrek) 100 stk. (trykkpakning) kr. 143,05. 250 stk. (glass) kr. 343,00.

T:5

**FARMITALIA CARLO ERBA**

Postboks 53 - 1371 Asker  
Telefon (02) 79 07 60



Media står i våre dagar alltid klar til å følgje opp og forsterke slike vindar. Helse er etterkvart vorte svært godt stoff. Med vekt på einskild-skjebnar blir avisene våre fylt med behandlingsskandalar og behandlingsskør. Rapportar om medisinske gjennombrot, som i regelen er utan dokumentert medisinsk verdi, får store oppslag. I vekeblad blir nye spalter om livsstil, helse og sjukdom oppretta, og dei mange tidsskrift og helseblad som etter kvart har sett dagens lys, ser også ut til å vere levedyktige.

Kva er det som gjev helse slik gjennomslag framfor andre verdiar? Kva med andre tradisjonelle middelklasseverdiar som til dømes kunnskap og undervisning? Kvifor er helsetjenesta vinnaren og skulen taparen i den offentlege budsjettdragkampen? Her kan det nok finnast mange forklaringar. Sjølv har eg tenkt på om det kanskje er helse og uhelses evne til å skape trygghet, usikkerheit og angst som er forklaringa. I vårt velregulerte samfunn med stor distanse til natur og biologi, har vi lært oss til at nesten alle område lar seg planlegge og kontrollere. Vi lever ikkje lenger i dagleg angst for tap av eksistensgrunnlag og materielle verdiar. Materielle verdiar kan vi kjøpe oss til, og naturen har vi langt på veg temja eller i alle høve forsikra oss mot.

Av alle truslar som menneskje til alle tider har levd under, står trusselen om sjukdom og død att. Den har vi berre i liten grad kunna redusera. Men i iveren etter å fjerne også denne trusselen har vi mist evna til å tilpasse oss det faktum at sjukdom og død er naturlege og uunngålege delar av livet. Det at avansert medisin berre kan utsetje det uunngålege, fyller oss med usikkerheit og angst. Der medisinen er mest makteslaus er angsten størst. Orda kreft og AIDS vekker særleg uhygge. Men vi set vår lit til at våre nye "gudar" i kvitt skal også ta frå oss denne "kalken", og vi ofrar villig til forskning som skal løyse kreftgåta.

Slik religiøs språkbruk er kanskje ikkje så malplassert som ein skulle tru. Mange er etterkvart dei som har

karakterisert vår nye opptattheit av helse som ein form for religions-erstatning eller til og med ein ny religion. Den har fått namnet helsismen og yppersteprestane blir kalla helsistar. I helsistane sin livsmodell er målet helse, og alle andre verdiar er underordna helse som verdi. I denne modellen blir tradisjonelle verdiar som kunnskap, trivsel og samkjensle viktig fordi dei fremmar helse. Så snart det oppstår motsetningar mellom helse og desse underordna verdiane, må dei siste vike. Ein må ikkje vere så opptatt av

trivsel at det går ut over helse. Fridom er bra, men ikkje dersom det gjev dårleg helseatferd. Likheit og likeverd er også bra, men det må ikkje stå i vegen for våre muligheter og evne til å handle helsetjenester. Toleranse er viktig, men ei viss stempling av røykjarar er nødvendig for å komme tobakksbruken til livs. Å setje kroner og ører opp mot liv og helse er forkasteleg og umoralsk. På figuren på neste side har eg prøvd å illustrere helsismen, enten når vi kallar han ein livsmodell, religion eller eit verdisyn.

