

# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1

1997

ÅRGANG 26



**Fremtiden,  
stortingsmeldingen og faget**

- 3** *Eivind Vestbø*  
**Leder:** Fremtiden, stortingsmeldingen og faget
- 4** *Sonja Fossum*  
**Leder:** Terapismen og den omvendte Odysse
- 5** *Arvid Vatle intervjuet av Helge Worren*  
«Det er viktig å ta vare på sin egen sjel...»
- 6** *Karin Skarsaune*  
**Du skal fortelle ditt fag**
- 8** *Tor Ødegaard*  
**Om samfunnsmedisin og samfunnsmedisinens vilkår**
- 12** *Petter Øgar*  
**Allmennpraktikerens rolle som portvakt i forhold til spesialisthelsetjenesten**
- 16** *Jørund Strand*  
**10 teser om forskrivning og bruk av sovemedisiner i allmennpraksis**
- 20** **Smil i hverdagen**
- 22** *Trine Bjørner Dybwad*  
**Hva ligger bak de store variasjonene i primærlegers forskrivning av benzodiazepiner?**
- 23** *Vidar Toreid*  
**Stev**
- 24** *Siri Steine*  
**Tvangsalliansen**
- 27** *Miljørettet helsevern*  
«Miljørettet helsevern» – hva er det?
- 28** *Flemming Bro*  
**Flour vaginalis**
- 29** **Boahkuheapmi**
- 30** *Berit Tveit*  
**Medisinens makt og avmakt**
- 32** *Ragnar Solbraa Bay og Lena Engfeldt – leserbrev*  
**Helsestasjons- og skolehelsetjenesten**
- 33** *Carl Ditlef Jacobsen – leserbrev*  
**Hva er god lege-etikk?**
- 34** *Ausma Ballode og Øyvind Juris Kanavin – leserbrev*  
**Ausma Ballode – allmennlege i Latvia**
- 38** *Iver Mysterud, Ivar Mysterud og Tore Slagsvold*  
**Kurs om evolusjon og mennesker ved biologisk institutt, Uio**
- 42** *Utpostens edb-spalte*  
**Mer helse for hver bit – bløff eller virkelighet? – Sosial- og helsedepartementets handlingsplan for informasjonsteknologi**
- 44** *RELIS*  
**Forebygger C-vitamin urinveisinfeksjoner?**
- 48** *Bokmelding*  
**Vinterdepresjon**

Forside: Ragnhild Gjerstad

## UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

**Kontor:**

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

**Redaksjonen:**

*Geir Sverre Braut*  
Tuholen 14, 4340 Bryne  
Tlf. privat: 51 42 20 77  
Tlf. arbeid: 51 56 87 17  
Fax: 51 53 00 79

*Sonja Fossum*

Svenstuvn. 2, 0389 Oslo  
Tlf. privat: 22 14 11 97  
Tlf. arbeid: 22 25 34 72  
Fax: 22 14 11 97

*Betty Pettersen*

Kræmmervikveien 5, 8373 Ballstad  
Tlf. privat: 76 08 32 25  
Tlf. arbeid: 76 06 02 64  
Fax: 76 08 32 26

*Eystein Straume*

9550 Øksfjord  
Tlf. privat: 78 45 81 18  
Tlf. arbeid: 78 45 80 00  
Fax: 78 45 80 01

*Eivind Vestbø*

4160 Finnøy  
Tlf. privat: 51 71 22 74  
Tlf. arbeid: 51 71 24 44  
Fax: 51 71 26 64

*Helge Worren*

Langmyrgrenda 59b  
0861 Oslo  
Tlf. privat: 22 95 04 80  
Tlf. arbeid: 67 06 00 83  
Fax: 22 23 57 13

*Petter Øgar*

Elvebakken 1, Pb. 411  
5801 Sogndal  
Tlf. privat: 57 67 24 66  
Tlf. arbeid: 57 65 55 00  
Fax: 57 65 35 11

**Annonser:**

RMR  
Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim.  
Tlf.: 63 97 32 22  
Fax: 63 97 16 25

