Fremtiden, stortingsmeldingen og faget
Eivind Vestbo
Leder; Fremtiden, stortingsmeldingen og faget
Sonja Fossun
Leder; Terapismen og den omvendte Odysse
Arvid Vale intervjuer av Helge Wørrega
"Det er viktig å ta vare på sin egen sjel..."
Karin Skarsaune
Du skal fortelle ditt fag
Tør Ødegård
Om samfunnsmedisin og samfunnsmedisinens vilkår
Peter Øgar
Allmennpraktikerens rolle som portvakt i forhold til spesialisthelsetjenesten
Førund Strand
10 tesser om forskrivning og bruk av sovemedisiner i allmennpraksis

Smil i hverdagen
Trine Bjørner Dbyhuyd
Hva ligger bak de store variasjonene i primærlegers forskrivning av benzodiazepiner?
Vidar Toreid
Stev
Siri Steine
Tvangsalliansen
Miljørettet helsevern
«Miljørettet helsevern» – hva er det?
Flamming Bro

Boahkuheapmi
Berit Tveit
Medisinens makt og avmakt
Ragnar Solvøe Bøy og Lena Engfeldt – leserbrev
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten
Carl Didlef Jacobsen – leserbrev
Hva er god lege-ettikk?
Ausma Ballode og Øyvind Juris Kanavin – leserbrev
Ausma Ballode – allmennlæge i Latvia
Ivar Mysterud, Ivar Mysterud og Tore Slagsvold
Kurs om evolusjon og mennesker ved biologisk institutt, Uio
Utpostens edd-spakth
Mer helse for hver bit – bløff eller virkelighet? – Sosial- og helsedepartementets handlingsplan for informasjonsteknologi
RELIS
Forebygger C-vitamin urinveisinfeksjoner?
Bokmelding
Vinterdepresjon
Fremtiden, stortingsmeldingen og faget

I løpet av våren kommer stortingsmeldingen om legejenesten i kommunene. Det er viktigt at en rekke institusjoner og interessegrupper vil prøve å gi premisser for meldingen. Og hva med oss allmennpraktikere som meldingen først og fremst skal handle om. Skal vi lete etter nye muligheter og appellere om å bli hørt, eller skal vi like gjerne sukke resignert i erkjennelsen av at våre hverdagsproblemer neppe blir løst denne gangen heller.

Apellen

Det er neppe tilfeldig at allmennlegejenesten kommer langt ut i rekken av stortingsmeldinger på helseområdet. Legejenesten i kommunene holder bra faglig standard, og patientene er tilfredse slik at branshlokking har vort unødvendig. Dernest kan vi ikke se bort fra en viss uvilje mot å gi seg inn på et yrkesområde som er preget av stor frihet, stort ansvar og stor innsats. Det er en fin balanse mellom faglig engasjement og autonomi. Legers motivasjon mot stram styring er ikke i første rekke en lønnsom kamp, men mer et spørsmål om fagideologi og yrkesstolthed. De profesjonelle holdningene må vernes siden innsatsen er stor og samfunnet er avhengig av at den fortsatt å være det.


Fagpolitiske momenter må også nevnes. Dagens situasjon med et kontrollerende Rikstryg-

deverk som mistenkeliggjør leger og krever tilbakebetaling på objektivt grunnlag i takstheftets gråomr, er uverdig, detruktiv og mistenkeliggjørende. Vi forlanger også at myndighetene gjenvinner kontrollen over finansieringsordningene. Løftene om at de to finansieringsystemene skulle utvikle seg slik at legene og kommunene kom like ut økonomisk i begge, er i dag gjort til skamme.


Eivind Vike
Terapismen og den omvendte Odysseé

Stortingsmelding om legetjenesten i kommunene nærmer seg. Diskusjonene rundt den får tankene til å vandre hen til Odyssevs og hans eventyrlige hjemferd fra Troja, helten som ved egen kraft og kloktighet overvant alle farer så han til slutt kunne gjenføres med sin Penelope. Hvilke historie ville han diktet. Homer, i det sosialdemokratisk lykkefjeld? Det måtte bli den omvendte Odysseé – en fredelig liten fyr som passivt og hjelpeløst driver gjenom livet, der Scylla, Charybdis, kykkoper og trollkvinner er forvandlet til terapister, velmenende medlemmer av det sosialterapeutiske industrikompleks, som bare vil hans beste som strekker sine bleke armer frem mens de synger sirenesanger om et liv i deres favn, fritt for smerte og ubehag. Den moderne Odyssevs historie ender lenge før Penelope i symbiotisk favnakt med trollkvinnen Kirke ligger han som en velfød, matlært liten gris, frittatt for ansvar og bekymringer, der hjelpeløs og hjelper sammen suger ivrig fra samfunnets gaamilde bryst.

Nei, jeg får konsentrere meg. Stortingsmeldingen blir viktig. Den vil angå oss, og det er jo et stort forbedringspotensiale, som det heter i sjargongen. Det handler om deg og meg, om oss allmennpraktikere. Men honnørordene og alle de andre fine uttrykkene danser rundt, i stadig nye permutasjoner. Jeg mangler fantasi til å forestille meg hva det vil si å ha større populasjonsansvar og bli ledd i en bedre koordinert behandlingskjele, og jeg blir så lei meg når jeg herer om min ensomme beslutningssituasjon.

Mye rundt den foreløpige reformen er utvilsomt betydningsfullt. Men som studenter sa, jeg skulle ønske de sluttet å ro rundt den varme groten – et gresset virkelig grønner i den andre enden av tunnelen? Et av det vesentligste medisinske problemer i dag, som ledet til de homeriske fabuleringer ovenfor, medikaliseringen, eller terapismen som jeg foretrekker å kalle det, leser jeg lite om, det at hvert menneskelig problem etter hvert skal bli gjenstand for behandling av en profesjonell samfunnslnet problemloser. I det hele blir vel alt stort sett som før, slik at reformiveren til slutt kører ned til to spørsmål: Hvor mye får jeg å gjøre, dvs hvor mange og hva slags pasienter blir hver og en av oss til del? Og hvordan og hva får jeg betalt for det?


Otte

UTPOSTEN 1997, 25 (1)
Intervju med Arvid Vatle
Intervjuer Helge Worren

«Det er viktig å ta vare på sin egen sjel ....»

Arvid Vatle er født i 1938 og har i mange år vært bedriftslege ved Stord Verft. Han har nylig tatt steget over i privat allmennpraksis. Han har blant annet interessert seg for filosofi, medisinens historie og faren med spesialisering.

Du ønsker å være en «generalist» og er oppatt av humaniora. Er ikke alt dette en lukus i vår travle hverdag?

Har dette sammenheng med at det hevdes at medisin er kunst?
Vatle: Medisin har mange sider. Det har også kunsten. En etterhvert overdimensionert side har med det tekniske å gjøre. En annen og vel så viktig side er det som har med intuitjon, empati, fantasi og fremfor alt menneskekjærlighet å gjøre.

Du har en gang sagt at «optimisme er en plikti». Hva mener du med det?

Du har nå tatt spranget (tilbake) til allmennmedisin etter mange års virksomhet i bedriftshelse­neneste. Hvordan klarer du å øverke dine humanistiske interesser?

Har filosofien noen å tilfredse all­­­­menmedisins KOPF-ideal?
Vatle: Nå er jeg ikke så velkjennt med KOPF, men det er i dag et topp etter idealer og en mer humann­­­­istisk medisin. Medisinen opplever i dag av mange å være for kjølig og mekanisk orientert. Det er klart at det religiøse, kristne idealia om menneskets uendelige verdi har stor påvirkning på vår atferd og holdninger.

Vi trenger åpenbart humaniora. Det er nesten fristende å sprøte trenger vi medisinen?
Vatle: Vi trenger en medisin som er menneskeorientert, ikke overdrevet teknologi-orientert. Pasientene er våre viktigste «kårerebeker».

Hva med deg selv? Har du et livssyn?
Du skal fortelle ditt fag

To kasuistikker og en utfordring

Tekst: Karin Skarsaune

Karin Skarsaune, født 1951, cand. med Oslo 1977. Allmannspraksis i bydel 7 i Oslo i 13 år, leder av Apils fagutvalg. Mor til tre. Opptatt av intuitjonen og emosjonenes betydning i legepraksis, glad i Nord – Norge og frisk luft!


En slik morgen var det jeg våknet med en merkelig ordsekvens i hodet: «Mellom her og evigheten». Hva var det? En bokstav? En film jeg hadde sett for lenge siden? Det fant jeg aldrig ut, for i mist hode ble denne formuleringen straks til en serie i drom og vaken. En serie som kunne sette vårt daglige slitt i, om ikke evighetens så i hvert fall et litt mer langsiktig, perspektiv. Og hvor vi kunne belyse hvordan de erfaringene vi gjør i jobben påvirker vår grunnleggende livsanskelser.

En serie av kolleger og for kolleger, ikke av fagfilosopher og livsynsakseptører. De kan kanskje hjelpe oss med de evige spørsmålene, men mellom her og evigheten ligger livsvisdommen. Den visdommen vi har tilgjenet oss gjennom mange års møter med lidende mennesker og glade mennesker, livstrette gamle og uenger som strutter av livsappetit.


Men krefter og livsmot er en forgyngelig ressurs; de må stadig fornyes. Jeg har møtt så mange floette og reflekterte kolleger rundt om i landet som har gitt meg mye å leve videre på. Men de er ganske sjerte for å dele sin livs- og allmennpraktiker – filosofi med andre. Kanske er de for beskjedne til å dele sine tanker gjennom en serie i Utposten? Jeg tar i alle fall sjansen på å sende ut en utfordring. For å senke tverskelen for å «stå frem», kan jeg begynne med meg selv.

For meg har ideologiene bleknet med årene og dogmene langsomt, nesten umerkelig blitt erstattet med det MENNESKELIGE. Tatt livsvisdom jeg har fått opp fra mennesker jeg har møtt. Uformelt tankes muligens menneskets styrke og menneskets skårbarhet, om livets ukrekelighet og det krenkede livets ukjennelighet. Jeg har lært mest av mennesker som har overlevd ekstreme livssituasjoner – oftest ikke i fysisk forstand som skibbrudd og ulykker, men de som har bevart sin integritet gjennom ekstreme psykiske belastninger: Sannliv med en psykopat, unneskelig ansvar og slitt, kronisk sykdom og funksjonstap. Slike mennesker utgjør sjelden filosofiske verker. Men med sine lavnløse betraktninger og uutalte overlevel-
sesstrategier, er det dem som har lærert meg mest om det å være menneske. Deres visdom kan jeg bære med meg inn i nye situasjoner der de forhåpentligvis kommer andre pasienter til gode.


Jeg henter fram et flott menneske og en drittsekk, som begge lærte meg ikke mye:

**ÅSE**

*Ca. pulm, cum met.*

Du ser opp med matte øyne og smiler rappert, men vart. Hånden din klemmer forsviktig min og lepene rører seg svakt.

I månedvis har du kjempet med livsmot som aldri ga opp. Det bor visst en magisk, ustoppelig kraft i din kæhktiske kropp.

En gang i blant fikk du gråte ut og åpne for sorgen din. Vi det kalte det for depresjon og gav deg mer medisin.

Men du var visst sunnere av alle, din gråt var din terapi.

For etterpå tok du opp kampen igjen, da vi trodde din tid var forbi.

Du viser meg viljens uendelige makt, og at smilet har kraft i seg selv. At en tredve kilos kvinnekropp kan ha vilje som flytter fjell.

Men hvorfor denne vilje til liv? Det undrer vi stadig på.

Ditt liv var jo bare snertet og sorg, et orsokslås vanding å gå.

Du gav oss aldri noe svar på det. Men tro du visste det selv?

Men livsmot og smil er det øste du av et utomordinært kildevell.

Og nå får jeg holde i hånden din og så følge den siste mil.

Med ærefrykt ser jeg et gjennomledd liv i glansen av ditt vage smil.

**ROGER 43 ÅR**

Glioblastoma multiforme

Du har så redde øyne i et barskt ansikt.

En riktig manne – mann har du vært og vil så gjerne fortsette å være det helt inn i døden.

Men angsten skremmer deg du tør ikke se den i øynene, men forsvarer deg mot den før den rekter å nå bevisstheten.

Du forsvarer deg med det eneste våpen du kjener: angetet.

Du hugger løs med aggressive ord på barna dine og på kvinner.

Kvinnen, hun som egentlig hadde forlatt deg for flere år siden.

Da orket hun ikke mer av sinne, slag og spark og hva – vet – jeg.

Men nå når du er skadeskutt kommer hun tilbake uten et bebreidende ord for å støtte deg og pleie deg.

Hun ser din angst og hun gjennomskuer din aggresjon. Hun har resignert på egne behov og dine utbrudd sører henne ikke lenger.

Men hun kryper seg når du huger løs på barna.

Og her står jeg rådvill og betrakter dere.

Ser barna såret og forvirret, ser den sterke, lille kvinne som villig gir avkall på det hun møysommelig hadde bygget opp de siste årene.

Og jeg ser dine redde øyne i ditt barske ansikt.

Hvem skal jeg beskytte?

Og hvordan?

Skal jeg hjelpe deg til å se angst i øynene?

Kan du tåle det?

Og vil det hjelpe deg eller de andre?

Jeg finner ingen svar.

I min fortvilelse rekker jeg hånden ut for å nå deg.

Og du huger den av med noen kvasse, velrettede ord fra din hemiparetiske mamma.


Jeg tar kaffekopperen med meg ut på dørhella i morgensen. Kjære kollegor! Jeg vet dere finnes der ute, og at dere huser et vell av livvisdom som kan gi perspektiv og livsmot til min og andres legehverdag. Og så får dere, og dagslyset, avsløre om dette var liv laga som en serie i Utopsten, eller om det bare var et drommespinn en delig sommermorgen.
Om samfunnsmedisin og samfunnsmedisinens vilkår

Endringene i samfunnet har i vår tid og i vår del av verden skjedd i raskere tempo enn noen gang tidligere. Dette tempo er trolig en viktig problemkapende faktor i seg selv. Det er ikke sted her for å komme nærmere inn på utviklingsbrekk. Det er snakk om et ytterst komplisert bilde, og det meste er kjent for alle. Men noen forhold bør nevnes, forhold av særlig betydning for samfunnsmedisinen:

*Nyliberalisme og privativering*

Det kanskje viktigste generelle utviklingsbrekk i vårt samfunn er vel en økt materiell velstand. For oss som husker Norge på 1940-50 tallet er denne økningen formidabel.


Mange personer og store grupper er fornøyd med den utvikling som er skissert - ikke minst blant samfunnets værter og maktenes élite. Samfunnskritikk blir derfor unødvendig og lite ønskelig.

*Endret sykeomsorgsbrille*

Endringene i sykeomsorgsbildet

Viktige utviklingsbrekk

Helsetjenesten må alltid vurderes som en del av det samfunn den er vokst ut av, og som den skal betjene - dette er grunnleggende og elementær samfunnsmedisin.

Vi anstrenger oss kraftig, men hver gang vi begynner å få fram fungerende grupper, så skulle vi omorganisere. Jeg lærte meg senere i livet at vi er tilhøynelige til å møte hver ny situasjon med omorganisering, og at dette er en vidunderlig metode til å skape en illusion av framkritt, men deretter i luft, ineffektivitet og demoralisering.

Petronius (død år 66 e.K.)

Rammelsettingene for det samfunnsmedisinske arbeid i kommunene er forvertet. Samfunnsmedisinerne står utenfor beslutningsprosessen og klager over at samfunnsmedisinske tjenester ikke er særlig etterspurte. En rekke forhold har vært nevnt som årsaker. Det følgende er et forsøk på å utdype årsaksholdene i noen grad, men også å bidra til diskusjonen ved å peke på noen nye og - etter mitt skjønn - viktige momenter.

Medisins teknologi

Den medisinske teknologi og den medisinske spesialisering har utviklet seg meget raskt. I mange tilfeller er den tekniske, spesialiserte medisin åpenbart utilstrekkelig når det gjelder å dekke mer kompliserte, sammensatte hjelpesøk. Det er en ganske voldsom økning i bruk av «naturmedisin». Føremålet er å dominere den medisinske kultur av den farmasøytiske industri og de tilknyttede medikamenter. Kanskje er grønne bruks av A- og B-preparater den ene side av et generelt økende narkotikabruk. Som innen andre samfunnsområder har vi fått
en sterk økning av det medisinske byråkrati. Som ledd i utviklingen øker klagesakene og helsetjenestens «justisiering».