## DEN HELSISTISKE LIVSMODELL.

HELSE			
PERSONLEGE	SUBJEKTIVE	STRUKTURELLE	MATERIELLE
Humør Evner Sjølvs- kjensle Variasjon Samkjensle Mulighet	Trivsel Glede Nytelse  Klima Spennig -	Fridom Toleranse Solidaritet  Bustad Likeverd -	Eigedom Mat og drikke Økonomi  Oppleving Tru/meining -

No kan ein kanskje seie at menneskje er no ein gong eit "religiøst dyr", og at helsismen kan vere like god religion som nokon annan. Helsistane vil til og med seie at å ha ein religion eller ei mening med livet, er viktig for helse. Kanskje kan nettopp helsismen fylle det tomrom som avkristninga har lete etter seg. Helse har alltid vore og vil alltid bli ein sentral verdi. Gjennom helsismen kunne vi bli friskare og dermed spare mange pengar på helsetjenester. Er ikkje helsismen nettopp den religionen vi treng?

For det fyrste trur eg ikkje at vi vil spare mykje pengar på helsetjenester. Snarare tvert om. Det er gjennom ei tid med betra folkehelse at etterspurnaden etter helsetjenester har eksplodert, og jo meir opptekne vi blir av helse, jo meir vil vi også etterspørje helsetjenester. Det er i det heile svært vanskeleg, nærmast umogeleg å vere oppteken av helse utan samstundes å vere oppteken av

sjukdom. Og er vi ikkje opptekne av sjukdom, kan vi nøye oss med symptom eller meir eller mindre normale kroppsprosessar. Eg trur rett og slett at denne religionen vil auke vår generelle angst, og senke vår terskel for når vi søker profesjonell hjelp. Dessutan ser det også ut til at jo lenger vi lever, jo fleire hjelpe- og pleietrengande sjukdommar rekk vi å gjennomgå. Pengar trur eg såleis ikkje vi sparer på helsismen.

Det er kanskje likevel andre og viktigare grunnar til å åtvare mot helsismen, som religion eller livsmål. For det fyrste er helsismen i sterk grad individualiserande. Den vektlegg sterkt individets ansvar for eiga helse. I utgangspunktet er dette eit både rett og nødvendig siktemål. Skal folkehelse fremjast ytterlegare, og skal vi kunne komme det ekspansive konsumet av helsetjenester til livs, må einskildmenneskje ta ansvar. Men det finns ein balanse også her. For sterk

vektlegging av individet sitt ansvar, ei slags privatisering, vil høgst truleg redusere vår evne til å stå saman om kollektive løysningar. Vi ser det tydelegast i samband med dei kurative tjenestene. Der har individuelle, private løysningar vorte ein trussel mot våre offentlege ordningar. Det er neppe heller tilfeldig at enkelte har kobla den veksande kroppsbevisstheita og kroppskulturen saman med "jeg"-bølga. For sterk fokusering på det individuelle ansvar, vil gje nye helsemessige klasseskiljer, ikkje berre andsynes tilgangen på kurative tjenester. Det er kanskje meir eit prinsippielt rettferdsproblem enn eit spørsmål om helse. Langt viktigare for dei helsemessige klasseskilje er det faktum at dei lågare sosiale lag har vanskelegast med å tilpasse seg ei gunstig helseatferd. Vi må heller ikkje gløyme at framleis ligg kanskje dei potensielt mest effektive helsefremjande tiltak på det kollektive planet. Miljø- og ernæringspolitikk er to slike felt som krev både kollektiv vilje og handlekraft, og der individuelle løysingar eller privatisering berre i liten grad fører fram.

Ein annan fare som vi alt skimtar er tendensen til moralisering og intoleranse. I alle religionar ligg det vel ei spire til å sjå på personar som ikkje har den rette tru, og som ikkje lever etter "skriften" som mindreverdige. Det er ingen grunn til å tru at helsismen er noko unntak. Den er kanskje også meir ubarmhjertig etter som det er mykje vanskelegare å skjule sin helseatferd enn sin indre tvil. Dei "fattige" kan heller ikkje trøste seg med at dei har lettare tilgang til himmelrike, og at dei rike må gå gjennom nålaug.

Under helsismen er det dei ressurssterke som har alle odds på si side. Eg er redd for at verdiar som romslegheit og toleranse står enno svakare i verdikampen under helsismen enn i vår tradisjonelle kristne kultur.