**Abonnement:**

Kr 325,- pr. år.  
Bankgiro 3838.07.68248  
Postgiro 0825 0835 397

**Grafisk fremstilling:**

Nikolai Olsens Trykkeri a.s  
Tlf.: 66 80 89 00. Fax: 66 80 08 47

# Fremtiden, stortingsmeldingen og faget



I løpet av våren kommer stortingsmeldingen om legetjenesten i kommunene. Det er ventet 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 allmennlegetjenesten kommer langt ut i rekken av stortingsmeldinger på helseområdet. Legetjenesten i kommunene holder bra faglig standard, og pasientene er tilfredse slik at brannsløkking har vært 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 motvilje mot stram styring er ikke i første rekke en lønnskamp, men mer et spørsmål om fagideologi og yrkesstolthet. De profesjonelle holdningene må vernes siden innsatsen er stor og samfunnet er avhengig av at den fortsetter å være det.

Legetjenesten må få vilkår som ikke bare tar vare på tilgjengelighet, tidlig diagnose og

pasientomsorg. Vi må også få organisatorisk hjelp til å avgrense. Garantimedisin drives fram av sterke krefter som jus, media, pasientorganisasjoner og konkurranse mellom leger og legegrupper. Laboratorieprøver honoreres like lett som konsultasjonssamtalen mistenkeliggjøres. Vi skriver attester for store beløp i året med en følelse av at problemene angår livet, eskistensen, arbeidsplassen og naboskapet mer enn medisinen. Situasjonen blir ikke bedre av at det lekker lavrisikopasienter til spesialistnivå.

I nær sammenheng med det kurative overbud står den finansielle strupingen av forebygging og rehabilitering. Men vi ønsker likevel ikke å tjener penger på pasienters manglende tro på egen følelse av å være friske. Våre helsekontroller bør være målrettet og avgrenset. Allmennpraktikeren må også få forholdene lagt til rette for å møte sine pasienter i grupper. Det er ikke heller ikke nok å problematisere samfunnsmedisinerens forhold til det kommunale byråkrati. Likså viktig er det at allmennpraktikeren lar seg integrere i det kommunale fagapparatet. Faren for å bli oppslukt, er mindre enn faren for å bli isolert. Forholdene må legges bedre til rette for utvidet tverrfaglig samarbeid.

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

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

Virkemidlene for å ivareta kryssende hensyn av faglig, fagpolitisk og samfunnspolitisk karakter når det gjelder legetjenesten i kommunene, er mange og kompliserte. De er bare delvis utprøvd i fastlegeforsøket. Avveininger og kompromisser må til. Her er bare pekt på et par hovedområder som lett kan glemmes, men som kompromissløst må tas vare på, dersom meldingen skal tjene sitt formål om en bedre allmennlegetjeneste i kommunene.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Eivind Værbo'. The signature is written in a cursive, flowing style.

# Terapismen og den omvendte Odysseé



Stortingsmelding om legetjenes-ten 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 kløktighet overvant alle farer så han til slutt kunne gjenforenes med sin Penelope. Hvilke historie ville han diktet, Homér, i det sosialdemokratiske lykkeland? Det måtte bli den omvendte Odysseé – om en fredelig liten fyr som passivt og hjelpeløst driver gjennom livet, der Scylla, Charybdis, kykloper 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 favntak med trollkvinnen Kirke ligger han som en velfødd, matlei liten gris, fritatt for ansvar og bekymringer, der hjelpeløs og hjelper sammen suger ivrig av fra samfunnets gavmilde 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 behandlingsskjede, og jeg blir så lei meg når jeg hører om min ensomme beslutningssituasjon.

Mye rundt den foreslåtte reformen er utvilsomt betydningsfullt. Men som studenten sa, jeg skulle ønske de sluttet å ro rundt den varme grøten – er gresset virkelig grønnere 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 samfunnsøkonom problemløser. I det hele blir vel alt stort sett som før, slik at reformiveren til slutt koker 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?