**Fokus på sykehusmedisinen**

Som konsekvens av den medisinske spesialisering og teknologi har hovedinteressen i media og blant mange politikere kommet til å dreie seg om sykehusene og pasientprioriteringen der. Parallel med en økende fragmentering av kommunehelsetjenesten og en nedgradering av kommunalegener dig, er det et tendens til å flytte primærhelsetjenesten inn i sykehusene (felles akuttmedisinsk mottak – FAMM).

Ofte kan en undres over hva som er årsak og hva som er virkning. Samfunnslygis er det mange eksempler mer på sirkuler enn på lineær etiologi.

**Samfunnsmedisinsk spesialitet – et blindspor**

Egrableringen av samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet var et blindspor. Det førte til at sosialmedisinsens mikrodimensjon ble sløy fet (den kliniske sosialmedisin kontinuerlig om enkeltnemmers problemer, familie og arbeidsplass) ledet til fordel for makrodimensjonen – med det mer diffuse «samfunn» som interesseområde.


**Sosialmedisinsk sykdomsmodell**


**Medikaliseringen**

Ved å eliminere den kliniske sosialmedisin til fordel for samfunnsmedisin er veien lagt mer åpen for fenomenet medikalisering. Dette er et helt sentralt problem – også for vår helsetjeneste – som det ser ut som samfunnsmedisinen ikke får tak i. En medikalisering kan forstås på to måter:

1. Begrepsmessig – slik at sosialt problematisk menneskelig adferd eller avvik fra sosial norm, blir definert i sykdomsstermer.

2. Strategisk – slik at bruk av tanke- og modeller fra medisinen brukes for å angi hvordan et foreliggende problem skal løses.


Som klare eksempler på medikalisering, bruk av medisinsk strategi med innebygget sosial kontroll, kan nevnes psykiske lidelser, alkoholisme, narkotikabruk, hyperaktivitet hos barn, ungdomsokonomis og homosak. Medikalisering innebærer at bevegelseskapen kan og vil gjøre den definerte pasient til en veltipset og lykkelig konformist. Det er klare ulemper ved slik medikalisering:

- Den definerte pasient fratar personlig ansvar med dehumanisering som konsekvens.
- Den medisinske behandling – særlig når den utøves av ekspertter – er undergitt taushet og unndras diskusjon. Vi står ofte overfor sterke yrkesgrupper krav på eksklusivitet.

**Kamp om makt og prestisje**

Den betydning og innflytelse en gruppe skal ha, er et spørsmål om makt og prestisje. Såvel i sine problemdenominer som i sin metodikk vil samfunnsmedisineren ofte måtte trenge seg inn på politiske og administrative/organisatoriske områder. Her er det andre personer som hersker, og som nok kan oppfatte den ekspertise som samfunnsmedisinerne påberoper seg, som tilsom. Kommunalelovens prinsipper har også gjort det mulig å plassere samfunnsmedisineren i den nisje som han menes å forte: Nettverker og miljørettet helsevernearselskap (selvag det viktig nok).

Svært mye av den epidemiologiske pregede forskning som danner grunnlag for samfunnsmedisin, er like å bygge på. Ofte er den preget av en ukritisk holdning til materialet, en overdreven tiltro til
datateknikkens vidunderlige mysterier, og en overraskende kortsittning fra korrelasjon til årsak. Det beste av epidemiologisk forskning er samfunnskritisk og vekker ikke alltid fortjent interesse.

Tap av kontakten med den kliniske sosialmedisin, men med et samtidig behov for å opprettholde en nærhet med virkeligheten kan nok bidra til at enkelte samfunnsmedisiner er ukritiske i sin holdning til forskningens resultater. Dessuten er mye av den daglige tilførsel av resultater igjen bestemt av den farmasøytiske industris interesser, ikke slik at denne industri driver noen form for sensur – men det er ofte legemiddelindustrien som definerer forskningsområdene, betaler forskerne og sørger for markedsføring av resultatene.


Snu eller rygge?

Tor Ødegaard
Fylkeslegen i Akershus
Postboks: 8040 Dep
0031 Oslo
Spesialistkurs i samfunnsmedisin
Kommunelegekurset 1997

Årets kurs blir arrangert på Statens institutt for folkehelse (Folkehalsa) i Oslo mandag 25. august – fredag 28. november 1997 (14 uker). Kommunelegekursen dekker knervene til teoridelen av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin, og teller også som spesifiserte kurs i spesialistutdanningen i allmenndis med i alt 175 timer innen videreutdanningen eller 180 timer innen etterutdanningen.


Kursen har som mål å dyttiggjøre leger for samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver:

- overvåking og analyse av helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne, og formidle slik kunnskap til befolkning og myndigheter
- overvåking og analyse av helsevesenet og formidle slik kunnskap gjennom rådgivning og ledelse
- planlegging, gjennomføring, kvalitetsikering og evaluering av tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom

Kursen omhandler følgende emner:

- befolkningsskikk, bl.a. demografi og medisinsk historie
- helsetjenestekunnskap, bl.a. administrasjon, ledelse og helseøkonomi
- helsefremmende, sykdomsforebyggende og sosialmedisinsk arbeid
- miljørettet helsevern og smittevern
- vitenskapelig metodikk, bl.a. epidemiologi og statistikk, prosjektarbeid og kritisk vurdering.


Soknadsfrist er mandag 24. februar 1996.

Soknaden sendes direkte til Sektion for anvendt folkehelsevitenskap, Folkehalsa, Postboks 4404 Torshov, 0403 Oslo.

The Consultation – an international workshop

Time:
May 16 – May 23 1997

Place:
Kalymna Island Hotel, Kalymnos, Greece

Target group:
32 general practitioners

Workshop objective
An unique opportunity to spend a week in fabulous surroundings and in the company of colleagues from the UK and Scandinavian countries to look critically but supportively at our real core work, consulting with patients, to develop new skills, and to return with new energy and enthusiasms.

Workshop description
We train skills by use of video supervision of role plays. We will work in four small groups in morning and early evenings sessions looking at consultations, learning to be more effective, and sharing our support, leaving the middle day and evenings to enjoy this small Greek island north of Kos. The groups will be led by Peter Havelock and Theo Schofield from the UK, and Jan-Helge Larsen and Ole Risør from Denmark.

Fee
8.300 Dkr. The fee includes educational material and hotel with breakfast. Travel arrangements are on your own. Participants from Scandinavia can book their travel at the Star Tours agencies.

Course Secretary
Elisabeth Jeppesten, Educational Secretariat, The Danish Medical Association, Esplanade 8C, DK-1263 Copenhagen K., Denmark. Phone +45 35 44 85 00. Fax +45 35 44 85 08.

Application in writing
Deadline for application is April 1, 1997 to the course secretary. For further information about the workshop please contact Jan-Helge Larsen, phone +45 49 21 54 00. Fax +45 49 26 29 00.
Allmennpraktikerens rolle som portvakt i forhold til spesialisthelsetjenesten

Tekst og foto: Petter Øgar


Rolle = rollesett

En rolle kan defineres som forventningene om hvordan et individ skal handle i bestemte situasjoner eller posisjoner (1). Begrepet rollesett brukes om summen av de forventninger som sendes til innhaveren av en bestemt stilling eller personene i en bestemt posisjon. Som det gir fram av disse definisjonene, er rollebegrepet normativt. Det vil si vedladet og følgelig gjenstand for ulike tolkninger og synspunkter.

Rollespørsmaal

Vi går daglig inn og ut av flere roller. Ofte kan disse komme i konflikt med hverandre og omverdenen. Vi verken kan eller bør prøve å rømme fra denne virkeligheten, men det vil ofte være klokt å stille seg noen kontrollspørsmaal:

- Hvilken rolle er jeg i nå?
- Hvilken legitimitet har denne rollen for meg?
  - Er det en rolle jeg må være i,
  - en rolle jeg kan velge om jeg vil være i eller
  - en rolle jeg ikke har rett til å være i?
- Dersom det er en rolle jeg kan være i, er det en rolle jeg bør være i? Eksponering i en rolle kan dels komme i konflikt med en annen rolle, dels kan det redusere troverdigheten i andre roller. Det er derfor ikke bare et spørsømål om det er lov å være i en rolle, men like mye et spørsømål om det er klokt og hen siktsmessig. I denne vurderingen er det viktig å huske at det ikke bare handler om hvordan en selv oppfatter sine roller, men ikke mye hvordan omgivelsene oppfatter dem.


Mulighetene til å gå seg bort er mange. Noen har så mange roller at de bærer med seg eget hattestativ når de går i måter. Dersom man er blitt så schizofren at en kan forlange grupperabatt på bussen, er gjenen definitivt overskredet.

Legeroller

Jeg har i en tidligere ytring (2) beskrevet fire roller for allmennpraktikeren; rådgiver, leverandør, ressursfordeler og kontrollør. I et utdanningsprogram for framtidas leger i Ontario, Canada (3) opererer en med åtte legeroller:

- Medisinsk ekspert/klinisk beslutningstaker
- Kommunikator
- Samarbeidspartner
- Portvakt/ressurstyrer
- Elev
- Helseforkjemper
- Viteskapsmann
- Menneske

Basert på et foredrag for Sogn og Fjordane legeforening 7. september 1996

Portvaktfunksjonen er en blant færete roller leger kan spille. Hvilke roller leger bør ha og hvordan de bør utføres er en sentral problemstillinger den standen, pasientene og samfunnet. Enheten om disse
Disse oppgivingsene kan selvsagt diskuteres, men et viktig poeng er å framheve at vi spiller flere roller, og ofte flere enn vi er klar over. Det er påfallende at ingen av disse oppgivingsene har med advokatrollen, som jo er den tradisjonelle oppgaveplanen av legens viktigste rolle, og denne rolle mange fortsatt mener stort sett er den eneste vi bør ha.

Portvaktrollen

Så til portvaktrollen. Hva innebærer den av ansvar, muligheter og utfordringer når det gjelder å regulere bruken av andrelinjenester! Slik jeg ser det kan portvaktfunksjonen inneholde tre elementer:


3. Prioritering i praksis.


Svært ofte vil alle disse tre elementene inngå i større eller mindre grad når portvaktrollen utføres i praksis.

Skal portvaktrollen i det hele tatt være mulig og kunne fungere på en tilfredsstillende måte, må en rekke forutsetninger være oppfylt:

- Aksept og lojalitet til ordningen. Uten stor grad av aksept med og lojalitet til ordningen blandt de ulike aktører som børstes, vil den ikke fungere. Graden av aksept vil selvfølgelig fortskrive påvirkes av hvordan ordningen oppleves å fungere. Her er det mulighet for både positive og negative stikker.

- (Nesten) alle veier til spesialisthelsetjenesten må ha en portvakt. Det skal ikke mange ukontrollerte kollateraler eller by-passere til for at hele systemet undergraves. Henvisningsplikten er helt avgjørende i denne sammenheng.

- Det er også en forutsetning at ferdigvurderte og ferdigbehandlde pasienter returneres til primærhelsetjenesten og ikke blir gående til unødvendige spesialistkontroller. Her er det faktisk spesialisthelsetjenesten som har en portvaktfunksjon. Portvakter bestemmer ikke bare hvem som skal slippe inn, men også hvem som skal slippes eller vises ut.


Det innebærer en dreining fra å drive åpen helsebutikk mot i større grad å drive en styrkt virksomhet.

I dag er det svært varierende i hvilken grad allmennpraktikeren har mulighet til å definere
Hvilken legitimitet har portvaktrollen?

Med utgangspunkt i denne rollebeskrivelsen er det rimelig å spørre hvilken legitimitet denne rollen har? Er det en rolle allmennpraktikeren må være i, en rolle han kan velge om han vil være i eller en rolle han ikke har rett til å være i?

Dersom det er en rolle allmennpraktikeren kan være i, er det en rolle han bør være i?

Jeg mener svarene er ja, og det gjelder alle elementene i portvaktrollen. Det er en rolle allmennpraktikeren er i enten han vil eller ikke, og det er en rolle han har legitimitet til å være i og bør fortsette å være i. Jeg vil prøve å begrunne dette noe nærmere.

Advokatrollens utstrekkelighet

Det tradisjonelle legesynet har vært at legen er pasientens advokat. Med utgangspunkt i salige Hippokrates' utlegges advokatrollen slik at legen alltid skal sørge for at pasienten får den beste behandling. Utfordringsløse hensyn som ressursmotiverte beslutninger er mala praksis og en alvorlig trussel mot tillitsforholdet til pasienten og dermed mot hele vår terapeutiske potens.

Det må være lenge siden dette kartet ga en rimelig beskrivelse av terrenget, og det er tilsvarende bekymringsfullt at så mange fortsatt navigerer etter det. Faren for å gå seg vil være overhengende, og sviktende realitetsorientering er ikke et fremtredende trekk på god helse.

Den økonomiske virkelighet

Virkeligheten er annereledes. Økonomienes første bud er at i begynnelsen, midten og slutten var det, er det og vil det være knapphet på ressurser. Det betyr at ressurser brukt til et formål går på bekostning av et annet formål. Alternativkostnad kalles det på økonomispråket. Dette gjelder også vår virksomhet. Tid og ressurser brukt på en pasient kunne vært brukt på en annen. Lønningsutvalget (5) beskriver virkeligheten slik:

De tusenvis av valg som treffes når det gjelder undersøkelse, behandling, pleie og oppfølging av den enkelte pasient, låser i høy grad ressursbruket i helsetjenesten. Ansvaret for prioritering av bruken av store helsetjenesteresurser er i virkeligheten på denne måten desentralisert til den enkelte belsarbeider, og spesielt til den enkelte lege.

Det er trolig ingen annen eller bedre måte å gjøre dette på. Dette faktablom ligger også bak de offentlige krav som stilles til vår virksomhet slik de bl.a. kommer til uttrykk i folketrygdloven og i våre egne etiske regler. Disse kravene er sket ikke nye, men har bare blitt mer synlige etterhvert som det knyttes konflikter til dem: Pasientenes økende krav på medbestemmelse og selvbekostning, som ikke alltid sammenfaller med vårt faglige syn. Det stadig økende gapet mellom potensielle og ressursmessig tilgjengelige terapeutiske muligheter. Endringen av sykdomsbegre-

Det framheves også at portvaktrollen er en trussel for og kommer i konflikt med vår faglige autonomi. Igen har jeg vansker med å forstå. Tvert imot vil jeg heve at manglende respekt for samfunnets føringer i langt sterkere grad over tid vil undergrave den autonomi og makten vi bør ha. Legeforeningen burde vise dette bedre enn de fleste ved at den i alle år har praktisert en slik rollebalanse mellom å være fagforening for en i mange henseende heterogen gruppe og ansvarlig samfunnsorgan med delegerte forvaltningsoppgaver.

Petter Øger
Postboks 411
5801 Sagadal

Referanser
10 teser om forskrivning og bruk av sovemedisiner i allmennpraksis

Siden søvnvansker er en så vanlig symptompresentasjon i allmennpraksis, og siden størparten av all hypnotikaforskrivning skjer på allmennpraktikerkontorene, skulle en tro at allmannleger flest er eksperter i å behandle søvnvansker. Mye tyder på at dette ikke er riktig. Både erfaring og forskning indikerer at vår behandling av søvnforstyrrelser er et problemområde hvor mye kan gjøres for å bedre kvaliteten på vår innsats. Dette er bakgrunnen for 10 spissformulerte teser om hypnotikaforskrivning i allmennpraksis.

Tese 1. Diagnosen «insomnia» og forskrivning av hypnotika er ofte ikke fundert på adekvat anamnese eller klinisk undersøkelse

I en amerikansk undersøkelse (1) ble 501 allmennpraktikere presentert to kasuistikk (37 og 77 år gammel pasient) med søvnvansker. Legene skulle stille de samme spørsmål til «pasienten» som de ville gjort i praksis. Tilleggsinformasjon ble gitt som svar. Undersøkelsen viste at førre enn halvparten av legene brød seg med å ta opp søvnananamnese (den ene kasuistik-pasienten sov vitterlig sju timer hver natt!), og mindre enn en fjerdedel av legene spurte om kaffedrikking. Det ble stilt førre spørsmål om den gamle kasuistikpasienten enn den yngre. To tredjedeler av legene løste oppgaven ved å skrive ut et hypnotikum. Jo eldre og mer erfaren legen var, desto førre spørsmål ble stilt for forskrivning. Av de som hadde vært i praksis i mer enn 20 år, stilte 2/3 førre enn tre spørsmål. Blant legene som hadde vært i praksis i mindre enn fem år, stilte 46% mindre enn tre spørsmål.