Den kanskje viktigaste innvendinga mot helsismen som religion er likeve at den er for eindimensjonal. Vårt samfunn og vår kultur byggjer på ei rekke verdiar, som fridom, toleranse, medkjensle, omsorg osv. Som regel vil ei optimalisering av desse verdiane også føre til betra helse, men ikkje alltid. Det ideelle helsistiske samfunn er det risikofrie samfunn. Dersom vi leikar oss med denne ekstreme tanken, ser vi eit samfunn der alkohol, tobakk og kaffi saman med ei rekke matvarer som folk set pris på, er forbode. Der vil også risikoatferd gjennom sport og fritidssyslar vere bannlyst, og det hetroseksuelle monogamiet eller seksuelt fråhald vil vere påbudt ved lov. Eit slikt samfunn vil ikkje eingong dei mest fanatiske helsistane ønske seg. Men sjølv om det risikofrie samfunn korkje er mogeleg eller ønskjeleg, så er tankeeksperimentet kanskje nyttig. Vi ser då klårare kor godt og viktig det nye slagordet for forebyggjande helsearbeid er: "Det viktigaste er å leggje liv til åra og ikkje år til livet!" Eit liv utan nyting, spenning, oppleving og variasjon er eit sterilt og fattig liv.

Det målet vi eigentleg strevar mot kvar for oss, og som våre politikarar prøver å leggje tilhøva til rette for, er høgst mogeleg livskvalitet lengst mogleg. Denne livsmodellen har eg prøvd å skissere på neste figur.

#### LIVSKVALITET X LEVEÅR

PERSONLEGE	SUBJEKTIVE	STRUKTURELLE	MATERIELLE
Helse	Trivsel	Fridom	Eigedom
Evner	Glede	Toleranse	Mat og drikke
Sjølvkjensle	Nytelse	Solidaritet	Økonomi
Variasjon	Klima	Bustad	—
Humør	Oppleving	Samkjensle	—
—	Spenning	Likeverd	—
—	Tru/meining	Muligheit	—

Her har helse fått sin plass mellom ei mengde andre verdiar og føresetnader for høg livskvalitet. Ingen av verdiane eller føresetnadene er kvar for seg absolutte. Mennesket har stor tilpassningsevne, og på det individuelle plan kan mange oppleve høg livskvalitet sjølv om dei er aldri så fattige både på materielle, strukturelle og individuelle føresetnader, helse inkludert. I ein modell med livskvalitet som mål, får helse ein naturleg plass mellom andre verdiar som kjempar for sin relative posisjon. I ein slik samanheng vil det vere legalt å gå mot helseframstøyt som reduserer andre føresetnader for livskvalitet. Her blir det lov å seie høgt at også helse kan kjøpast for dyrt. Modellen gjer også plass for individuelle ønskjer, og rom for særinteresser og politiske partis preferansar.

Livskvalitetsmodellen speglar også betre av folks eigne preferansar. I ei amerikansk undersøkjing av folks verdipreferansar vart helse oftast oppgjeven som den viktigaste verdien. Dei same personane vart også bedt om å score eigen helsetilstand og eigen livskvalitet. Når ein såg på kva verdiar som hadde størst betydning for opplevd livskvalitet, ramla helsetilstand betydeleg lengre ned på lista. Tolkinga må bli at helse har større verdi som symbol enn som nødvendig basis for livskvalitet.

Risikerer vi nå ikkje at helse blir devaluert og mister sin posisjon i ein slik modell? Eg trur ikkje det. Helse vil alltid vere ein viktig føresetnad for livskvalitet og heilt avgjerande for kor lengje vi får nyte den. Men vi må ikkje gløyme at helse er eit middel – ikkje eit mål.