Og det er for såvidt viktig nok. Det høres kanskje kynisk ut, men det er nok ikke til å komme fra at lønnshalen logrer helsevesenbikkja. Homér dukker opp på ny. Blir dette en trojansk hest til å smugle inn fastlønsordninger igjen? Noen brenner sikkert av lyst til å prøve. Men meteorologi, økonomi og helsepolitikk har det til felles at kaosteorien kan gi store, uforutsigelige utslag.

Vi har hatt flukt fra sykehuse- ne og ut i privatpraksis. Skal flyktningestrømmen snus motsatt vei? Man utvikler etter hvert en slags fatalisme; vi får smøre oss med tålmodighet, vente og se. I mellomtiden ser jeg frem frem til min rolle som trollkvinnen Kirke, med 1 200 gri...., unnskyld – pasienter, å livnære meg på.

Louise Fossum



## 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 opptatt av humaniora. Er ikke alt dette en luksus i vår travle hverdag?**

Vatle: Nei, det er ikke luksus. Husk at du alltid har med mennesket i sin helhet å gjøre. Det er så lett å bli bevisstløs og bli oppslukt av behandlingsprosedyrer og det tekniske og dermed miste kontakt med viktige verdier, bl.a. gjennom kunst, teologi og filosofi. Jeg er ingen filosof, men å filosofere i betydningen å tenke over hva vi gjør og hvorfor – det er en livsnødvendighet.

**Har dette sammenheng med at det hevdes at medisin er kunst?**

Vatle: Medisin har mange sider. Det har også kunsten. En etterhvert overdimensjonert side har med det tekniske å gjøre. En annen og vel så viktig side er det som har med intuisjon, empati, fantasi og fremfor alt menneskekjærlighet å gjøre.

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

Vatle: Det sitatet har jeg fra Karl Popper, som har mange verdifulle tanker. Schopenhauer – den store pessimisten – har uttalt: «Livet er et helvete. Det gjelder å skaffe seg et ildfast sted.» Det er lett å fortvile. Det er lett å la seg rive med i elendighetsjaget, som bl.a. mediene legger opp til. Det er derfor

livsnødvendig å legge strategier for å sikre seg mot dette. Mye i kunsten, skjønnlitteraturen og filosofien er motvekt mot all elendighetsfokuseringen og er skattkamre vi bør være flinkere å hente fra. Det kan også være viktig for å forebygge og motvirke utbrenthet. Selv har jeg fått mye fra filosofer som Seneca, Ortega og fra teologen Hans Küng – størrelser vi selvsagt aldri hører om på doktorskolen, men ofte mest fra såkalte «vanlege mennesker».

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

Vatle: Det er riktig at jeg er tilbake. Fra 1966 til 1976 var jeg distriktslege i Finnøy og Seljord. Jeg opplever humaniora viktig uansett hvor du er. Det er viktig å ta vare på sin egen sjel, ikke minst i situasjoner hvor det materielle, det målbare er det som tilsynelatende har størst verdi. Alt dette var til stor hjelp i en større konflikt jeg var oppe i. Beethovens musikk med sin etiske kraft likeså. Men først og fremst er det viktig og godt å ha en lojal familie.

**Har filosofien noe å tilføre allmennmedisinens KOPF-ideal?**

Vatle: Nå er jeg ikke så velkjent med KOPF, men det er i dag et rop etter idealer og en mer huma-

nistisk medisin. Medisinen oppleves i dag av mange å være for kjølig og mekanisk orientert. Det er klart at det religiøse, kristne idealet om menneskets uendelige verdi har stor påvirkning på vår atferd og holdninger.

**Vi trenger åpenbart humaniora. Det er nesten fristende å spørre: trenger vi medisin?**

Vatle: Vi trenger en medisin som er menneskeorientert, ikke overdrevent teknologi-orientert. Pasientene er våre viktigste «lærebøker».