Undersøkelsen viste et trekk vi kjenner fra praksis: «The rush to write a prescription before a history is taken..».(1)

I praksis skjer det ofte en kortslutning mellom forskrivning og diagnose. Forespørsel om sovemedisin blir gjort ensbetydende med diagnosen «insomnia», som i sin tur retterferdigjør forskrivning av et hypnotikum (2). Søvnvansker kan ha mange årsaker; fysiske, psykiske og iatrogene. Ofte virker flere forhold inn samtidig. Behandlingen skal i størst mulig grad rettes mot de(n) underliggende årsaken(e). Er det ikke maipraksis å etablere kronisk legemiddelbehandling basert på et symptom uten anamnese og undersøkelse?


Tese 2. De fleste leger kan nesten ingenting om validert ikke-farmakologisk behandling ved søvnforstyrrelser

De fleste allmennpraktikere er sikkert kjent med de vanligste søvnhygieniske råd (døgnrytm, luftig soverom, roe seg ned på kvelden, varmt å drikke, stimulantia, sex mv.). Denne rådgivningen har lett for å bli temmelig banal («pjatt») og kan oppleves som temmelig irrelevant for pasienten. Skreddersyd velledefinert basert på innsikt oppnådd gjennom sykehistorien vil vanligvis fortone seg inneledes.

I litteraturen er det spesielt tre ikke-farmakologiske behandlinger som har vist god effekt på kroniske søvnvansker: atterferdsterapeutisk stimuluskontrollmetode, søvnrestriksjonsbehandling og lysbehandling (3). Før, om noen, allmennpraktikere praksisiser disse behandlingsmodalitetene. For det første er metodene ukjente. For...
det andre er de tidkrevende – i motsætning til hypnotikaforskri
ning. Ved alle tre metoder er det anført behov for omtrent fire til
seks strukturerede konsultasjoner på
inntil seks til minutters varighet for
hver pasient (4). Dette aktualiserer
spørsmålet om det er allmenningen
som trenger å stå for den praktiske
gjennomføringen. På den annen
side kan organiseringen av tilbudet
gjøre det til et kostbart særtilbud
for spesielt interesserte. Bergen
SøvnSenter er et nyåpnet utred-
nings- og behandlingscenter med
tverrfaglig kompetanse på høy
nivå. Senteret, som er det nesten
سوی slag her i landet, har kompetanse
 på blant annet ikke-farmakologisk
behandling av søvnforstyrrelser
(Bergen SøvnSenter, Fjesangerveien 51, 5037 Solheimsviken).

Det kan selvsagt diskuteres om
bruk av placebopiller kan kalles en
ikke-farmakologisk behandling.
Spesielt på institusjoner har mange
lever hatt hell med dette. I en stu-
die ble det vist at 55% av eldre
innlagte pasienter som ønsket
sovinløs, var vel fornøyde med

placebo (5). Det å gi placebopills
på denne måten er selvsagt etisk
diskutabelt, men det viser at
mange av dem som ber om sove-
medisiner egentlig ikke trenger
den farmakologiske effekten.

I Diagnose Resept Undersøkels-
sen i Møre og Romsdal, fant vi at
av samtlige kontakter der insomni
var registrert som diagnose, ble det
gitt legemiddelbehandling for det-
te i vel 98% av tilfellene (2). En
generell oppfordring til legene om
tre at praktisere mer ikke-farmako-
gisk behandling hadde ingen
påvissbar effekt (2).

**Tese 3. Underbehandling av
pasienter med søvnforstyrrelser
er svært vanlig**

Spesielt for pasienter med noe
redusert mørningskapasitet, kan
sovnvansker lett utvikle seg til å bli
eit kronisk problem i perioder med
ökter stress (6). Det typiske er at det
utvikler en frykt eller angst for
sovnløshet og konsekvenser av det-
t, som i sin tur leder inn i en ond
sirkel med aktivering, søvnløshet,

frykt for søvnløshet, ytterligere
emotionsell og fysisk aktivering, en
mer søvnløshet osv. (6). Den
ne onde sirkelen kunne kanske ha
vært brutt på et tidlig tidspunkt av
en kortvarig hypnotikakur (5-10
tbl.). Dette minner om smertebe-
handling hvor mangelfull takling
av akutte smertener kan være med-
virkende til utviklingen av et kro-
nisk problem.

**Tese 4. Overbehandling av
pasienter med søvnforstyrrelser
er svært vanlig**

Unnlater vi å ta opp sønnanamne-
se, risikerer vi å skrive ut sove-
edisiner til pasienter som faktisk
har tilstrekkelig søvn per døgn (1).
Ikke sjelden finner nemlig en
vesentlig del av søvnen sted på
dagtid. Problemet kan være at
pasienten ikke klarer å fylle sin
hverdags med meningssfull aktivitet.

I vår analyse av vel 3,500
reseptforskrivninger med benzodi-
azeppinhypnotika (7), var det et
viktig funn at legene «glemte» å
begrense tablettsyrkre og utskrevet
mengde til eldre pasienter. Dette
gjaldt både ved nyforskrivninger
og reiterasjoner. Vi fant en generell
tendens til å skrive ut flere sovepi-
ller jo eldre pasienten var. I snitt
fikk eldre pasienter ordinert sove-
edisiner svarende til 10-11 ukers
daglig forbruk. Dette gjaldt både
ved nyforskrivning og ved resept-
fornyelser (7). Overbehandling er
det også om pasienten oversedet
pga. for høy dose eller pga. akku-
mulering ved daglig bruk. Eller
om vi påfører pasienten bivirk-
ninger som er verre enn den opp-
rinnelige behandlingsindikasjonen
(feks. elektrapyramidale bivirkning-
er pga. nevroleptika).

En spesiell årsak til overforbruk
skal nevnes. Det er når behovsme-
disiner (sovemedisin) gjøres om til
fast medikasjon ved at pillene leg-
ges (av hjemmesykepleien) i dosett-
skiler sammen med annen fast
medisin. Å finne gode løsninger på
 dette problemet er en viktig opp-
gave i samarbeidet mellom lege,
pasient og hjemmesykepleier og for produsenten av dosetteskene.


Tese 5. De fleste tilfeller av feilbruk av benzodiazepinhypnotika skyldes manglende mundtlig og skriftlig pasientoppkjæring

Den vanligste fallgrubben er trolig å skrive ut 100 tabletter «som avtalte» (7). I vår resprundersøkelse fant vi at skriftlig kommunikasjon på søvmedisinreceptene generelt var mangelfull. «i tbl. glad, var bruksanvisning i 55%, «ved behov» i 37%, og «som avtalte» i 7%. Bare på en enkelt resept var det oppgitt hvor lenge behandlingen skulle strekke seg over (7). Pasienten må være inneforstått med behandlingens formål og varighet, likeledes hvordan dosen kan varieres og hvorfor det er et poeng at behandlingen bør være intermitterende. Advarslor om fare for oversedasjon (bilkjøring), redusert stabilitet (fall), fare for tilvenning og svec ket hukommelse hører med, men må tilpasses det som er aktuelt for den enkelte pasient.

Tese 6. De fleste tilfeller av ladvoseavhengighet av benzodiazepinhypnotika skyldes survète forskrivningsvaner hos legen

Det er som regel ikke pasienten som ber om å bruke søvdepiller hver kveld i 100 dager når hun kommer på kontoret for første gang med et søvnproblem. Unnlater legen å informere pasienten om riktig bruk, vil svært mange som bruker nitrazepam eller flunitrazepam i 100 forløpende natter, ha utviklet toleranse for effekten, og de vil oppleve abstinens med «rebound insomnia» om de brasteponerer med hypnotikabehandling (7). Ved søvnvansker i forbindelse med seponering av hypnotikabehandling (som har pågått over en viss tid), er det ikke mulig å si om disse søvnvanskene representerer seponeringsabstinensens eller demaskering av det opprinnelige søvnproblemet. Seponeringsabstinensens vil i de aller fleste tilfeller gå over i løpet av et par uker. Det er viktig å skille mellom såkalt ladvoseavhengighet og medikamentmisbruk. Ladvoseavhengighet er uttrykk for en fysiologisk adaption og som er dokumentert i søvnlaboratorier (8). Denne tilvenningen medfører svært sjelden at pasienten på egen hånd trapper opp dosen eller utvikler misbrukskunderferd (9). Betydningen av grundig informasjon ved førstegangsbehandling samt tilpasset skriftlig informasjon på tillegsset/esken understrekkes nok en gang (7).

Tese 7. Problemmene ved seponering av benzodiazepinhypnotika blir ofte overdrevet – og er som regel milde og forbigående

(8). Patientenès personlighet er av stor betydning for hvordan dette forløper klinisk. Mens det i sepo-
neringsstudier hos medikament-
misbrukere kan rapporteres om
«abstinenter» i måneder og endog år (!), har forbruket i befolkningen blitt redusert merkt: de senere året uten at det har vært meldt om stø-
tre problemer i forbindelse med dette. Føks da Halcion ble avregis-
tert i 1991. Da hadde probleme-
ne med avhengighet og bivirk-
ninger vært tatt opp på TV og i
pressen på forhånd. Det mange av
oss da opplevde, var at svært
mange pasienter seonert Halcion
på egenhånd – uten at vi hørte
noe om abstinens eller rebound
insomnia.

I Sør-Trøndelag har noen kom-
muneleger nytlig kvalitetssikret sin
forkrivning av B-preparater og
sammenlignet forskrivningen før
og etter intervensjonen (10).
Undersøkelsen viste at de kunne
redusere antall forskrivninger av
benzodiazepinhyponotika med
27%, og at de reduserte gjennom-
snittlig forskrivning med 18 færre
døgnoser per resept. I Møre og
Romsdal har vi vist at forskriv-
ningen av sovedispenser i all-
mennpraksis kan forbedres ved å
legge skriftlig tilbakemelding av
egen forskrivningsprofil sam-
men med terapeutiske anbefaling-
er (2). I forhold til kontrollgrup-
pen (Møre-legene), reduserte lege-
ne i intervensiionsgruppen (Roms-
dal) hver enkelt reseptforskrivning
på nitrazipam eller flunitrazepam
med ca. 11 definerte døgnoser.
Samtidig forskjøv de forskrivning-
en fra 100-pakninger (andelen
redusert med ca 20%) til småpak-
ninger (andelen økt med ca. 35%).

Tese 8. Mange leger er ikke
kjent med viktige kontra-
indikasjoner for å skrive ut
benzodiazepinhyponotika

Alle benzodiazepinene har som
kjent en sterk muskelavslappende
effekt. For skrøpelige gamle pa-

enter kan kombinasjonen sedasjon og
slappe muskler være farlig i
form av økt fare for fall og fraktu-
ret (11). «Legemidler som reduser-
er muskeltonus, kan utløse søv-
nindusert respirasjonsforstyrrelser
hos friske og forverre eksisterende
luftveisobstrusjon hos pasienter
med obstruktiv søvnapne-synd-
ron. Benzodiazepiner må absolutt
unngås hos disse pasientene (12).»

Misbruk er snartere en kontra-
indikasjon enn en indikasjon for
forskriving av et benzodiazepin.
Registreringsorden av misbruk-
er har i praksis hatt måten den
de signalet på. På den ene siden
ønsker helsemyndighetene (f.eks.
fylkeslegeleiene) å begrense
forskrivning, mens de på den andre
siden sender ut dårlig skjulte sig-
saler om at registrerte misbru-
ker har rett på å få skrevet ut sin
«faste kvote». Medikamentmisbru-
ker har ofte en så odeløpende
effekt på hele driften ved mange
legekontor, at det (i større byer)
ønsker å organisere kvotefors-
krivning til misbrukere som en
sammers om frakoblet klinisk, kurat-
veil allmennpakke. Dette enten
kvoten gjelder Metadon, Rohyp-
nol eller annet.

Tese 9. Legens valg av lege-
middel (eller ikke) blir ofte
bestemt av andre forhold enn
det medisinske hensynet til
en enkelte pasient

Problemene med misbrukere gjer
at noen av nærmeste tar prinsipi-
elt avstand fra benzodiazepiner
og alt dets vesen. Dermed har
vi vårt standpunkt fått et sterkt
moralsk, for ikke si moralistisk
innhold. Vi nordmenn er ganske
puritanske og blir fort moralise-
rende på andres vegne. Kan vi
skanne en forakt for svakhet i for-
lengselen av dette? Mener vi det er
en tegn på svakhet eller umoral å
skrive ut eller bruke benzodiazepi-
ner (13)? Det kan være berettiget å
reise spørsmålet om det er riktig at
hensynet til misbrukere skal
bestemme hvordan benzodiazepi-
ner brukes i sin alminnelighet
(14).

Neuroleptika og trisykliske
antidepressiva er potente medika-
menter med et stort potensial for
avlorlige bivirkninger og interak-
sjoner, og bør ikke skrives ut ved
sovnvansker med mindre primær-
indikasjon for medikamentene
foreligger samtidig (15). Når nev-
roleptika skrives ut for insomni –
og bare for dette, er det mest av
hensyn til legen? Fordi forskriv-
ning av et benzodiazepin ellers vil
-true legens selvbilde av ikke å
være en «valium-legen»?

Tese 10. Behandling av
søvnforstyrrelser blir som
regel ikke fulgt adekvat opp
Måten vi følger opp våre pasienter
i allmennpakke er ved kontroll-
kontasjoner, f.eks. i forbindelse
med (ønske om) reseptonyttelse.
Dette er anledningen til å utvurde-
re diagnose og indikasjon for
behandling. Foreligger indikasjo-
nene ennå? Er terapien nådd? I
hvilken grad benyttes denne
muligheten til å kvalitetssikre sove-
medisinforskriving i allmenn-
pakke? I vår undersøkelse om for-
skriving av benzodiazepinhypono-
tika i Møre og Romsdal (7), fant
vi at 60% av alle reseptene ble
skrevet ut ved indirekte kontakter
og at 82% av alle forskrivninger
var reiterasjon. Denne store
andelen av reseptfornyelser uten
direkte kontakt mellom lege og
pasient er trolig en viktig forklar-
ing på at vi så sjelden reevaluerer
behandler for fortsatt hypnotikabruk
hos patientene våre (16).

Avsluttende kommentarer

Legemiddelbehandling er bare en
av mange behandlestrategier
ved søvnvansker. For benzodiazepi-
inhyponotika er det en viktig opp-
gave å bringe forskrivingsmønste-
ret mer i samsvar med dokument-
tert kunnskap om virkninger, tole-
rans og bivirkninger. Det er ingen
gode grunner til at sprikken mellom
liv og lære, mellom teori og praktisk, fortsatt skal være så stor som den er i dag. Gammel kunnskap og gamle forskrivnings(u)vaner må avlæres og erstattes med oppdatert viten og forbedrede rutiner. Oppdateringskurs av denne typen kunne innkorporeres i det etterutdannelsesprogram som vi stadig må gjennomføre for å beholde spesialiteten i allmennterapi. Til slutt må vi bli flinkere i å lære opp pasientene. Nøkkelordet her er bedret kommunikasjon (både skriftlig og muntlig) i det som kan kalles «patient centered prescribing» (17). Lege og pasient må samvirke bedre å etablere mest mulig felles forståelse om hva som er problemet, hva som er målsettingen med behandlingen og hvordan og hvor lenge denne skal gjennomføres.

Jørund Straand Ulriksdal legeenter Ulriksdal 8c, 5009 Bergen

Referanser

Den empatiske legen til overvektig pasient:
- Men kjære frue, jeg sier da ikke at De er overvektig. Jeg sier bare at i forhold til vekten skulle De ha vært fire meter lang.
Videreutdanning i folkehelsevitenskap (Public Health)

Fagområdet medisin ved Institutt for samfunnsmedisin tar opp studenter til ettårig eller ett-semester videreutdanning i folkehelsevitenskap. Tilbudene er opprettet med økonomisk støtte fra Den norske lægeforening.

Spesialiteten i samfunnsmedisin første semester inkl. eksamen godkjennes som obligatorisk teoridel til spesialiteten i samfunnsmedisin (Kurs i kommunalt helsearbeid for leger). I tillegg er høstsemesteret godkjent med 175 kurstimer for spesialiteten i allmenndisemin.