# Pasientklager

Marit Hafting

**Norsk Pasientforening la nylig fram en interessant rapport om arbeidet med pasientklager til Kontor for pasienthjelp, utarbeidet av medisinerstudentene Marianne Grønli og Synne Sørheim med Harald Siem som prosjektleder.**

I årene 1986–87 fikk Norsk Pasientforening 450 skriftlige henvendelser fra pasienter som hadde møtt problemer i helsevesenet. Ut fra 179 ferdigbehandlede saker viser det seg at hovedtyngden av klagen kommer fra sentrale strøk, – Oslo, Bergen, Østlandet. Klagen er helst i yrkesaktiv alder med en liten økning rett før pensjonsalder. Pasientklageutvalget som består av lege Harald Siem, jurist Trygve Bergsåker og generalsekretær Anne Ording Haug i Norsk Pasientforening behandlet 79 saker i -87. Disse sakene ble på forhånd vurdert av spesialister som foreningen har knyttet til seg. Pasientklageutvalget gir klageren i en avsluttende uttalelse råd og veiledning om videre saksgang. Utvalget foreslår billighetserstatning i 12 saker, rettslig prøving i 12 saker, ny medisinsk vurdering i 8 saker og at saken blir henlagt hos 47 klagere. Rapporten avsluttes med et kapittel skrevet av foreningens generalsekretær Anne Ording Haug og formannen i styret adv. Gro Hillestad Thune. De legger stor vekt på at skal pasientens rettsvern sikres, må en del pasientrettigheter lovfestes. I tillegg mener de å ha erfart at i dagens situasjon der staten har gitt fra seg ansvar og styringsrett til fylker og kommuner, vil ansvarsforholdet for vanskeligstilte pasienter og pasientgrupper blir pulverisert.

Rapporten kan bestilles fra Norsk Pasientforening, Pilestredet 27, 0164 Oslo.



# Almen- praktiker biblioteket

Gert Almind, Niels Bentzen, Dag  
Bruusgaard og Birgitta Hovellius

## Forskning i nordisk allmenmedisin

ISBN 82-00-03490-9

Per Bergsjø, Sonja Irene Sjøli,  
Jo Telje og Janecke Thesen

## Svangerskapsom- sorg i almenpraksis

ISBN 82-00-07599-0

175 sider kr 190,00

Per Fugelli, Jens R. Eskerud,  
Kjell Haug og Kjell Johansen

## Å lage gode leger

Mål og plan for den allmenn-  
medisinske grunnutdanningen

ISBN 82-00-43066-9

31 sider kr 66,00

Per Fugelli og  
Kjell Johansen (red)

## Langsomt blir faget vårt eget

ISBN 82-00-06836-6

126 sider kr 156,00

Ole Fyrand  
Per Hjortdahl

## Hud- sykdommer i almenpraksis

Diagnose og behandling

Universitetsforlaget

Almen-  
praktiker  
biblioteket

Ole Fyrand og Per Hjortdahl

## Hudsykdommer i almenpraksis

Diagnose og behandling

ISBN 82-00-36548-4

184 sider kr 180,00

Per Bergsjø  
Sonja Irene Sjøli  
Janecke Thesen  
Jo Telje

## Svangerskaps- omsorg i almenpraksis

Almen-  
praktiker  
biblioteket

Per Fugelli  
og Kjell Johansen (red.)

## Langsomt blir faget vårt eget

Knut Laake

## Geriatri i praksis

ISBN 82-00-43086-3

208 sider kr 200,00

John Gunnar Mæland

## Legens attesthåndbok

ISBN 82-00-06619-3

125 sider kr 165,00

Magne Nylenna, Stein Gundersen  
og Jan Vincents Johannessen (red.)

## Kreft i almenpraksis

Knut Laake

## Geriatri i praksis

Universitetsforlaget

Almen-  
praktiker  
biblioteket

Magne Nylenna, Stein Gundersen  
og Jan Vincents Johannessen (red)

## Kreft i almenpraksis

ISBN 82-00-07486-2

252 sider kr 242,00

Bøkene fås kjøpt i bokhandelen,  
eller kontakt forlaget for nærmere  
informasjon.