**Hva med deg selv? Har du et livssyn?**

Vatle: Jeg ønsker å være et helt menneske og har vel en slags pervers aversjon mot alt maset om spesialisering. Jeg tror at jeg er en slags merkelig kristen. Jeg er ikke bedehus- eller kirkekristen. Teologene Paul Tillich og Hans Küng har inspirert meg til å kunne si at jeg våger å kalle meg kristen. For meg som menneske og for min legegjerning er menneskeverdet helt grunnleggende. Hvert enkelt menneske har en uendelig verdi. Jeg synes også jødedommen er fascinerende. Jesus var jo jøde. Det Gamle Testamente er en fantastisk bok. Jeg tror at en religiøs dialog mellom jøder, kristne og muslimer er en ufravikelig betingelse for fred i Midt-Østen... Men kanskje burde det temaet vente til et annet intervju? □

# Du skal fortelle ditt fag

## To kasuistikker og en utfordring

Tekst: Karin Skarsaune



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

Helt fra den akademiske allmennmedisinens barndom har slagordet vært: «Du skal skrive ditt fag». Og det har vi gjort; i fri og bunden form, i vitenskapelige artikler og lette essays. Men på Utpostens jubileumsseminar under Primærmedisinsk uke dukket det opp et nytt slagord: «Du skal fortelle ditt fag» Jeg tente umiddelbart på denne oppfordringen. Det er så mange aspekter ved vårt fag som er vanskelige å formidle på tradisjonelt vis. Kanskje fortellingen kan være en form som kan anskueliggjøre nye sider ved vårt fag? I hvert fall gav dette slagordet meg frimodighet til å finne fram et manus som har ligget i en skuff og støvet ned et par år. Her er det:....

Det var en av disse generøse sommermorgene da du våkner uthvilt, tidligere enn du behøver. Ingen vekkeklokke ringer og ingen står ved sengekanten og krever mamma til et – eller – annet. Du kan rolig bli liggende å døse videre; uhemmet og ansvarsløst forfølge enhver tanke som måtte dukke opp i hodet. I dette grenselandet mellom drøm og våken tilstand kan skillet mellom en fornuftig tanke og det rene tankespinn vise seg å være hårfint.

En slik morgen var det jeg våknet med en merkelig ordsekvens i hodet: «Mellom her og evigheten». Hva var det? En boktittel? En film jeg hadde sett for lenge siden? Det fant jeg aldri ut, for i mitt hode ble denne formuleringen straks til en serie i Utposten. En serie som kunne sette vårt daglige slit 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 livsanskuelse.

En serie av kolleger og for kolleger, ikke av fagfilosofier og livssynseksperter. De kan kanskje hjelpe oss med de evige spørsmålene, men mellom her og evigheten ligger livsvisdommen. Den visdommen vi har tilegnet oss gjennom mange års møter med lidende mennesker og glade mennesker, livstrette gamle og unger som strutter av livsappetitt.

Vi lever et travelt liv og har en hektisk jobb. Når venterommet koker og telefonen gløder, føler jeg meg som en fuglemor på reirkannten som kikker ned i en masse gapende, hylende struper. Da føler jeg ofte behov for at en kollega tar meg i nakkeskinnet og løfter meg litt opp, så jeg bokstavelig talt, kan

få mer fugleperspektiv på jobben. Har du noen gang sittet på kurs flere titalls kilometer unna nærmeste krevende pasient – og nytt innsiktsfulle kollegers kloke og humoristiske betraktninger om DIN hverdag? Kanskje har en og annen brikke falt på plass og du har greid å se ting i en større sammenheng. Etterpå har du tatt fatt på hverdagen igjen med nye krefter, nytt mot og ny innsikt.

Men krefter og livsmot er en forgjengelig ressurs; de må stadig fornyes. Jeg har møtt så mange flotte og reflekterte kolleger rundt om i landet som har gitt meg mye å leve videre på. Men de er ganske sjenerte for å dele sin livs – og allmennpraktiker – filosofi med andre. Kanskje 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 terskelen 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: Taus livsvisdom jeg har fanget opp fra mennesker jeg har møtt. Uformulerte tanker om menneskets styrke og menneskets sårbarhet, om livets ukrenkelighet og det krenkede livets ukuelighet. 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: Samliv med en psykopat, umenneskelig ansvar og slit, kronisk sykdom og funksjonstap. Slike mennesker utgir sjelden filosofiske verker. Men med sine lavmælte betraktninger og uuttalte overlevel-

sesstrategier, er det dem som har lært 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.