Legefonnaingen yter etter fastsatte retningslinjer stipet til dekkning av bortgifter, reiser, litteratur, samt lønanstap (for leger som ikke får permisjon med lønn i 2. semester). Kommunenes sentralforbund har anbefalt at det legges til rette for at leger får ta samfunnsmediinsk utdanning (KS-rundskriv 24/87). De som eventuelt får problemer med å få permisjon fra sin arbeidsgiver, kan ta kontakt med Legefonnaingens forhandlingsavdeling. Studiet gir normalt rett til studielån i Statens lånekasse for utdanning. Det er ingen kursavgift, kun kr. 400 i semesteravgift.

Ettårig videreutdanning i folkehelsevitenskap


Folkehelsevitenskap er kunnskap om og metoder for å forebygge sykdom og fremme helse ved organisert samfunnsmessig arbeid. Studiet søker å gi forståelse for epidemiologiske metoder som kreves for å beskrive forekomst av risikofaktorer og sykdom i befolkning. Folkehelsevitenskap dekker et noe videre emneområde enn det som omfattes av samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet. Studiets målsetting er å gi studentene et verktoy fremfor ren kunnskapslæring.

Studiet er et heltidsstudium som kvalifiserer helsepersonell for ledende stillinger i helsevesenet både i kommun, fylke eller stat. Studiet er også velegnet for helsepersonell som vil gå inn i forskning. Søkere må ha helse-/sosialfaglig utdanning og tilfredsstille kravene til cand.mag. samt ha min. 2 års yrkeserfaring fra helsevesenet.


Undervisningen i epidemiologiske metoder er gitt et større omfang enn de andre emnene. Epidemiologibolken og klinisk epidemiologi er fra 1994 også defineret som forskerkrav for bl.a. doktorgradstudenter. Vårsemesteret er delt i to perioder hvor emnene videreføres, men hovedvekten er lagt på oppgaveskriving under veiledning.

Søknadsfrist: 20. februar 1997

Møermere opplysninger: FH-utdanningen, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø. Tlf 77 64 48 16/77 64 48 24 eller fax 77 64 48 31.

Søknadskjema fås også hos Studieavdeling, UiTø, 9037 Tromsø, tlf 77 64 49 65.
Hva ligger bak de store variasjonene i primærlegers forskrivning av benzodiazepiner?

Av Trine Bjørner Dybwad

Trine Bjørner Dybwad er specialist i allmennmedisin og har arbeidet i Bågstadveien legegruppe siden 1981. Siden 1993 har hun i tillegg arbeidet med prosjektet «Forskrivning og bruk av vanedannende medikamenter i primærhelsetjenesten».

Studieoppgave
Formålet med studien er å undersøke hvordan forskrivning praktiseres, dvs. diagnostikk, beslutningstakking, forventninger, oppfølgning, behandlingsvarighet og avslutning. Det er foretatt en kvalitativ intervjuundersøkelse av primærlegere med høy, medium og lav forskrivning. Intervjuene foregikk på legens kontor, ble tatt opp på lydbånd og skrevet ut i tekst. Analysen er basert på dette skriftlige materialet. Det foreligger tre typer data: 1) reseptregistrering, 2) intervjuer og 3) observasjon.

Resultater
Alle legene er fulltids allmennpraktikere og oppga å ha variert praksis. Det ble funnet liten sammenheng mellom antall pasienter pr. måned og forskrivningsvolum. Storforskrivene er ikke en gruppe.


I analysen av intervjuene kom det selvsagt fram forskjeller mellom legene, men like øyenfallende var de store likhetene mellom gruppene leger. Dette galdt spesielt generelle holdninger og beskrivelse/opplevelse av hvordan det er å være forskrivende lege. Alle legene så på B-preparatforskrivning som en av deres mest krevende og vanskelige oppgaver i allmennpraksis. Flere leger beskriver et ubehag ved forskrivning, en følelse...
av de nærmest gjør noe ulovlig ved å forskrive. Vissheten om at myndighetene stadig driver tilsyn, oppleves av mange som pressende. Alle legene fremholdt restriktiv forskningspolitikk som et ideal, men vanskelig å følge i daglig arbeid. Det er en sterk tendens til å kontinuerlig pågående forskrivning, selv om dette klart er i strid med retningsslinjene. Forskrivningsvaner var i stor grad basert på egne erfaringer.

Når så mye er likt, hvordan kan forskrivningen da variere så mye? Hvordan kan praksis være så forskjellig? Hvordan kan tilsynelatende velfungerende, vel ansett kolleger med velrenommerede praksiser forvære eller leve med en høy forskrivning?

Varene er trolig å finne i gapet mellom de generelle holdningene og reseptblokken.


Mange legere har stillitende kontrakter med pasienter om forskrivning til fast bruk med faste intervaller. Flere forskrivere uttalte at disse kontraktene hadde utviklet seg over tid, og at det var et resultat av lenge pågående forskrivningsvaner. Avtalene var basert på gjensidig forståelse og til lit mellom lege og pasient og gjennom active forutsetninger. De var aldrig skriftlige.

Forskrivningsrutinene og det i det hele tatt å hu rutiner for forskrivning varierer mellom legene. I de fleste praksiser kunne pasientene gå direkte til hjelpersonell med resept. Selv om det er legen som må undertegne resept, ble ansvaret for å vurdere forbruket delegert til hjelpersonell. I mange praksiser var det slik at over 50% av reseptene ble utskrevet ved indirekte kontakt.

Konklusjon

Det er altså ikke de slående forskjeller mellom forskrivergrupperne, men en sum av små forskjeller som tyner i vektshålen. Når en systematisk tendens i alle valg på alle trinn i prosessen fra indikasjonstilling til ferdigskrevet resept legges sammen, blir resultatet en høy forskrivning.

Trine Bjørner Dyhovad
Institutt for allmenemedisin
Ph. 1130 – Blindern
0318 Oslo

Stev

Vidar Toreid

Prim-medisinsk veke blei stor, ja ni hundre sjeler på Soria Moria og dagleg lærdomen veks og veks om lab og vakt, info, trygd og sex

Velkommen hit, på inspirasjonen den tek me med - til konsultasjonen eg fann, eg fann - men må bruke uett
eg er Askeladd i internett

Hå, hi så knipsar eg så med fingren og suti huskar eg opp i viden
eg stundom trøllan og stundom kved
så færkje grådisen tak på meg

(Dus.: kvedingen kan være alterna-tiv til Fontex!)

UTPOSTEN 1997; 26 (1)
Jeg har aldri vært tvangsinnlagt på psykiatrisk sykehus. Jeg har ikke engang vært frivillig innlagt på noen psykiatrisk avdeling.

Men jeg har lagt inn pasienter, både etter paragraf 3 og 5. Det er jeg ikke alene om. Litt flåsede kan man si at har man lagt pasienter inn på et psykiatrisk sykehus i dagens helse-Norge, så er sjansen stor for at dette de facto har vært en tvangsparagrafinnleggelse.

Og jeg har, på den andre siden av gjerdet som mottagende lege, tatt i mot pasienter etter paragraf 3 og 5, tilbakeholdt pasienter etter nødrettsparagraf og vært med på tvangsmedisiningen.

Så har jeg sittet som legekyndig medlem i en psykiatrisk kontrollkommission i 10 år. I denne tiden har jeg snakket med et stort antall tvangsinnlagte pasienter, behandlet mange klagesager og lest psykiatriske journaler, i metenvis, med innleggsbejærgelser, tutorenklinger, innleggsavdektak og epikriser. Med status som en uværlig klageinstans har jeg fått ta del i mange opplevelser rundt innleggsene, og det har hos meg etterhvert utkrystallisert seg noen tanker som jeg er glad for å få lov til å dele med noen andre enn meg selv.

Overvekten av dagens psykiatrisk innleggelser i Norge skjer med hjemmel i paragrafene 3 og 5. I mitt kontrolldistrikt utgjorde disse paragrafene hele 77% av antall innleggelser. Ettersom lettere avdelinger oftere har vært salderingsposter når budsjetter skal overholdes og innsparingene gjøres, er det ikke uventet at andelen slike tvangsinnleggelser ser ut til å være økende.


Det norske ordet tvang prøver jeg å unngå å bruke, og skulle gjerne ne sette det stroket ut av lovverket. Det gir meg uniddelbart et bilde av solid makthåvelse på den ene siden, og total underkasting på den annen. Tvangsauksjon for eksempel, associerer jeg med gamle dagers salg av alt innbo og løsøre på kirkebakken mens mor og åtte sultne unger duknakket slette sine barføte bein mot fattighuset, med bare en liten klesbytelse under armen.

Tvang er et begrep som får meg automatisk til å sette hælene i bakken og bremsene på, uavhengig av om gevinsten er en belteseng på skjermet post eller en sydventur på det offentliges regning.

Hvis dere skulle si til meg at dere, med hjemmel i ferielovens paragraf 12, annet ledd, om tvangsrekreering av tøtte foreløpere, med øyeblikkelig virkning sende meg på et tre ukers opphold til Lanzarote, ... ja da går jeg ikke lenger på egne ben, nei i ånden ser jeg meg selv bli skjept opp flytrappe, trinn for trinn.

Ord er noe mer enn en samlignings på for eksempel fem bokstaver. I dette tilfellet kan ordet, med sin nærhet til innbuding og kraftfull håndspillleggings, fort komme til å avkle meg muligheten for å være såværdsfullvillig og bevare verdigheten.

Allianse er på den annen side et hyggelig ord. Dessuten er det et veldig møteriktig ord, en måletsetting som vi tilstrebger, i møtet med våre pasienter. En allianse bygger på samhandling mellom minst to parter, med elementer av komunikasjon, gjenstandig respekt, og forståelse. Allierte slår sine styrker sammen, dessuten vant de allierte også krigen. Det børger for hvor viktig det er å alliere seg med noen, i alle livs situasjoner, og ikke minst i krisepregete situasjoner hvor livet går av hengslene og
en selv er ute av kontroll. Som pasient er det viktig å ha noen alliererte, eller i det minste å forstå hvor alliansene går.

Legen er også avhengig av å samarbeide, komme til enighet med eller få støtte av noen i slike innleggsessituasjoner. Ikke minst fordi man ofte er så usikker selv, der og da.

Av og til kjenner man pasienten fra før, andre ganger ikke. Ofte er situasjonen akutt, som kommer uforutsett og gir liten tid til diskusjon eller ettertanke.

Ingrid er et slikt eksempel. Tannløs og tuslete ble hun brakt til mitt kontor fra politiet fordi hun hadde vagboddert, tatt masse drosjer, drukket og ikke gjort opp for seg. Hun likte seg dårlig, syntes jeg var teitt, følte seg ellers helt topp og ville på bingo. Alliansen oppbygningen gikk trådt, hun snakket mye og fort sann generelt ut i luften, og parterte mine antrydninger om oppstemthet med om ikke det var jeg som var noe nedtrykt og nervøs? Hun var skadlig uenig, men ikke overrasket da jeg antydet en innleggselse etter paragraf 5, og hun passet på at jeg i innleggsesskrivet, som ble lest opp for henne, nøye beskrev hvilke opplysninger som var kommet fra henne, hva som var basert på opplysninger fra politiet, og hva som var mine egne observasjoner.

Ingrid hadde vært innlagt før og hadde utviklet laget seg sine egne strategier. I sin lett utlevede frysethet selte hun inn på psykiatrisk avdeling med politimennene på sjepp som henholdsvis sjåfør og laktr. Hun erkjente kjapt alliansen mellom politiet og meg og tidligere erfaringer hadde sikkert lært henne at det var lite fruktbar å diskutere med oss. Ved repeterende å spørre ballen over på min bænehaldet tok hun likevel til en viss grad kontrollen over situasjonen og dermed vare på sin verdiighet.

Historien illustrerer flere viktige forhold. Som lege i en innleggsessituasjon forholder vi oss sjel-

notat til mottagende lege, det er et viktig dokument i pasientens psykiatriske journal og et dokument, som blir gjenstand for kritisk gjenomlesning senere. Ofte anfører pasientene i klagesakene at opplysningene i innleggsesskrivet ikke er korrekte. Ikke sjelden oppleves dette mer støttende enn selve innleggsbeslutningen. "Hvordan kan legen skrive at jeg hadde oppført meg truende overfor naboene? Han var jo ikke der!" Det er mitt personlige inntrykk at pasientene ofte har noe rett. Men pasientenes smerter blir på en måte vår beskytter, eller hvilepute om man vil. Fordi det er så smertefullt, lar
man unøayaktighetene og de skjeve fremstillingsene heller lige. Man gjør ikke korstog for å få endret journalopplysninger som «Hun sto naken og skrikende ut i elva» selv om pasienten sier at hun hadde på seg t-skjorte og truse og måtte rope om hjelp for å bli hørt. Men pasientene betaler med tap av selv-bilde og nedsitt verdighet. Som en pasient ganske treffende uttrykte det: «Jeg skjønner jo at han (legen) måtte få med alt det dumme jeg hadde gjort for å være sikker på at jeg skulle komme inn hit, og jeg trente jo det, men han tenkte ikke på, at alt dette føle som står i dette brevet, det skal jeg leve med nå også, nå som jeg er frisk. Jeg kan ikke skjønne at det var riktig så galt som det står her».

Hva vi som allmennleger må leve med er at det skal skarp ammunisjon til å trenge gjennom annenlinjas muret, derfor selektie rer og aggreverer vi i det godes tjeneste, enten det gjelder å få en pasient til Radiumhospitaliet eller inn på akuttavdelingen på Gau stad, til støtte for noen, men altså sterkt støttende for andre. Ofte er det mange som er med på hviske leken for opplysningene kommer på papiret svart på hvitt som evige minnesmerker i pasientens journal. Politismannen som fulgte Ingred til meg hadde akkurat kom met på vakt, dessuten var hun innbrett av noen andre tjenestenem fra et helt annet distrikt, som igjen hadde fått sine opplysninger fra forskjellige aktører i nærmiljøet. Selv om legen ofte kan føle seg alene, er det jo enda en part i saken. Mens legen egentlig bare gir medisinske opplysninger er det tutort som formelt begjærer pasienten innlagt. Men det er legens ansvar å velge hvem som til enhver tid skal være turog og dette valget kan bli gjenstand for kritikk, både fra pasienten, og fra rettsystemet, som kontrollkommissionen er en del av. Det holder ikke lenger å velge det som synes greiest i øye-blikket. Løv og forskrifter sier ganske klart at nærmeste pårørende er førstevalg, som ektefeller, foreldre, barn eller søskne, jo nærmere jo bedre.

«To eksempler illustrerer imidlertid kompleksiteten:»

En ung kvinne med tre min dreårige barn ble innlagt etter paragraf 3 i forbindelse med et su icaidforsøk, med ektemannen som turog. Det som hadde utløst krisen var utroskap fra mannens side og spørsmål om separasjon og fordel ing av barna. Klageren påtrøptes seg senere i inhabil turog og urettmessig innleggelse, og mente at ektemannen hadde personlige motiver for å ønske henne innlagt og stremplet som syk med derav redusert omsorgsvei. Klageren fikk ikke medhold i hovedpunktet, men det ble konkludert med at valg av turog her var uheldig etter som legen var klar over situasjonen på innleggsstedspunktet, og pasientens mor hadde vært lett tilgiengelig.

Offentlige etater kan også kom me i et dobbeltforhold. I en annen sak ble det reist klar kritikk mot lederen av en sosialetat. Denne hadde i lengre tid ligget i privat grensetvist med en nabob, foranle diget selv legetilsyn da naboen oppførte seg underlig etterhvert og ga offentlig tutel ved innleggelsen i en psykiatrisk avdeling. Her er mange mulige snueterader!

Ingred selv hadde ingenting imot å ha politiet som turog, «du får gjøre det du ikke kan la være», og det var praktisk og greit fordi hennes eneste datter bodde langt unna. Men jeg trodde hun var godt fornøyd med å bli spurt og informert. Forbavsende mange pasienter vet faktisk ikke hvem som står som turog ved innleggelsen.