Universitetsforlaget,  
Postboks 2959 – Tøyen  
0608 Oslo 6. Tel. (02) 67 76 00

UNIVERSITETSFORLAGET

**INNHold**

Nr 7, 1988

**LEMENVANDRING**

side 283

Berit Olsen

**SLAGPASIENTENE OG PRIMÆRHELSETJENESTEN**

side 284

May Ruud

**PÅ SYKEHJEMMET**

side 287

Oscar Bang

**TERMINAL OMSORG I UTKANTSTRØK**

side 288

Beate Lupton

**REFLEKSJONER ETTER 60 ÅR SOM LEGE I UTKANTEN**

side 292

Oscar Bang

**MØTE MED OSCAR BANG**

side 295

**FLØITEKJELEN**

side 295

Oscar Bang

**HAR FYLKESLEGEKONTORET NOEN FRAMTID ?**

side 298

Øyvind Rolstad

**BADSTU – SUNDT ELLER USUNDT ?**

side 298

Dag Brekke

**KVINNEPERSPEKTIV I SAMFUNNSPLANLEGGINGA**

side 303

Kari Meløy

**SLIKE BØKER VIL VI HA**

side 306

Jon Håvard Loge og Eilif Rytter

**ESSAYPRISEN 1988**

side 312

**FORSKNINGSPROSJEKT/BEHANDLING AV BARN MED  
SKRIVE- OG LESEVANSKER**

side 317

Knut Zapffe

**KASUISITIKKSPALTEN**

side 319

**LURE LØSNINGER OG FIKSE FINESSER**

side 321

**HELSE – EIT LIVSMÅL ELLER EIN VERDI ?**

side 322

Olav Helge Førde

**PASIENTKLAGER**

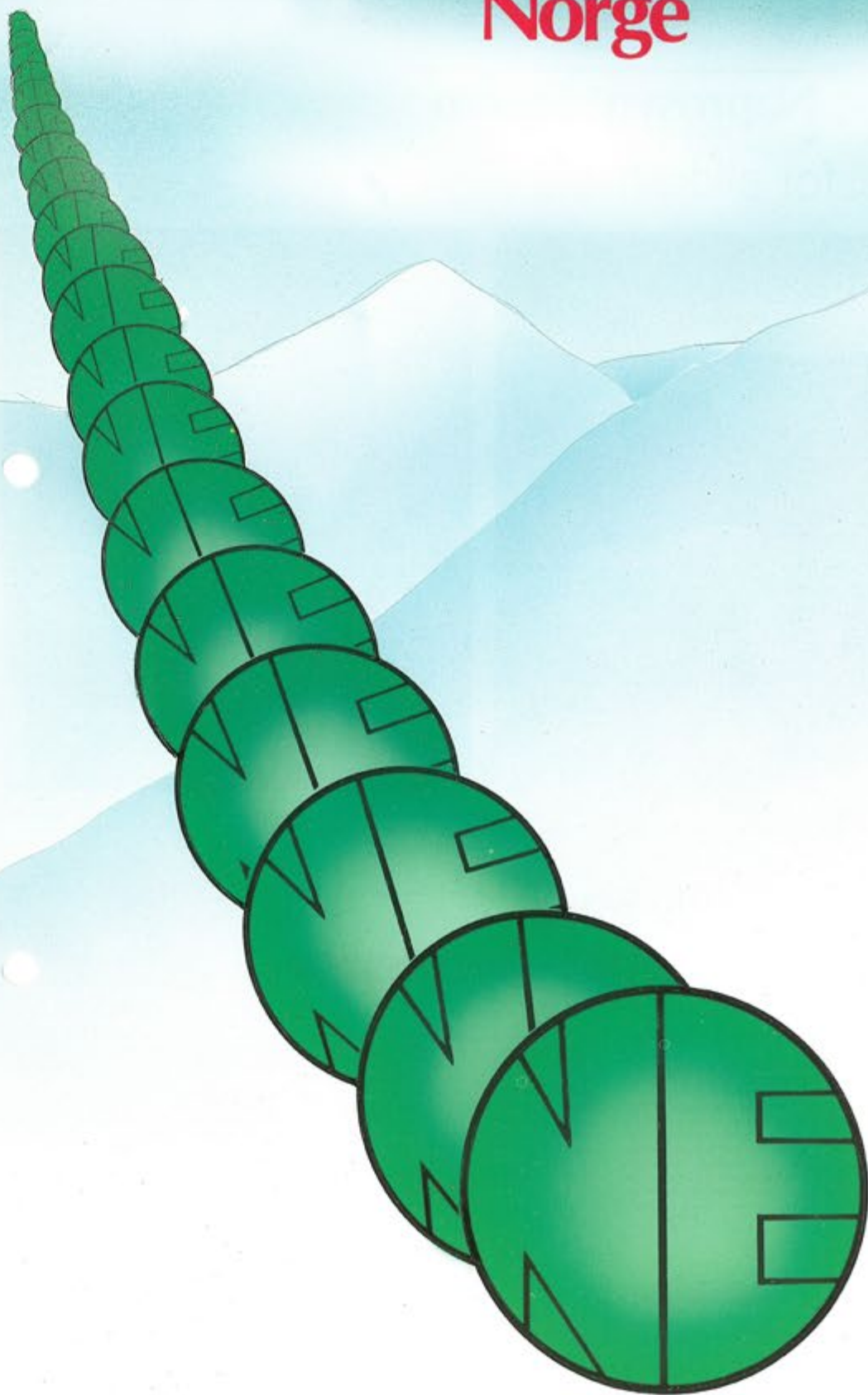
side 326

Marit Hafting





Nytt i  
Norge



**Naprosyn<sup>®</sup> Enteror**  
naproxen



**Naprosyn® Entero**  
naproxen

...for sikkerhets skyld



**Naprosyn® Entero**  
**250 mg**  
**1-4 tabl. daglig**

**Naprosyn® Entero**  
**500 mg**  
**1-2 tabl. daglig**

## Artrose Revmatoid artritt - Bechterew

**T ENTEROTABLETTER 250 mg, 500 mg:** Hver enterotablett inneholder: Naproxen 250 mg resp. 500 mg, const. q.s. Magesaftresistent drasjering.