Nå idylliserer jeg visst. Rett skal være rett: Jeg har også møtt noen drittsekker på min vei. Men de har også lært meg noe; – når jeg fikk litt mer perspektiv på dem. Vi møter både de krevende og urimelige pasientene og de hyggelige og givende på samme kontordag.

Hva består den da av den livsvisdommen jeg har lært av mine pasienter? Den er i stor grad taus og lar seg vanskelig forme i ord. Jeg må stotre meg frem med begreper som føles som de er laget for helt andre formål. Hadde jeg enda kunnet male eller komponere musikk, så hadde det kanskje latt seg gjøre å formidle noe av dette. Ikke kan jeg dikte heller, men jeg tar sjansen på å slippe løs disse hjemmesnekrede versene. Dette er ikke vanlige kasuistikker. De har ikke noen fasit. Diagnosen er gitt i overskriften, så den som vil bli klok av dem, må ta til seg lærdom på et annet plan. Og kanskje la følelsene svinge litt med.

Jeg henter fram ett flott menneske og en drittsekk, som begge lærte meg like mye:

## ÅSE

Ca. pulm. cum met.

Du ser opp med matte øyne og smiler tappert, men vagt. Hånden din klemmer forsiktig min og leppene rører seg svakt.

I månedsvi har du kjempet med livsmot som aldri ga opp. Det bor visst en magisk, ustoppelig kraft i din kachektiske 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 sunnest av alle, din gråt var din terapi.

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

Du viste 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 undret vi stadig på. Ditt liv var jo bare smerte og sorg, en ørkesløs vandring å gå.

Du gav oss aldri noe svar på det. Mon tro du visste det selv? Men livsmot og smil det øste du av et utømmelig kildevell.

Og nå får jeg holde i hånden din og slå følge den siste mil. Med ærefrykt ser jeg et gjennomlevd 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 rekker å nå bevisstheden.

Du forsvarer deg med det eneste våpen du kjenner: angrepet. Du hugger løs med aggressive ord på barna dine og på kvinnen.

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 sårer henne ikke lenger.

Men hun krymper seg når du hugger løs på barna.

Og her står jeg rådvill og betrakter dere. Ser barna såret og forvirret. Ser den sterke, lille kvinnen 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 angsten 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 hugger den av med noen kvasse, velrettede ord fra din hemiparetiske munn.

Men er denne tause, pasientformidlede livsvisdommen nok å bygge sitt liv og virke på? Gir den tilstrekkelig perspektiv og løft til hverdagen? For meg har pasienterfaringene gitt mening og liv til mine grunnleggende verdier og etterhvert påvirket hvilke verdier som er blitt viktige for meg. De gir meg nøkler til å forstå livet og mot til å leve det.

Jeg tar kaffekoppen med meg ut på dørhella i morgensolen. Kjære kolleger! Jeg vet dere finnes der ute, og at dere huser et vell av livsvisdom 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 Utposten, eller om det bare var et drømmespinn en deilig sommermorgen. □

# Om samfunnsmedisin og samfunnsmedisinens vilkår

Tekst: Tor Ødegaard

*Tor Ødegaard er cand. med. fra 1952 og har DPH fra London 1964. Distriktslege i 6 år og fylkeslege i til sammen 22 år, hvorav de 10 siste i Akershus. Han har internasjonal erfaring bla. fra Redd Barna-prosjekt i Tanzania og 10 års medlemskap i Nordisk Sosialpolitisk komite.*

*Vi anstrengte oss kraftig, men hver gang vi begynte å få fram fungerende grupper, så skulle vi omorganiseres. Jeg lærte meg senere i livet at vi er tilbøyelige til å møte hver ny situasjon med omorganisering, og at dette er en vidunderlig metode til å skape en illusjon av framskritt, mens den resulterer i kaos, ineffektivitet og demoralisering.*

Petronius (død år 66 e.K.)