Personlig velger jeg å se anvendelse av de overnevnte paragrafene som en rettighet og ikke som en straff. Og det søker jeg også å for midle. Jeg opplever at det er mye kaos i deg. Det er ikke godt for deg og jeg tror at du nå vanskelig kan klare deg selv. I denne situasjonen har du rett til å bli tatt vare på, og det er min oppgave å passe på at du skal få hjelp slik at du kan få tilbake kontrollen over deg selv. Lenge strevde jeg med min egen skyldidkje. Var fylt av hvor fryktelig det er å ta friheten fra et menneske. Men ambivalent mak tuovelse på den ene siden og forvirret, angstfylt motstand på den annen skapte verken trygghet eller gode relasjoner. Det ble en slags folie a deaux i skal-skal ikke takt. Etter at jeg la av meg Pontius Pilatus habitten og sluttet å føle at jeg måtte vaske meg på hendene før enhver paragrafinleggelse, har jeg oppdaget at det er mye omsorg knyttet til det å ta folk til de grader på alvor at man tar fra dem rådretten for en stund. Det går an å stå støtt også i egen usikkerhet, klarhet og tydelighet gør trygghet, og det behøver ikke være en udel uopplevelse at noen tar ansvar for ens ve og vel.

Mange pasienter «glemmer» hendelsene som skjedde innlegges sesdagen. Noen husker veldig selektivt; «plutselig snart det to politimenn på døren min og sa at legen hadde sagt at jeg skulle innlegges på Lier sykehus», mens andre lever det opp igjen og opp igjen og blir liksom aldri riktig fer dig med det.

Som leger har vi nektene til noen av de rommene hvor opple velser farges, men ikke til alle og vi skal vokte oss vel for å ta totalans var for vond eller mindre vone de minner på våre skuldre alene. Men ved å samhandle, både med pasienten og andre, innenfor pasientenes eget sysselsatt, så kan vi oppnå å redusere noe av mistenks omhatten, skammen og tabuiseringen som for mange pasienter bidrar til å gjøre sykdomsutbrudd om til permanente traumer.

Siri Steine
Seksjon for allmennmed.
Ulleråd sykehus.
P.B. 1130 Blindern
0317 Oslo
Tema: Videre/etterutdanning

«MILJØRETTET HELSEVERN»

Hva er det?

«Miljørettet helsevern» er et studium i forebyggende helsearbeid. Undervisningen foregår i lokaler på Lillestrøm i regi av Høgskolestiftelsen på Kjeller / Høgskolen i Akershus. Studiet er på et halvårs (helårs) med to studiesemester, hver på to uker. Det gjør at det er mulig å være i arbeid ved siden av. Det er også mulig å ta studiet som deltids over ett år.

Vi er 20 studenter, fra Molde i nord til Arendal i sør, som tar dette 10-vektall studiet høsten 1996. De fleste av oss er sykepleiere med forskjellig bakgrunn.

Studiet er også egnet for andre med høgskole- eller universitetsutdanning. En av intensjonene med studiet er nemlig å fokusere på viktigheten av tverrfaglig samarbeid.

Gjennom studiet har vi fått et bredt faglig grunnlag for å kunne forstå de viktigste miljørelaterte helsetilfeller. Vi har fått «oppskrifter» for å kunne bidra til helhetlige løsninger, f.eks. innen HMS-arbeid.

Samlingene har bestått av forelesninger innen de forskjellige områdene, med flinke forelesere fra de ulike fagmiljøene. Disse har klart å gjøre selv «tort stoff» til interessante, engasjerende temaer. Hvert nytt tema ble bearbeidet gjennom gruppeoppgaver. I tillegg til avsluttende eksamen der vi får bruke bøker og notater, må det leveres inn en prosjektoppgave med selvalg tema.

Det skulle være nok av oppgaver å gå løs på etter dette studiet: enten på den arbeidspllassen du er i bedriftslederfunksjonen, forebyggende helsearbeid i kommunen, eller HMS-arbeid, kanskje en konsulentstilling?

Eller - det kan kanskje på sikt gi deg muligheten til å studere videre til Master-grad i forebyggende helsearbeid. Høgskolestiftelsen arbeider med planene om utvidelse av studiet.

Hva kostet så dette? Dette avhenger selvfølgelig av hvor du bor i nærheten av Oslo / Lillestrøm eller om du kommer langveis fra. Høgskolestiftelsen kan gi deg tips angående rimelige hybler. Studieutgifter + bøker for høsten -96 kom på ca. 4500.-. Du har mulighet til å søke studielån / stipend fra Statens lånekasse.

Hilsen kull 3
Miljørettet helsevern
Høgskolestiftelsen på Kjeller.
Fluor vaginalis

Nyere forskning har øget vores kendskab til de mikrobiologiske forhold i vagina og cervix uteri, selvom de fleste undersøgelser dog stammer fra andre områder end almen praksis. Nye diagnostiske metoder har ligeledes øget muligheden for specifik diagnostik.

Samtidig med at vores kendskab således øges, er det ikke almindeligt, at det gør det lettere at være praksisende læge.

På kurset diskuterede vi et tilfælde med en yngre kvinde der klager over "alt for meget udlad i". Efter nogle undersøgelser finder man ved dyrkning Candida. Der var blandt kusseudsøgningerne enighed om, at isoleret fund af Candida ikke bør fore til behandling. Dette undersøgtes af resultater jeg kunne præsentere, der viste at man i almen praksis hos ca. 1/4 af kvinder udlader over udlad kan påvise svamp. Dette sammenholdes med det gunstige spontan forløb hvor generne er bedre eller helt forsvundet hos flertallet efter 1 uge, uddybet synspunktet at candida ikke nødvendigvis skal behandles. Patienten kan informeres om, at forventede spontant forløb og sammen med lægen kan man vælge at behandle eller se an.

I forbindelse med diskussionen gennemgik vi hvorledes den normale vaginal sekretion varierer hos en enkelke kvinde over tid. Ligeledes er det stor forskel på, hvad der er fysiologisk normalt hos den ene og den anden kvinde og vi konstaterede betyden af dette for lægens fortolkning af de præsenterede symptomer og sine egne objektive fund. Figur 1, giver en grafisk fremstilling af hvorledes vaginal sekretion varierer og hvorledes den enkelte kvinde har en tænkning for hvornår den oplever som udtorkning for noget unormalt og dermed tolkes som et symptomer på at noget er galt. Det blev fremhævet, at det er afstanden mellem den vanlige vaginal sekretion og normalitetsstærsklen der er afgørende for, hvor let eller kvindens har til at opleve symptomer snarere end den faktiske mængde vaginal sekretion. Lægens vurdering af kvindens normalitetsstærsk i forhold til hendes vanlige sekretion er afgørende for håndteringen af problemstillingen.

Slutelig diskuterede vi på kurset de problematiske i at undersøge for chlamydia i en lav prævalent population. Med lav prævalens (eksempelvis 5%) vil man med de fleste undersøgelsesmetoder ikke døde det problem at op mod halvdelen af tilfældene hvor mikrobiologens svar lyder, at der er påvist chlamydia vil være falsk positive (tabell 1).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fortolkning af test resultatet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chlamydia positiv</td>
</tr>
<tr>
<td>Chlamydia negativ</td>
</tr>
<tr>
<td>Ialt</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Prævalens af Chlamydia: 5%
Test sensitivitet: 95%
Test specificitet: 95%
Falsk positive: 50%

Essenser af forudrag og dialog under kurs på Primærhusens uke -96.

28
Nye teknikker kan nedbringe problemets omfang, men ikke eliminere det. Kunnskerne diskuterede hvorledes problemet med fælge positive håndteres i forhold til informationen af kvinde og smitteopsporing, ikke mindst når der er tale om faste parforhold. Nogen konsensus var der ikke herom, men det at lægen og dermed patienten bliver gjort opmærksom på de potentielle problemer med fælge positive og negative svar er i sig selv et stort fremskridt.

Flemming Bro
Institut for almen medicin
Aarhus Universitet
Hægh-Guldberg gade 8
8000 Aarhus

BOAHKUHEAPMI
De viimmat lea boahtan oktanaga sameglili ja dérogillii râvaghpa dearvvasvuoda halddahusas. Sávan ahte dát šattašii stuurra ávkin buot samegielalačcaide, ja maiddái ovdamearkan earâ hálldahusaide min riikkas, dadjá Ovla Máhtte.
Medisinens makt og avmakt

Et eventyr av Berit Tveit

Det var engang en medisinnann, en feltskjærer og en klok kone. Slik som verden nå engang er, bar det seg slik at de kom i samme hus, samtidig, og hadde venntid. Medisinnannen ventet på at barnets febermedisin skulle virke, feltskjæreren ventet på at husbonden ble full nok til at hylleen hans kunne skjæres, og den klokne kona ventet på at et nyt barn skulle drives ut.

Tjenestejenta visste ikke bedre, i all sin ærbødig for disse klokke folk, enn at hun bød dem alle tre inn i storsua, og satte frem både mat og vin. Det var kaldt i krokene, så de tre måtte sitte nær hverandre foran peisen. De likte det så måtelig, men etterhvert gjorde varmen og vinen sin vanne virkning.

Først sa kona: «Jeg hadde venntet at barnet kom først - det er hennes andre. Kanske jeg må bruke meldrøyekoket.»

Medisinnannen ville ikke være dårlige, så han sa: «Det er sibill og rhonci over barnets lungar - og det er dyspnisk - feberen går nok ned med ippacauinha, men jeg vet ikke om barnet er sterk nok til å få opp alt expectorate.»

Felttskjæreren hostet beskjedet, og sa: «De hadde prøvd med grøntomslag og edderkoppspin, men jeg så straks at byllen satt for dypt og var for stor - kniv må til - pusset fyller nok et bekken. Mannen er dårlig og har feber - likevel tar det lang tid før han søvnner av brennevinet.»

Det ble en lange pause, så sa medisinnannen: «Etter min erfarinng virker edderkoppspin dårlig - både på sår og byllor.»

Felttskjæreren og den kloke kona sa: «Nei, noe så dumt som edderkoppspin, og de sa det så sint, og i slik perfekt takt, at medisinnannen ikke kunne bare seg for å le. Han tok seg i det forter, men oppdaget at både felttskjæreren og kona lo, de også.

De tok en felles skål «Mot edderkoppspin», og den kloke kona sa, meget lavt, etter å ha sett seg omkring og funnet at de var alene:

«Jeg vil betro dere noe, for jeg har hørt gode ord om dere: Min hemmelighet er vann. Varmt vann til i koke saker og tenger i, til å vaske barselkona, eller såret, og mine egne hender. Lunket vann til umslag og vask av baren. Kaldt vann for hente pannet, og for

brannsår. Jeg har ikke mistet en eneste av barselfeber eller spebnarmskraper på lang tid.»

Felttskjæreren nikket langsomt, fler ganger, og medisinnannen sa ettertenksomt: «Av og til tror jeg nesten at det er vasken som virker, og ikke urterne jeg setter til, med mange latinske ord.»

Kona sa: «Tenkte jeg det ikke - dere er ikke så dumme. Men dere forstår hvorfor det må være en hemmelighet.»


Felttskjæreren sa lavt: «Dere er folk etter mitt sinn. Jeg har også en hemmelighet, dere vet at noen sår kommer av seg selv, uten skade. Da bruker jeg først vann med litt salt i. Så bruker jeg saufett - med tørring i. Ikke noe annet, selv om de tror det er trollsunning. Den er brun og lukter ille.»

«Tikk og tikk,» sa medisinnannen. «Du kan bruke litt genthanaviollet i vannet, da blir alt så elegant blått.»


Medisinnannen tok mot stilkenene, reiste seg og bukket tak-
knenlig. «Eftedra vulgaris – det er den vi kaller grønnstilke.»
«A, den» sa kona. «Fins jo masse av den, det er det for tørt for andre planter – jeg skal sanneliggplukke.»
«Jeg regner med litt rabatt,» sa medisinmannen, og kona nikket.
«Du snakket om meldrøye,» sa felskjæreren, «hvordan virker det utoverå, jeg trodde det bare ødelagde kornet.»
«Ja, mange er døde av dårlig korn. Men litetgrr, det får livemoren til å trekke seg sammen, og så kan bladningen stoppe, og riene blir gjøire bedre.»
Felskjæreren knegget og slo seg på knærne: «Vann, meldrøye, ugress og tjære – vi kan bli rike, kan vi, om vi lærer mer av hverandre.»
Tjenestejenta kom inn og sa at nå var husbonden sovnet, men dromte ille. «– og de andre mannfolkene er på skogen, så ikke vet jeg hvordan dette skal gå.»
Den klokse kona reiste seg, brettet ertene opp og viste fram kraftige armer. «Fødselsjelp gir gode muskler, jeg kan holde ham! Må bare se innom bar selkorna.»
Medisinmannen knæltet, kan faltse liten og svakt. Men med ett kom han på at han hadde noe i baksen sin, han og. «Her er noen optiumdråper – hvis du får seks av dem ned i halsen hans, blir han nok rolig, til og med når du skjærer.»
Felskjæreren tok glad imot. «Har ofte tenkt på optium, men det er så dyrt.»
«Ja, våre valmuer gir ikke sterk nok saft. Jeg kan gjøre en stor bestilling, så blir det rimeligere for oss alle tre,» sa medisinmannen.
Og så gikk han på kjøkkenet og drev alle jentene ut for å skulle han hoke tryllecast til barnet.
Kort tid etter brøt felskjæreren lykkelig: «Kom med varmt vann! Myel – og brenn alt dette!»
Husbonden lå så rolig at felskjæreren fikk laget et riktig pent snitt, og den klokse kona fikk lite bruk for armene sine. Men pussen sto
under slikt trykk at det sprutet – både over felskjærerens skjorte og sengklærne.
Medisinmannen ba dem komme til barnet. «Sliter løsnet, men han klarer ikke holde det opp, så
en må holde ham oppnød og den andre banke på brystet.» Felskjæreren holdt, og kona banket og medisinmannen pusset luft inn i barnet innimellom. Tilsatt var lungene tomme, og barnet sov fredelig.
Den klokse kona gikk nå til barselkinnen, og de to mennene fulgte etter. Så ble de to mennene ganske bleke – ingen av dem hadde vist hvordan klokse kona konfer avdersk fôdekvinner. «Hun er så sliten nå, at hun orker ikke presse ordentlig, bare vri seg,» sa kona bekymret. «Og utover har beina først! Da tør jeg ikke legge meg på magen hennes heller. Hva med noen dråper optium her også, medisinmann?» Jeg trenger så at hun er roligere.»
Kona grew inne i kvinnen, og fant noe som hun halte i. Felskjæreren holdt imot.
Beina til ungen kom ut, så reiste kona seg, løfte og vred på ungens hofter og der kom hodet. Ungens var blå, og skrek ikke.
Kona sa: «Du må visst til med pusete-kunstene dine her også, medisinmann, jeg har nok å gjøre her.»
Medisinmannen pusset og pusset. Ungen ble først lyserød, så pusset den selv, og endelig skrek den lyslig. Immens snakket kona og felskjæreren iverig sammen. Han hadde hentet sykristet sitt, og de sydde kvinnen pent sammen.
«Må bli noe rift når du herjer slik,» sa han trosfendte.
«Ja, og slik du syr, blir det jo rene broderiet,» sa kona. «At mannfolk kan føre nålen slik! Hvor får du tak i de krumme nålene?»
Etterpå vasket de seg ennå en gang i varmt vann, og forsynte seg alle tre fra gårdens klæshop. Tjenesjenta satte frem mat foran peisen igjen, tok husbruens nølker og hente fra rød storvvin, mandler og rosiner. For hun skjønte det hadde stått om livet for husbondes folks.
Medisinmannen gned på glasset sitt og sa: «Isted skålte vi mot edderkopper. De har hvert sitt spinn. I kveld har vi spunnet sammen, det kjennes merkelig, men—»
Felskjæreren avbrøt ham: «Du sa at vi kunne bli rike. Jeg begynner å tro på deg. Et spinn av gull, hva?»
Den klokse kona sa: «Mer enn det. Et godt nett å berge folk med. Det er kanske dumm, men jeg liker det svært godt når folk blir friske.»
«På det viset er vi dumme alle tre, tror jeg. Men vi skal nå ha litt på kistebunnen i ålendommen, vi og,» sa felskjæreren.
«Mye!» sa medisinmannen. «Jeg har fem levende unger, og en på vei, den skal du ta imot, kome! For det var to som ikke levde.»
«Skål!» sa felskjæreren. «Skål for vann, luft og sterke armer.»