**Egenskaper:** Klassifisering: Ikke-steroid antiinflammatorisk middel med analgetisk og antipyretisk effekt. Et syreresistent drasjelag gjør at naproxen først frigjøres i tarmen. Mindre tendens til ventrikkelslimhinneskader enn med vanlige naproxentabletter. Gir noe kortere varighet av morgenstivhet hos revmatikere enn vanlige tablett. **Virkningsmekanisme:** Hemmer prostaglandinsyntesen. **Virkningsmekanismen** er ikke helt klarlagt. Har effekt på hyperkontraktiliteten i uterus og senker forhøyet basaltonus. **Absorpsjon:** Fullstendig. Starter først etter ca. 1-2 timer. Tid før maksimal serumkonsentrasjon oppnås, varierer mer enn for vanlige naproxentabletter og er gjennomsnittlig 4-5 timer. **Plasmakonsentrasjonen** om morgenen etter inntak av en kveldsdose vil være høyere enn med vanlige naproxentabletter. **Proteinbinding:** > 99%. **Fordeling:** Opptas bare i liten grad i vevene, hoveddelen gjenfinnes i blodet. **Distribusjonsvolumet** er ca. 0,09 l/kg. **Halveringstid:** 10-17 timer, gjennomsnittlig 13 timer, relativt uavhengig av dosen. **Metabolisme:** Meta-

boliseres vesentligst ved demetylering og konjugering. **Utskillelse:** Ca. 95% i urinen, fortrinnsvis som inaktive metabolitter, ca. 10% som uforandret naproxen. 1-2% utskilles i fæces. **Overgang i morsmelk:** Konsentrasjonen i morsmelk er ca. 1% av serumkonsentrasjonen slik at risiko for barnet ansees usannsynlig ved terapeutiske doser. **Overgang i placent:** Går over, se kontraindikasjoner.