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

## Viktige utviklingstrekk

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.

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 problemskapende faktor i seg selv. Det er ikke sted her for å komme nærmere inn på utviklingstrekk. 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 samfunnsmedisin:

## Nyliberalisme og privatisering

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

Samtidig er det skjedd en politisk og økonomisk endring. Nyliberalismen har dominert de siste 20 år. Det er reist tvil om den gamle velferdsstatens entydige vel-signelser. Det individuelle initiativ og det personlige ansvar tillegges større vekt i forhold til fellesgoder og samfunnsansvar. Noen har kalt dette en narcissistisk utvikling med større vekt på konkurranse og vinnere og mindre hensyn til tapere og svake folkegrupper. Selve helsebegrepet er privatisert – enhver har ansvar for sin egen helse. Informasjon kommer i vesentlig grad gjennom TV og datateknologi. Store deler av befolkningen utvikler en moderne form for analfabetisme – mens andre er i stand til å styrke sin makt gjennom økt kunnskap. Mange personer og store grupper er fornøyd med den utvikling som er skissert – ikke minst blant samfunnets støtter og maktens elite. Samfunnskritikk blir derfor unødvendig og lite ønskelig.

## Endret sykdomsbilde

Endringene i sykdomsbildet i

befolkningen har vært betydelige gjennom de siste to, tre generasjoner. De tradisjonelle smittsomme sykdommer spiller ikke den samme rolle som før – nye er kommet til i stedet. Nye medikamenter og behandlingsmetoder utsetter mange menneskers død. Men samtidig bidrar denne behandling kanskje til å øke antallet av mennesker som har varige defekter og hjelpebehov. Vi er blitt mer og mer oppmerksom på sykdommenes multifaktorielle etiologi. Det er sjelden eller aldri bare en enkeltstående årsak til at mennesker blir syke, men alltid et nettverk av årsaker. Vi er blitt mer oppmerksomme på den sirkulære etiologi ved visse sykdommer, ikke minst ved psykiske lidelser.

Men den biologiske tradisjon står kanskje sterkere enn før – ofte på et nytt og utvidet genteknologisk grunnlag, og med tilsvarende neglisjering av psykologiske og sosiale sykdomsfaktorer. Det er nærliggende å se dette som en parallell til den politiske og kulturelle nyliberalisme. Kanskje kan vi finne årsakssammenhenger?

## Medisinsk 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 hjelpebehov. Det er en ganske voldsom økning i bruk av «naturmedisin». Forøvrig domineres den medisinske kultur av den farmasøytiske industri og de tallrike medikamenter. Kanskje er økende bruk av A- og B-preparater den ene sida 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 «jussifisering».

#### *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. Parallelt med en økende fragmentering av kommunehelsetjenesten og en nedgradering av kommunelegenes myndighetsområder, er det en 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. Sannsynligvis er det mange eksempler mer på sirkulær enn på lineær etiologi.

#### **Samfunnsmedisinsk spesialitet – et blindspor**

Etableringen av samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet var et blindspor. Det førte til at sosialmedisinens mikrodimensjon ble sløffet (den kliniske sosialmedisin konsentrert om enkeltmenneskers problemer, familie og arbeidsplass) til fordel for makrodimensjonen – med det mer diffuse «samfunn» som interesseområde.

Epidemiologien ble riktignok beholdt som metode, og statistikken som dokumentasjon. Men denne er også avgrenset til å være opptatt i hovedsak av gjennomsnitt, standardavvik og korrelasjoner. Dette ville også være vel og bra dersom det hadde skjedd supplerings med mer dyptgående kasuistikker – ellers kan en vanskelig se trærne for bare skog, og med den distanse som dette betinger, går en lett glipp av viktige dimensjoner og deler av virkeligheten. Kanskje kunne denne distansering fra den kliniske virkelighet gi samfunnsmedisinerne en følelse av å ha særlig innsikt. Kanskje kunne dette sogar være en medvirkende barriere

til det tverrfaglige og tverretatlige samarbeid, og forsåvidt ha bidratt til den isolasjon som er blitt mange samfunnsmedisinere til del.