Berit Tveit
Boks 3555
5033 Yttingdalen
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Svar fra Statsen helseselvry

på innlegg fra Olga Berglund

Ugosten 1996, 25 (5), s 298


Det nasjonale vaksinasjonsprogrammet er ikke eksplicitt omfattet i prosjektbeskrivelsen men hører naturlig inn under ansvarsområdet for arbeidsgupper som utøver medisinsk screening og helseunderøykjet. Vaksinasjon av barn og unge blir i det største uttatt på en svært tilfredsstilleende måte idag, og det skulle derfor ikke være behov for å overføre dette arbeidet til andre deltjenester eller yrkesgrupper.

Resultatet fra arbeidsgupperne vil bli sammenstilt og sendt ut på høring til berørte fagmiljøer, interesseorganisiasjoner og offentlige instanser.

Ragnar Solheimsen
Lena Engfeldt
Statsen helseselvry
Ph. 8128 Dep. 0032 Oslo

UTPOSTEN 1997, 26 (1)
Hva er god lege-etikk?

Oslo generalpraktiker og professor i medisinsk etikk, Doy Artas, menner at det er viktig for leger å ha godt forståelse for etikk og helse. Han er også en av de første som har gitt ut en bok om legeetikk.

Hva er god lege-etikk? Svar til Lars Tjensvoll

Kollega Tjensvoll filosofiske betraktninger krever tilsvar: Hva er god lege-etikk?

Svar til Lars Tjensvoll

UTPOSTEN 1996, 26 (7/8), s. 292-96

Kollega LT trekker filosofiske betraktninger og sitater inn i argumentasjonen for følgende trev:

«Det jeg har villet understreke er at vi som leger ikke er mer berettiger eller kvalifisert enn andre til å uttale oss om helse og sykdom.»

Han er ikke alene om å spre denne type desinformasjon. Også vår nye professor i medisinsk etikk, teologen og legen J.H. Solbak, har gjentatte ganger sagt det samme. Selvsagt vet vi mer enn andre om hva som forårsaker sykdom og lidelser. Og det er etterhvert enormt med solid kunnskap om sykdomsskapende mekanismer. Så

må filosofen Popper gjøre mene at all vitenskap er hypotetisk og gjenter dem. (Meg bekljent er det ikke hypotetiske gjenter som har gitt oss alle de gode antibiotika - tvert om systematisk forskning og kliniske utprøvinger.)

Vi kan greie oss uten tåkeleggende filosofi i vår arbeidsdag som leger, enten det er som allmennpraktikere eller sykehusleger. Vi vet kollosalt meget idag om hva som forårsaker sykdom og lidelser. La oss bruke denne kunnskap også i forebyggende hensikt. Jeg er spesielt opprett av tobakk og alkohol, som noe av de viktigste årsaker til sykdom, lidelser og tidlig død. Selvsagt finnes det mange andre problemområder også, jeg har aldri hevdet noe annet. Bruk av tobakk og alkohol er en del av toksikologien. Det burde være like unødvendig å argumentere for at 2+2=4 som at det må være meget viktige oppgaver for alle leger (også LT) å drive aktivt arbeide for å få ned røykefrekvensen hos barn og unger. Få hjerterfarke-pasienten til å stumpe røyken og pasienten med pankreatitis til å kutte ut alkoholen. LT må giene kalle dette moralisme. Jeg kaller det god lege etikk hvis jeg har greid å få bort alkoholen fra et belasted hjem, selv om kanskje alkoholytter selvfølgelig å beholde sin livsstil på bekostning av sine barns psykiske helse.

Som nevnt av LT: jeg tenker mer «familien i sentrum» enn «pasienten i sentrum». I tillegg burde det være god lege-etikk for LT og Solbak (m.fl.) å drive forebyggende helsearbeid slik at ressurser frigjøres fra et overbelastet helsevesen. Idag er det mange pas-

entgrupper og trengende som ikke får på langt nær den service de har krav på. En hovedgrunn til dette er at livsstilsykdommer som røyking og alkoholbruk beslaglegger enorme ressurser. Det er vår plikt, også etter norsk lov, å arbeide for rasjonell bruk av helsetjenestens midler. Tobakkbruk er årsak til over 200 000 liggedøde per år ved norske sykehus.

LT må gjerne hevde at røyking ikke er den opprinnelige årsak til lungkreft. Men har burde sette seg inn i karsinogeneisen ved lungekreft og de mange karsinogene stoffer i tobakkssykten. Rådgivende grupper for EU-kommisjonen når det gjelder krefstrategien i EU-landene har satt opp kampen mot tobakk som oppgave nr 1. I nærmeste årene. Hensikten er ikke å blande seg opp i folks privatliv og selvalgte livskvalitet, men hensikten er å få ned frekvensen av krefsykdommer slik at det blir mindre lidelse og frigjøres ressurser til annet helsearbeid.

Det bekymrer meg at det fortsatt er nødvendig å skrive slike selvfølgeligheter. Men er tydelig at flere trenger å tenke lege etikk før de erstatter sann fornuft med filosofisk vriav.

Vi får prise oss lykkelige for at Robert Koch ikke slo seg til ro med de store filosofer når han lette etter årsaken til tuberkolose. Han fant årsaken. Og senere har vi lært at også andre faktorer spiller rolle for om vi blir syke med tørring. Idag helbreder vi livstriende tuberkolose. Og denne behandlingen er ikke resultatet av «gjenter».

Carl Ditief Jacobsen

Sentralsykehuset i Akerhus
1471 Nordbyhagen
Ausma Balode
allmennlege i Latvia

Latvia: - helserelaterte fakta - tall fra 1994:
• Befolknings 2,6 mill. (Negativ befolkningsstilvekt, - 1.9% per år).
• 26% av befolkningen er pensjonister. Blant de land med den høyeste andel i verden.
• Ungdom til helse: 4.2% av BNP offisielt. (Den reelle prosentverdi er lavere).
• Gjennomsnittlig forventet leveald: 60.7 år for menn (sunket med cirka fem år siden 1990) og 72.9 år for kvinner. (Bare Russland har lavere forventet leveald for menn av de tidligere sovjetrepublikkene). Alkohol er en viktig faktor.
• Barnedødelighet: 13.5 per 1000 fødte.
• Antall leger: 29 per 10 000 innbyggere.


Allmannmedisin, en trang fødsel
Allmennpraksis er et ny arbeidsform for leger i Latvia. Fra den første kom i 1992, er det registrert omlag 200 allmennleger i Latvia, kun 0.7% av det totale antall leger i landet. Likevel, bropraten av disse kan ikke fungere som allmennleger, men må arbeide i sine gamle stillinger. Det er økonomiske og lovmessige hinder i veien for at allmennlegene skal kunne praksisere. Det er nok av leger i Latvia, alle er de spesialister på hvert sitt felt. Ingen vil slippe allmennlegene til. Spesialistene er sterke og har til nå hatt bedre politiske kontakter.


Et slikt lynamk ble innført for raskt å skaffe til veie en stamme av allmennleger i Latvia.


Mine pasienter
Mens jeg arbeider som indremedisiner på poliklinikken i Ogre, var jobben min mest å diagnostisere og behandle sykdommer. Jeg brukte svært liten tid på å snakke med pasientene, særlig om det å unngå å bli syk. Nå når jeg er blitt allmennlege, så bruker jeg mye mer tid til å snakke med pasientene. Jeg snakker til dem om hvordan leve et mere sundt liv, om kosthold, om trim og om risiko faktorer. Jeg har kommet til den slutning at de fleste av de problemene mine pasienter kommer med er

1 «Health in Latvia» Yearbook of Latvian Health Statistics 1995, Medical Statistics Bureau, 5 Niegeles street LV 1035 Riga Latvia 1.

Brevet baserer seg på et skriftlig materiale fra Dr. Ausma Ballode. Det er tiertetelagt på norsk og utvidet med opplysninger om helse relaterte fakta fra Latvia av Ūvind Juris Kanavins, Prosjektleder Norge Latvia Hel sesplanprosjekt.
Ausma Ballode på sitt kontor. Legg merke til blodtrykkapparatet. Det er apparatet anbefalt i NSAM's retningslinjer for blodtrykksovervåking. 30 stykker er fordelt på legekontorer i distriktet i Ogre fylke. Foto: Ausma Ballode

Primærhelseseminar i Ogre fylke. Alle kategorier belsarbeidere deltok på disse tre dagers seminarene (fem seminarer i alt). Blant foreleserne var mange lokale ressurser. Gjesteforelesere fra Norge deltok også. Bjørn Røyneeland (første rekke midten), Sverre Lundevall (fjerde rekke, nummer to fra høyre), begge allmennlæger, Ole Sverre Haga (ityst til høyre i annen rekke), barnelege. Foto: Øivind Kanavin

oppmerksom på å måle blodtrykk. Inti i nå har mennesker her ikke vært klar over viktigheten av regelmessig blodtrykksovervåking. Jeg har vært på mange seminarer om primærhelse arrangert i samarbeid med Norge Latvia Helseplanprosjektet som har arbeidet i Ogre fylke i Latvia. Men det mest interessante og praktiske seminaret var seminaret om hjerte-kar sykdommer og måling av blodtrykk. Både sykepleiere og leger ble instruert i hvordan blodtrykket skulle måles korrekt. Like så ble det forklart om risikofaktorer og hvordan kar tillegge og måle disse.

Fra tidligere av var jeg vant med å måle blodtrykk kun en gang, og bare kontrollere den en gang dersom trykket var høyt. Det var helt vanlig praksis å ordne i medisiner ved førstegangs besøk. Pasienten fortventet like så å bli gitt medisiner, det var kjennetegnet på en god doktor. Denne praksisen fortsetter fordi eldre mennesker er vant med å ta medisiner. Jeg finner det ofte vanskelig å overbevise mine eldre pasienter om at de ikke trenger dem. Nå når medisinen er dyre og pensjonene lave, (basispensjon 300 000 er lik 360 norske kroner per måned), har de ikke lenger råd til å kjøpe medisiner. Dette hjelper meg til å overbevise dem om at forsøke andre måter å bli friske på. Sosialhelse har ikke sykdommer er høye i Latvia, nesten tre ganger så høye som i Norge.

Ansvar for egen helse
Pasientenes forståelse av helse er økende, men det er en langsom prosess. Jeg har brukt mye av min tid til å snakke med pasienter og gi disse informasjon slik at de kan


I to år nå har jeg vært involvert i å fremme helse i min egen lille by. På den årlige markedsdagen om høsten, gikk jeg rundt blant folk og gav de anledning til å få malt sitt blodtrykk gratis på stedet. Jeg snakket med dem, gav dem informasjon, både verbatum og via brosjyrer, og et lite kort der blodtrykket var skrevet opp. De ble også inviteret til et kort opplysningsseminar som jeg laget noen dager senere, der folk kom og kunne spørre om blodtrykk og hvordan de skulle forholde seg.


To problemer i min praksis:

Siden jeg ikke har noen kontrakt med den lokale sykekassen, må pasientene betale litt mer enn vanlig. På den måten kommer pasientene kun når de er ordinært syke. Jeg ville gjerne sette dem oftere.

Planer for fremtiden

For det andre vil jeg finne ut mer om min pasientgruppe og min kommune. Finne ut hva pasientene mener om helsesceneret, om det er tilgang til informasjon, om det er tilstrekkelig og annet. Jeg vil prøve å finne ut av positive og negative faktorer med innflytelse på deres helse, særlig faktorer som har med høy blodtrykk å gjøre.


Ausma Ballude
do Øivind Jens Kanavin
Norge Latvia Helseplanprosjekt
Statens Institut for Folkehelse
Seksjon SAHT
Geimprøven 75
0467 Oslo.
**Ved behov!**

**Brexidol**

Piroxicam-β-cyclodextrin

---

**C** BREXIDOL - NYCOMED PHARMA -
Antips. AT Coop. N01A D01

**T** DØSEPUULVER 20 mg: Hvert døspulver inneholder: Piroxicam - 6.67 mg; β-Cyclodextrin, asnr. piroxicam 20 mg; Serbitol 2,68 g; aspartam 15 mg; consent. s.s. TABLETTER 20 mg: Hvert tablett inneholder: Piroxicam - 6.67 mg; β-Cyclodextrin, asnr. piroxicam 20 mg; lactos. 102 mg; consent. s.s.

**LEGENSKAPER:**

- **Mineralisering:** Ikke steget.
- **Effektivt ved dyspepsia.** Etter enkelt tilbud på 20 mg oppnås vanligvis stabilisering på 1-2 time etter et spisning.

**INDIKASJONER:**

- **Antips.**
- **Kontraindikasjoner:**
  - Aktiv ulcer neutropen og gastrointestinal blodning.
  - Overfellesamhet for paracetamol. Kryssreaksjon med acetylsalicylsyre eller andre antiflogistiske medisiner.
  - Mangel på cucone.

**BRUKNØKLER:**

- **Gastrointestinale (melange) Dypiglykossidene plases som kvalitative egenskaper smeltende, fastgjeldende klyper. Spesialtetelement er blekkførbar, røgbar og allergisk.
- **Varekongen:** Fatale effekt er rapportert med piroxicam. Tidligere er medisiner av denne gruppen reddet for biverkninger som termisk, disenterisk, reaksjoner som kan forårsake blodubling.

**FORSKRIFTSGREMLING:**

- **Patienten som har hatt psykisk mangel eller funksjonell dyspepsia, må runderes særskilt og kontrolleres jørlig.** Dos er på 30 mg daglig eller høyere over lange tid eller rekkevirksom med langvarig behandling. Piroxicam er en ulike medisiner av denne gruppen, som kan virke på hjerne, hjerte og slektskapsmenn, og på enkelte virkemidler på enkelte organer av hjernen.

**INTERAKSJONER:**

- **Spesialvarekongen:**
  - Interaksjoner er omtalt i bruksanvisningen. For å un ntelle dem. Disse interaksjonene er omtalt i bruksanvisningen. For å un ntelle dem.

**OSERING:**

- Doseringen er basert på overforings- og dosisivisjonen av piroxicam. Dosisivisjonen er basert på den tilnærmede dosisavhengig effekten (150 mg).
**Kurs om evolusjon og mennesker ved Biologisk institutt, UiO**

Tekst: Iver Mysterud, Ivar Mysterud og Tore Slagsvold

Iver Mysterud er cand. scient. i økologi fra Biologisk institutt, Universitetet i Oslo i 1992 der han for tiden også er tilknyttet som forskningsassistent på prosjektbasis. Han er spesielt interessert i å studere mennesket i lys av økologi og evolusjonsteori. Biomedisinen mangler viktig innsikt fra disse fagområdene, noe Mysterud har engasjert seg for å høste på de siste årene.

Ivar Mysterud er 1. amanuensis i zoologi samme sted. Han har et bredt interessefelt gjennom forskning på biologi og naturforvaltning. Spesialistområdet er atferd hos store rovdyr, med fokus på drapsatferd (predasjon). Han har bygd opp undersøkelse om humanøkologi og økososofi på grunnkurset i biologi.

Tore Slagsvold er professor i økologi samme sted. Han har drevet forskning på atferd (atfærdsøkologi) hos fugl i en årrække. Spesialistområdet er forplantningsbiologi, med vekt på partenervalg, farskapstansyer, evolusjon av monogami / polygami, optimal kullstørrelse, seksuelle konflikter og foreldre/barn konflikter.

Vi omtaler i denne artikkelen et kurs om mennesket sett i evolusjonært perspektiv som går ved Biologisk institutt på Universitetet i Oslo (UiO). Kurset har samlet studenter fra mange fakulteter og institusjoner. Dette er et tema som også har relevans for medisinere.

**Bakgrunn**


**Revidert kurs 1996**

Våren 1996 ble dette kurset gjenopptatt, revidert og lagt om, og
fremsto som «BIO 272 Human evolusjon og atferdsøkologi». Det gamle innholdet om fossil utvikling og sammenliknende primatstudier ble bevart, om enn i begrenset form. Tematisk ble kurset nå utvidet med anvendelse av atferdsøkologisk tenkning for å forstå moderne mennesker (se nedenfor). Hver av de to delene er like store hva gjelder antall undersøkningstimer, og kurset har totalt 15 dobbelttimer til disposisjon (en dobbelttime i uken). Da det ikke finnes noen enkelt fagbok eller lærebok som dekker kurset og fagfronten utvikler seg mye for tiden, ble det valgt å sette sammen et kompendium av artikler og bokkapitler til pensum.