**Indikasjoner:** Revmatoid artritt. Juvenil revmatoid artritt. Mb. Bechterew. Artrose. Akutte anfall av urinsyregikt. Akutte inflammatoriske tilstander i muskel/skjelettsystemet. Primær dysmenoré. Primær og spiralindusert menorrhagi.

**Kontraindikasjoner:** Aktivt ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet overfor preparatet. Bør ikke gis om acetylsalisylsyre, andre ikke-steroid antiinflammatoriske midler eller analgetika har forårsaket astma, urticaria eller rhinitt. Sikkerhet under graviditet ikke dokumentert. Bruk av naproxen under graviditet krever nøye avveining av mulige fordeler mot potensielle risikoer for mor og barn, spesielt i 3. trimester.

**Bivirkninger:** Vanligst er dyspeptisk besvær. Gastrointestinal blødning med eller uten ulcus pepticum forekommer. Fatale tilfeller er rapportert. Hodepine, tretthet, søvnløshet, lett uro, øresus, svim-

melhet. Allergiske reaksjoner i form av hudreaksjoner og astmaanfall kan forekomme. Enkelte tilfelle av blodbildeforandringer er sett. Mildt perifer ødem. Natriumretensjon er ikke rapportert i metabolske studier, men det er mulig at pasienter med mistenkt eller verifisert hjertesvikt løper større risiko. Enkelte tilfelle av forhøyede leverfunksjonsverdier er rapportert.

**Forsiktighetsregler:** Pasienter med ulcus pepticum eller alvorlig dyspepsi i anamnesen må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Kan maskere symptomer på ulcus. Kan gi reversibel hemming av plateagregasjonen med risiko for forlenget blødningsstid. Anvendes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Kan maskere tegn på infeksjon. Forsiktighet ved signifikant nedsatt nyrefunksjon. Økende alder medfører økt risiko for bivirkninger. Sikkerhet ved bruk til barn under 5 år er foreløpig ikke dokumentert. Ut fra teoretiske betraktninger og studier over virkningsmekanismen for antitrombotika er det en mulighet for at behandling over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser, inklusive frakturtilheling. Det er videre mulig at artroser kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antitrombotika.

**Interaksjoner:** Hemming av den renale lithiumutskillelse og dermed økt serumkonsentrasjon av lithium er rapportert. Øvrige se: 42e naproxen.

**Dosering:** Bør individualiseres. **Revmatoid artritt. Mb. Bechterew. Artrose:** Voksne: 250 mg morgen og kveld. Dosen kan ved behov økes til 750 mg eller 1000 mg daglig fordelt på en eller to doser. Ved artrose bør behandlingen ikke gis kontinuerlig, men intermitterende avhengig av pasientens plager (se forsiktighetsregler). **Juvenil revmatoid artritt:** For barn over 50 kg: Voksen dose. **Akutte anfall av urinsyregikt:** 750 mg initialt, deretter 500 mg etter 8 timer fulgt av 250 mg hver 8. time til smerten forsvinner. **Akutte inflammatoriske tilstander i muskel/skjelettsystemet:** 750-1000 mg daglig fordelt på 2 doser i 3-7 dager. Første dose 500 mg. **Primær dysmenoré:** 500 mg ved begynnelsen av menstruasjonsbesvær. Deretter 250 mg ved behov - maksimum 1250 mg pr. døgn. **Primær og spiralindusert menorrhagi:** 750-1250 mg fordelt på to doser første blødningsdag, deretter 250-500 mg morgen og kveld etter behov i opp til 5 dager. **Enterotabletter skal svelges hele.** T:3, 17, 35.

### Pakninger:

250 mg: 20-50-100 stk.  
500 mg: 10-50-100 stk.



Postboks 44 - N-2011 Strømmen