Kursets nye temaer
Kurset presenterer en rekke temaer og fagelter som omhandler moderne mennesker i lys av tilpasningsprogrammet (se nedenfor). Blant et stort antall mulige temaer valgte vi å gi en generell gjennomgang av begreper, historikk («sosio-biologidebatten») og oppfølget av en del misforståelser om anvendelse av den evolusjonære teorien for å forstå mennesket. Vi tok også for oss fagene medisin og psykologi, samt temaer som partnervalg, familiedannelse, historie/kultur og bærekraftig utvikling i lys av den atferdsøkologiske teorien.

Kurset hadde over 130 oppmeldte studenter til eksamen ved kurstatt i januar, men bare en halvpart fulgte forelesningene og tok eksamen. Disse studentene virket godt motiverte og åpne for nye måter å resonere på og ga kurset godt skusmål gjennom en kursvaluing.

Tilpasningsprogrammet
Forskning i atferdsøkologi vil si å anvende det såkalte «tilpasningsprogrammet» (2,3). En tilpasning kan defineres som en egenskap ved en organismer som er «formet» av naturlig utvalg for å løse et spesielt problem som har forekommet regelmessig i miljøet til forgjengerne i løpet av artens eller populasjonens historie (4). Tilpasninger til miljøet oppstår med andre ord gjennom naturlig utvalg.


To typer forklaringer som utfyller hverandre
Når man skal forsøke å forklare ulike trekks evolusjonære funksjon, er det viktig å ikke blande sammen ulike analysesnivåer. I helsefaglig sammenheng har hovedvekten i både forskning og fag/lærebobek vært lagt på å forklare hvordan organismen fungerer. Hvis vi bruker fag som et eksempel, fokuserer det på å beskrive at temperaturen øker ved infeksjoner og forklare hvordan de fysiologiske mekanismene som regulerer dette fungerer. Det mer grunnleggende hvorfor-perspektivet blir sjelden eller aldrig fokuset, nemlig å avklare, ut fra et evolusjonsperspektiv, hvorfor temperaturen øker ved infeksjoner og hvorfor feberreaksjoner har vedvart som funksjon over så lang tid.


Tilpasningsprogrammet er derfor en forskningsstrategi for å avklare spørsmål om trekks mulige evolusjonære funksjoner. Det er den evolusjonære funksjonen som over tid bestemmer hvilke proksimale mekanismer og prosesser som blir værende hos individer i en populasjon. Tilpasningsprogrammet er der den rammenen av en biologisk institusjon som blir åpent for innføringen frem til medisinske deler av et slike tilnærming.

Darwinistisk medisin
Utopiens lesere er naturligvis mest interessert i den medisinske delen av en slik tilnærming. Anvendelsen av tilpasningsprogrammet i medisin og fysiologi er omtalt som darwinistisk eller evo-

I Biologisk instituttets nye kurs blir darwinistisk medisin viet en dobbelttime. Til pensum i vårsemesteret 1996 ble det valgt å bruke tre artikler fra Tidsskrift for Den norske Lægeforening (6,7,8) suppleret med en artikkol om psykiatri (11) og med oversiktsboken «Why we get sick» (5,12) som anbefalt litteratur for videre fordybning.

Det er vårt inntrykk at studente har fordelt utbytte av denne forelesningen. En rekke av dem uttrykte behovet for at medisin og helsefag nå utvider sitt perspektiv med den evolusjonære tilnærmelsen.

Eksamen
Kursledelsen ønsket til eksamen å vurdere om studentene hadde fått med seg grunncitkningen i tilpasningsprogrammet, heller enn å «stresse» detaljer.
Et av spørsmålene som skulle ha et kort svar led: «Forklar kort hva som menes med tilpasningsprogrammet (adaptasjonsprogrammet)».
Et annet var: «Forklar hva som menes med en proksimat og evolusjonær (ultimat) tilnærmingsmåte i atferdsøkologi. Gi eksempler på slike tilnærmingsmåter fra medisin/fysiologi og fra human psykologi/atter. Hvilke av de to tilnærmingsmåtene, proksimate eller evolusjonære, mener du er viktigst?»
Denne oppgaven var ment å være helt sentralet i pensum. De fleste som sto i kurset (se nedenfor) hadde faktisk fiskjøtt hovedinnhold i proksimat og evolusjonær (ultimat) og kunne gi noen eksempler. Den siste delen av spørsmålet var stilt litt provoserende for å teste studentenes modenhet. De aller fleste argumenterte godt for at de to tilnærmelsene er utfylldene og på forskjellige analyserivier, som vi forventet og håpet. Noen få mente det evolusjonære var viktigst, spesielt i medisin. Dette ble begrunnet med at den evolusjonære dimensjonen er negligeret i medisin og at avklaring av et symptoms funksjon trengs for å vurdere behandlingen. At noen oppfattet det evolusjonære som viktigst, er forståelig da det er dette som er hovedtemat og vies mest oppmerksomhet både på forelesningene og i pensum av kursets nye del.

Av de 63 som leverte besvarelser, var det syv som strøk (11 %). For de øvrige 56 var gjennomsnittskarakteren 2,8 (på en skala der 1,0 er best, 4,0 er dårligste stå karakter og 6,0 er blank besvarelse).

BIO 272 må sies å ha vært et vellykket kurs, og det ser ut til at det bør fortsatt i sin nåværende form. Biologisk institutt har med dette utformet et kurs med bred allmenn interesse av relevans for mange fag. Vi venter derfor spent på når de ulike medisinske og helsefaglige utdanningene i Norge legger inn liknende problemstilinger som en fast del av utdannelsen av kommande helsearbeidere.

Iver Mysterud
Ivar Mysterud
Tore Slagsvold
Avdeling for zoologi,
Biologisk institutt, Universitetet i Oslo, Postboks 1050 Blindern,
0316 Oslo
Emnekurs diabetes for leger i allmennpraksis – Diabetesforum 1997

17. – 19. april 1997

Målgruppe: Leger i allmennpraksis

Læringsmål: Å sikre faglig opplæring innen type 2 diabetes + litt om type 1

Kurssted: Folkets Hus, Oslo

Kursansvarlig: Lege John Cooper

Påmelding: Norges Diabetesforbund, Postboks 6442, Etterstad, 0605 Oslo.
Tlf.: 22 65 45 50. Fax: 22 63 06 88

Påmeldingsfrist: 14. mars 1997

Antall deltakere: Ubegrenset

Antall kurstimer: 18

Kursavgift: Medlem av Norges Diabetesforbund kr. 1500,–
Ikke medlem av Norges Diabetesforbund kr. 1800,–

Konferanseavgiften dekker konferansebetalte, rundstykker/kaffete, mottakelse torsdag kveld og festmiddag inkl. drikke fredag kveld.

**For program: Kontakt Norges Diabetesforbunds sekretariat v/ Rone Norløff eller Liv Nordby på tlf.: 22 65 45 50 eller fax: 22 63 06 88.**

---

**Litteratur**

Når nettene blir lange…
UTPOSTENs edb-spalte
med spørsmål, svar og synspunkter om edb og relaterte emner.

Kontaktperson:
John Leer, 5305 Flørøgård,
Tlf.: 56 14 06 61 (k) 56 14 11 33 (p) 56 15 00 37 (fax)
E-post: john.leer@isf.uib.no

MER HELSE FOR HVER BIT – BLØFF ELLER VIRKELIGHET?

Sosial- og helsedepartementets handlingsplan om informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste 1997 – 2000

Anmeldt av Petter Øgar


Formidabelt ambisjonsnivå

Planen har fem hovedmål for innføring og bruk av IT i helsevesenet:
1. Øke helsepersonellens kompetanse – bedre diagnose og behandling.
2. Forenkle rutiner for ajourføring og lagring av informasjon – mer tid til pasienten.
5. Ivareta fullgod informasjons sikkerhet – ivareta både forsvarlig og effektiv pasientbehandling og et sterktt personvern.

Disse målene skal nås gjennom en rekke ulike tiltak innenfor seks innatsområder, slik det går fram av tabell 1. Blant tiltakene som skal gjennomføres allerede første året, i løpet av 1997, kan nevnes:

- Grunnlaget for bygging av en felles, enhetlig IT-infrastruktur i helsesektoren skal være utredet.
- Sikkerhetsløsninger for helseinstitusjoners og primærlegenets tilknytning til Internett skal være utarbeidet.
- Alle virksomheter i helsesektoren skal ha tilgang til standardiserte elektroniske postkontor-tjenester med sikker, meldingsbasert kommunikasjon.
- Tilgjengelige, relevante telemedisinske tjenester skal omtales i nasjonale, regionale og lokale planer for helsetjenesten.
- Kompetansesenter for helsejenestens kommunikasjonsberedskap skal være opprettet, og en skal ha utredet etableringen av neste generasjons radionett for nødetatene.
- Et hensiktsmessig lov- og regelverk for elektroniske pasientjournaler og bruk av IT i helsevesenet skal være utredet.
- Komplette registrer for venteli-stedata og dagkårurgi skal være ferdige.

Som en sær det er det ikke noe å si på ambisjonsnivået. Selv i et Hernesperspektiv synes planen å ha et visst manisk preg. Målene er uvannlig konkrete med klare tidsfrister, som skapt for statlig mål- og resultatstyringsideologi. Men dermed akk så farlig, så farlig når Statskont sult eller andre kommer og evaluerer BIT for BIT er et fint slagord, men det spør om en ikk har tatt større biter i munnen enn en kan gape over, svelge unna og fordøye. Nå det er sagt, skal det også sies at planen er forbildelig klart og
struktureret oppbygd med delikat layout – virkelig en IT-plan verdig. Den har også fanger bredden i problemstillingen på en meget god måte. Med rette undersøkes at innføring og bruk av IT hele tiden må ses i sammenheng med organisasjonsutviklingen i helsesektorens ulike virksomheter.

Generelle betraktninger og forutsetninger

Nyten av IT ligger i at virksomheten har funksjoner eller aktiviteter som IT kan løse bedre og/eller høligere enn alternative arbeidsmåter. Helsetjenesten har utvisoms en rekke slike aktiviteter. Utvikling av teknologisk infrastruktur og gjenlige teknologiske løsninger (maskin- og programvare) med akseptabel tilgiengelighet, pris, og brukervennlighet skjer i stort tempo. Men dette er bare en forutsetning som må være oppfylt for å oppnå et vellykket resultat.

Rasjonell bruk av IT forutsetter høygradig standardisering, ikke bare av tekniske, men også av faglige løsninger. Dette vil knyttte betydelige omstillinger og endringer i organisasjonsstruktur, arbeidsform og kultur. Norsk helsevesen og dets mest sentrale aktører, legene, har ingen god historisk tradisjon for å gå i takt. Mange vil si snartere tvert i mot. Jeg er redd motstandsfaktoren som ligger i disse forhold er betydelig undervurdert i den halsbrekkende tempoplannet der er lagt opp til.

Realisering av IT-planen forutsetter også løsning av mege vanskelige juridiske problemstillinger knyttet til informasjonssikkerhet og personvern. Dette er ikke primært en teknisk spørsmål, slik noen framstiller det, men et etisk verdivalg mellom personvernensyn og andre legitime hensyn som bedret medisinsk resultat og effektiv ressursetrygthe. Selv med god teknologi og gode rutiner vil en ikke unngå konflikter her. I personvernudskusjonen har det vært fokusert på faren for innrømmer utenfra. Det er like aktuelt med feiladressering ved utveksling av informasjon mellom ulike deler av helsetjenesten.


Denne troen deles av mange, men det er et problem at det bare er en tro og at dokumentasjonen – hvertfall på den medisinske nytten – foreløpig er svært tynn (2, 3).

Peter Øgar
Postboks 411, 5801 Sogndal

Referanser
RELIS har mottatt flere henvendelser om bruk av C-vitamin (askorbinsyre) for å forbygge urinveisinfeksjoner. Slik bruk synes å være relativt utbredt, både hos enkeltpasienter og i institusjoner, og ulike grupper helsepersonell og pasienter har tro på askorbinsyres urinsurgjørende og bakteriehemmende effekt.

Vi har derfor gjennomgått tilgjengelig litteratur for å finne dokumentasjon for slik anbefaling og bruk av askorbinsyre.

Surgjøring av urin som tilleggsbehandling ved kroniske urinveisinfeksjoner har vært benyttet i mange år og askorbinsyre ble foreslått til denne bruk for over 30 år siden. Opprinnelig fant man at tilførsel av 2,5 gram askorbinsyre pr. døgn fordelt på 4 doseringstidspunkter kunne senke urin-pH (1).

Askorbinsyre syv til å senke urin-pH er undersekt i flere studier, er og er også omtalt i ulike oppslagsverk. De svenske legemiddelinformasjonssentrene har også flere ganger utrettet ulike aspekter ved bruk av askorbinsyre for å surgjøre urin og forbygge urinveisinfeksjon (1,2).

Det ser ut til å være samsvar mellom forskjellige kilder om hvilke konklusjoner som kan trekkes og hvilke anbefalinger som kan gis for bruk av askorbinsyre som pH-reducerende og forebyggende middel ved urinveisinfeksjoner.

Askorbinsyre absorberes lett fra tarmen, men absorpsjonen er doseavhengig og mindre ved høyere doser enn ved lavere (3). Eksempelvis absorberes 85% av en dose på 30 mg, men bare 16% av en dose på 12 g (1). Doser over 100 mg vil normalt utskilles uomdannet i urinen (3).

Urinens antibakterielle aktivitet er blant annet pH-avhengig, og er størst ved lav pH. Aktiviteten kan ha sammenheng med høye kon-

sentrasjoner av ioniserbare, organiske syrer, samt annet hippuratsyre (4). Man kan derfor tenke seg at behandling med slike syrer, herunder askorbinsyre, kan være hensiktsmessig for å hindre bakterieverkst ved urin. Denne effekten er imidlertid vanskelig å oppnå i tilstrekkelig grad med askorbinsyre. I en oppsummering av ulike studier der dette er forsøkt (5), konkluderer det med at askorbinsyre alene har vist seg å være ineffektiv som urin-surgjørende middel i doser opp til 8 g daglig, fordøi den senknings i pH-verdi som oppnås er svært beskjeden. Det finnes ikke prospektive in vivo-studier som viser at askorbinsyre har noen klinisk verdi i denne sammenheng. I anbefalingene fra en svensk «workshop» om bruk av vitaminer sies det at bruk av askorbinsyre for å surgjøre urin neppe kan anses å være meningsfullt da urinen har høy bufferkapasitet, samtidig som høyere doser askorbinsyre på urin-pH er marginal og kortvarig. I tillegg er noen høydose C-vitamin-preparater bufferet med nitritumbikarbonat (6).

En forfatter (7) hevder at urinen til personer med infeksjons urin kan påvirkes gunstig av askorbinsyre, men at askorbinsyre vil ha
liten effekt på pH i urin hos friiske personer. Dette kan ha sammenheng med at askorbinsyre motvirker urin-alkalinisering forårsaket av bakteriell urease. Foreløpig er dette kun vist in vitro.


Aktiviteten av andre antibakterielle legemidler vil også kunne påvirkes av urinens pH. For eksempel er effekten av nitrofurantoin også best ved lav pH-nivåer i urinen. Mens andre antibiotika som gentamicin og tobramycin er mer effektive i alkalisk urin (4).

Store doser askorbinsyre (daglige gramdoser) over lang tid kan føre til utfeljing av nyrer. Siden oksalat er en metabolitt av askorbinsyre, kan store doser askorbinsyre føre til dannelse av oksalatsener (4.8).

Diare angis å være vanligste bivirkning ved høy dosering. Dette har sammenheng med at en relativt stor del av dosen forblir i mage-tarmkanalen (1).

Konklusjon:
Man oppnår kun begrenset reduksjon av urin-pH selv ved inntak av store doser askorbinsyre. Det finnes få data som indikerer at askorbinsyre har tilstrekkelig surgjørende effekt til å kunne brukes alene i behandling av eller som profilaks mot urinveisinfeksjoner. Askorbinsyre sammen med metenaminpreparater kan i noen tilfeller være aktuelt.

Askorbinsyre brukt i store doser kan forårsake bivirkninger, blant annet stendannelse.

Hanne Stenberg-Nilssen
Regionalt legemiddel-informasjonssenter
Rikshospitalets apotek
0027 Oslo

Referanser:
1. Drugline database, Sverige 1994sp. nr. 11219.
Ledige stipendier

Allmennpraktikerstipend 2. halvår 1997


Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterut- danningen, jfr. specialistreglene.


Tildelte allmennpraktikerstipend for 1. halvår 1997

For 1. halvår 1997 var det 15 søkere som søkte om 54 stipendmåned og utvalget hadde 20 stipendmåned til disposisjon.

På møte i Allmennmedisinsk forskningsutvalg 13. november -96 ble følgende søkere tildelt all- mennpraktikerstipend for 1. halv- år 1997:

**Tromsø**

Anne Helene Hansen, Tromsødalen, fikk 1 måned til prosjektet «Feil og nesten-feil i allmennlegetjenesten».

**Troms**

Sigurd Forre, Vikersund, fikk 2 måneder til prosjektet «Er prosedyreremp ett nyttig redskap?»

Malin Eberhard-Gran, Oslo, fikk 2 måneder til prosjektet «Forekomst av postpartumdepression i Nes kommune».

**Bergen**

Tøgeri Gjøde Lid, Stavanger, fikk 1 måned til prosjektet «Legeroller – en fotodokumentar av ulike legevirkeligheter, med hovedvekt på allmenmedisin».

Sabine Ruhrs, Os, fikk 3 måneder til prosjektet «Legemiddelbruk hos sykehjemsbeboere».

SATS v/ Guri Rørtveit, Bergen, fikk 3 måneder til prosjektet «Evaluering av SATS – allmennpraktiker- nes erfaringer».

**Oslo**

Øystein Hetlevik, Odda, fikk 3 måneder til prosjektet «Asthma og luftveisallergi blant skolebarn i Odda».

Ole Rikard Haastert, Fetsund, fikk 1 måned til prosjektet «Sykeelighet hos barn med alvorlige livshendel- sen».

Johan Tørper, Oslo, fikk 1 måned til prosjektet «Livskvalitet før og etter intervension for å kvalitets- sikre forskrivning av B-preparater i allmennpraksis».

Elis Berg, Roverud, fikk 3 måneder til prosjektet «Psykolog og lege på legens kontor. En studie av video- oppdrag for coterapi».
Hva kommer det av at 117 leger samles på eget initiativ for å diskutere våre produkter?

For om lag 15 år siden ble vi inspirert til å løse spesiale informasjonsoppgaver i helsesektoren. I dag inspireres leger selv, og samles for å vurdere og prodde våre informasjonslossingen.

Vårt viktigste korrelat er god kontakt med deg

"Infobruk" er en selvbetjent kundeorganisasjon som samles i brukergupper som blant annet har spesialiserer sine behov for Infodac.

Samlinger med godt over hundre deltakende leger utgjør i dag en av våre viktigste arenaer for tilbakemelding. Brukergруппene diskuterer bruk av edb, men inviterer også topp forudragsholdere på medisinske tema.

Hvort til skyder mange leger en stor talk

Sannheten er at våre edb-løsninger i virkeligheten er utviklet av deg og dine kollegaer. Programmene er utviklet på legens egne primisser - ikke elektronikkens. Våre produkter og tjener er i stor grad basert på råd fra helseavdelingen selv.

For at vi skulle få et innblikk i en kompleks profesjon, måtte vi selv velies, før vi kunne bidra til et klima der forståelse og samarbeid er tøneangivende. Mange av dine kollegaer fortalte oss hva de ønsket, og hvordan de eksisterende hjelpemidlene ikke tilfredsstilte mange legers behov.

Enkelt synes rett og slett at edb var vanskelig å få tak på, mens andre edb-fortrolige mente at hjelpemidlene var for begrensende.

Produktbredde som hjelper deg med mer enn tradisjonelle arbeidsoppgaver

Infodoc markedsfører verktøy som tilfredsstiller helsetjenestens behov for dokumentasjon og journalføring. Vi tilpasser våre produkter for det aktuelle behovet og fornyer programvare ved endringer i hel-

sevesenet, som for eksempel når det kommer nye oppgjørsrutiner fra Trygdekontoret. Et aktivt samspill med Microsoft er også en garanti for kvalitet og fleksibilitet i våre leveranser.

Brukerstøttejeneste hele dagen

Vårt mål er at Infodocs produkter skal være lett tilgjengelige og fleksible hjelpemidler som er enkle i bruk. Derfor ønsker vi fortsatt dialog.

Denne erklæringen har gjort Infodoc til ledende i Norge, og blant selskapets kunder er sykehus og helseinstitusjoner, spesialister, allmennappraksisende leger, legekontorer, kommunale og bedriftsleger.

Vår brukersstøttejeneste gir deg blant annet 24 timers service i tillegg til kontinuerlig oppfølgning og vedlikeholdsavtaler.

Ta kontakt med oss – så får du bedre tid til å være lege.

infodoc
EDB FOR HELSESEKTOREN

- Ja, send meg informasjon om Infodocs informasjonslossingen, og be en rådgiver kontakte meg.
- Send meg nærmere informasjon

Navn
Tittel
Arbeidssted
Telefon
Adresse
Kupon sendes Infodoc: Postboks 122, 5012 Fosanger
Telefon 55 12 19 90 Telefax 55 12 33 29
ODD LINGJÆRDE:

Vinterdepresjon

Hva det er og hvordan den kan behandles

Universitetsforlaget 1996.
114 sider. Pris kr. 165,-

Anmeldt av Eystein Straume

En utfordring til norske primærléger?
Har norske primærlege i alle år oversett at så mye som hver tiende pasient lider av vinterdepresjon? Skal vi tro uttalelse i Odd Lingjærdes nye bok kan det være tilfelle.

Påstanden egger til kritisk å lese boken. Forfatteren har arbeidet med dette tema i 5 år og mener at tiden nå er moden for å komme med en lirt min omfattende fremstillingsplan.

Boken har 7 kapitler og en fylลงทะเบfløglitteratur. Boken henvender seg til leger, men er også skrevet slik at mennesker som tror de lider av vinterdepresjon kan lese den.

Det første kapitlet omhandler depresjoner, det andre beskriver vinterdepresjonen. Så kommer det kapitler om hvordan diagnosen stilles og om forekomsten av denne lidelsen i Norge. Videre droftes årsaken til og lysbehandlingen av vinterdepresjon, før boken slutter med et kapitel om andre former for behandling av vinterdepresjon.

Boken blir på den måten en spennende reise gjennom langt en psykiatrisk forskningsfront.

Forfatteren deler med oss synspunkter på innsamling og bearbeiding av data fra spørreskjemaer og filosofier over biorhythmer, og tar opp spørsmålet om nedsatt vitalitet om vinteren kan betraktes som sykdom.

Mellom linjene synes det som forfatteren leter etter en unnskyldning fordi han ikke ble den første i verden som beskrev vinterdepresjonen. Det psykiatriske forskningsmiljøet i Tromsø har interessert seg for biorhythmer og søvnforstyrrelser i mange år, men beskrivelsen av vinterdepresjonen kom fra 40 breddegrad og U.S.A.

Forfatteren lurer på om dette skyldes at mørketids - søvnproblemet bokstavelig talt overskygger depressjonen. Dessuten antar han at depresjonen sjelden fører til innlegging eller kontakt med det psykiske helsevesenet slik at han faktisk ikke har sett disse pasiente-

Denne anmelderen får tanker om at forfatteren kunne vinne mye med et nærmere samarbeid med epidemiologer.

Etter å ha lest boken sitter jeg igjen med flere spørsmål enn svar. Men det er et viktige kjenneri. Ved en leseverdig bok! Og at det vokser frem en utfordring til norske primærlege som over tid følger en definert population: Er vinterdepresjon en lidelse som skal diagnostiseres og behandles? Hva er i så fall lidelsens insidens og prevalens?
Fagpersonale og hovedfagsstudenter ved universiteter og høyskoler og andre invitert til en nasjonal flerfaglig forskningskonferanse om Kropp, relasjon, kultur


Hensikten med konferansen er å synliggjøre og diskutere forskning som skjer i regi av de nye hovedfag i helsefag og beslektede fagområder og miljøer i Norge. Vi ønsker en presentasjon av både ferdige prosjekter, prosjekter som er under arbeid og prosjekter under planlegging.

Konferansen vil blant annet dekke emner som 1) relasjoner i klinisk arbeid; 2) kropp og sanseinn; 3) pasient/klient-opplevelser; 4) makrelasjon; 5) helsefagenes moralske dimensjon; 6) livskvalitet; 7) praksiskunnskaps vesen; 8) Praksisn, forskning; og 9) Akademiserings av praksisfagene.

Konferansen blir lagt opp med flere typer aktiviteter: plenumsforedrag, parallele «paper» sesjoner, parallele poster sesjoner, rundebordsdiskusjoner og seminarer.

Konferansen blir arrangert av Prosjekt helsefag hovedfag (Det psykologiske fakultet, Det medisinske fakultet, og Senter for etter- og videreutdanning), Universitetet i Bergen, Programkomiteen består av Herdis Alvsvåg (Universitetet i Bergen), Norman Anderssen (Universitetet i Bergen), Eva Gjengedal (Universitetet i Bergen), Torunn Hamran (Universitet i Trondheim), Krisin Heggen (Universitetet i Oslo), og Mary Kalfoss (Universitetet i Bergen, Norges forskningsstød).


Program (med forbehold om endringer)

Tirsdag 24. juni 1997:
11.00-12.15 Registrering
12.15-12.30 Åpning av konferansen
12.30-13.15 Åpningsforedrag ved professor Jocelyn Lawler: «Problems with bodily intimacy in caring»
13.15-13.30 Pause
13.30-14.15 Plenumsforedrag ved Lamanuensi Gro Th. Lie: «Metaforer i vitenskap og helsearbeid; forteller å oss noe om makt, moral og forståelsesformer?»
14.15-14.45 Pause
14.45-17.00 Parallele «paper» sesjoner
20.00– Konferansemiddag

Onsdag 25. juni 1997:
9.15-10.00 Plenumsforedrag ved dosent Jan Bengtsen: «Den levda kroppen hos Merleau-Ponty»
10.00-10.15 Pause
10.15-12.30 Parallele «paper» sesjoner
12.30-13.30 Lunnsj
13.30-14.30 Rundebordsdiskusjoner og seminarer
14.30-15.00 Pause
15.00-15.45 Plenumsforedrag ved professor Per Måseide: «Natur og kultur. Spenningsfeltet mellom ei objektivistisk og ei relativistisk forståing av kropp, sjukdom og helse»
15.45-16.15 Pause
16.15-17.00 Poster sesjon: tid til å betrakte alle posterne
17.00-18.00 Parallele poster presentasjoner (gruppevis gjenomgang av posterne med kommentering ved inviterte forskere)

Torsdag 26. juni 1997:
9.15-10.00 Plenumsforedrag: professor Kari Martinsen: «Helsefag i det levende tjeneste. Om kropp, kunnskap og samfunn»
10.00-10.15 Pause
10.15-12.30 Parallele «paper» sesjoner
12.30-13.30 Lunnsj
13.30-14.30 Oppsummerende paneldiskusjon
14.30-15.00 Konferansen avsluttet

Konferanseavgift er kr. 1200,–
Ring konsulent Kari Sørstrømmen for alle opplysninger om påmeldingskjema osv.: Konsulent Kari Sørstrømmen, Universitetet i Bergen, Senter for etter- og videreutdanning, 5020 Bergen
Telefon: 55 58 33 07 (55 58 20 40*),
telefax: 55 58 96 46, elektronisk postadresse: kari.sorstrommen@sevu.uib.no

UTPOSTEN 1997; 26(1)
UTPOSTEN er et spennende tidsskrift for primærhelse-tjenesten, og vi har et opplag på 2.200.

Tidsskrift nr.
1997
Nr. 2
Nr. 3
Nr. 4
Nr. 5
Nr. 6
Nr. 7
Nr. 8

Materiellfrist:
17. februar
7. april
12. mai
25. august
15. september
13. oktober
3. november

Utsendelse
21. mars
12. mai
17. juni
26. september
17. oktober
14. november
5. desember

BESTILLING:
RMR, Sjøbergveien 32,
2050 Jessheim.
Telefon: 63 97 32 22.
Fax: 63 97 16 25.

MATERIELL:
Avtrykk, reprokopi eller negativ film med speitvendt hinnside.
Netto format: A4
Raster: 54 limer
Trykkeri: Nikolai Olsens Trykkeri a.s, Kolbotn.

PRISER:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Størrelse</th>
<th>Svart/hvitt</th>
<th>Svart + én farge</th>
<th>Svart + to farger</th>
<th>4-farger</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1/1 side</td>
<td>5.900,-</td>
<td>7.000,-</td>
<td>8.300,-</td>
<td>9.600,-</td>
</tr>
<tr>
<td>1/2 side</td>
<td>3.500,-</td>
<td>4.200,-</td>
<td>4.900,-</td>
<td>6.500,-</td>
</tr>
<tr>
<td>1/4 side</td>
<td>2.200,-</td>
<td>4.000,-</td>
<td>4.500,-</td>
<td>5.500,-</td>
</tr>
<tr>
<td>siste omslagside</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>13.500,-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fukt for tørre øyne:

**VISCOTEARS® CIBA Vision, Kunstig tårevæske. ATC-nr:S01XA20**

Øyegel: Ig inneholder: Polyacryl syre (Carbopol 940) 2,0 mg, certrimid 0,1 mg, sorbitol, dinatriumdetat, natriumhydroksid, steril vann. **Egenskaper:** Klassifisering/virkningsmekanisme: Viskøs, vandig oppløsning av polyacrylsyre som lar seg administrere som dråper. Etter lokal applikasjon sprer den seg over konjunktiva og kornea. Den danner en beskyttende film med lang kontakttid på kornea. Stabil tårefilm kan bestå opp til 6 timer. **Indikasjoner:** Nedsatt tåreproduksjon. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for innholdsstoffene. **Bivirkninger:** I kliniske forsøk er følgende bivirkninger rapportert: leiligheitsvis: Mild, kortvarig svie og eller stikkende følelse i øyelokket og eller sløret syn etter instillasjon av øyegelen. **Forsikthetsregler:** Kontaktlinser må ikke brukes under behandlingen. Bilførere og førere av maskiner må være oppmerksomme på at preparatet forbigående kan påvirke synsskarpheten. **Svangerskap/Amming:** Det er ingen erfaring med hensyn til preparatets sikkerhet ved svangerskap og amming. Under slike forhold bør preparatet derfor bare brukes under tilsyn av lege. **Interaksjoner:** Dersom pasienten samtidig med Viscotears® behandlingen står på annen lokal øyebehandling skal det gå minst 5 minutter mellom behandlingene. Viscotears® skal alltid være det siste medicamentet, som instilleres. **Dosering:** I dråpe 3-4 ganger daglig eller oftere om nødvendig. Tuben holdes vertikalt og dråpen som dannes instilleres i konjunktivalsekken. **Pakninger og priser:** 10 g kr. 45,50. (Pris pr. des. 96)

Viscotears®

CIBA Vision Norge A/S · Postboks 24 · Dyrmyrgt. 35 · 3600 Kongsberg
tlf. 32 77 11 66 · fax. 32 77 11 55
MONOKET® OD
ISOSORBID - 5- MONONITRAT

- Hurtig tilslag
- 17 timers virketid
- En gang pr. døgn

MONOKET OD og MONOKET® + Pharmacia & Upjohn
Nitropreparat

Depotkapsler 25 mg og 50 mg: hver kapsel inneh: Isosorbidmononitrat 25 mg resp. 50 mg, lactose 7 mg resp. 13 mg, hypromellos, fargemjøl, parahidroxyäksen (E172), tandkloxaen (E171). 50 mg: Erythrosin (E127).
Tablett 20 mg: hver tablet inneh: Isosorbidmononitrat 20 mg, lactose 143,5 mg, hjelpemateriell. Med delestrek.

Indikasjon: Prøyfetudreng ved angina pectoris.
Contraindikasjoner: Nitratintoleranse. Alvorlig hypotension, sjok, ekstrakardialt trykk.


Forskriftsmessig vedtak: Ved atterfølgert bør preparatet kun brukes under strøm medisinsk kontroll. Forsiktig ubeherses hos pasienter med ortoklasisk hypotension, akut koronarsyndrome med høyt trykk.

Sjiktet og avhengighet: Det er begrenset utføring med bruk av preparatet til grunne. Dyredisperimenter støyder ikke på at preparatet gir ekstremt risiko. Det er ubezirket om preparatet pasienter over i forskjellige grader.


Overdosering/Forgiftning: Ved overdosering av nitrater kan det oppstå overdoseringer ledet til hypertoner, kardialnemodulering og generalisert konkurs. For overdoseringer kan behandlingen inkludere natriumhylater, diurermidler og hypotensorer.