#### **Sosialmedisinsk sykdomsmodell**

Den sosialmedisinske sykdomsmodell ble også borte sammen med den kliniske sosialmedisin. Denne modellen gikk i korthet ut på å oppfatte sykdom som et samspill mellom fysiske, psykiske og sosiale faktorer innafor og i vekselvirkning med en samfunnsramme, et miljø. I miljøet vil de menneskelige relasjoner og interaksjoner være de viktigste. I sosialmedisinsk metodikk inngikk samarbeid – tverrfaglig og tverretatlig – som et «sine qua non». Og sosialmedisinen omfattet såvel mikrodimensjonen (klinisk sosialmedisin) som makrodimensjonen (samfunnsrettet medisin).

#### **Medikaliseringen**

Ved å eliminere den kliniske sosialmedisin til fordel for samfunnsmedisinen 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 sykdomstermer.
2. Strategisk – slik at bruk av tankemodeller fra medisinen brukes for å angi hvordan et foreliggende problem skal løses.

Medisin og helsetjeneste blir på denne måten betydelige institusjoner for utøvelse av sosial kontroll, kanskje ofte mer enn religion og jus. Spørsmål om å være frisk eller syk preger det menneskelige landskap, og den medisinske strategi. Tankerekken *diagnose – behandling – helbredelse* blir det bærende prinsipp.

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

- Den definerte pasient fratras personlig ansvar med dehumanisering som konsekvens.
- Den medisinske behandling – særlig når den utøves av eksperter – er undergitt taushet og unndras diskusjon. Vi står ofte overfor sterke yrkesgruppers krav på eksklusivitet.
- Sosiale problemer individualiseres og tildekkes. Avvikende adferd avpolitiseres. Den sterke individfokusering innebærer at problemer lokaliseres til individets indre. Denne tendens forsterkes ved den framherskende biososiale retning i dag. Avvikende adferd = hjernekjemi.

#### **Kamp om makt og prestisje**

Den betydning og innflytelse en gruppe skal ha, er et spørsmål om makt og prestisje. Såvel i sine problemdefinisjoner 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 tvilsom. Kommunelovens prinsipper har også gjort det mulig å plassere samfunnsmedisineren i den nisje som han menes å fortjene: Smittevern og miljørettet helservern (selvsagt viktig nok).

Svært mye av den epidemiologisk pregede forskning som danner grunnlag for samfunnsmedisinen, er lite å bygge på. Ofte er den preget av en ukritisk holdning til materialet, en overdreven tiltro til

datateknikkens vidunderlige mysterier, og en overraskende kortslutning 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 samfunnsmedisinere 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 sen-

sur – men det er ofte legemiddelindustrien som definerer forskningsområdene, betaler forskerne og sørger for markedsføring av resultatene.

De politiske og administrativt sett trange vilkår i kommunene, den kliniske medisins bærende prinsipp om diagnose – behandling – helbredelse med grunnlag i psyko- og sosiobiologi og legemiddelindustri, gjør også kombinasjonen samfunnsmedisin/allmennpraktiker vanskelig og konfliktfylt. Ofte regredierer legene til den rolle som forventes av såvel politikere, rådmenn og publikum – som de «er opplært til», og som – NB – bringer fortjeneste: Den allmennpraktiserende lege.

### Snu eller rygge?

Den samfunnsmedisinske spesialitet er som nevnt en blindgate, og den eneste vei ut fra en blindgate er som kjent å snu eller rygge. Det er ikke lett, mange krefter vil nok hindre det. En analyse, som denne framstillingen er et forsøk på, bør være første skritt. Så får en se hva en vil og hva som er mulig å forandre. Et lyspunkt er at alle våre medisinske fakulteter har beholdt sosialmedisin som fagområde og undervisningsfelt. Helsehøgskolen i Gøteborg ser også ut til å ha forlatt samfunnsmedisin som særskilt fagområde. I og med at helsetjenesten er en del av samfunnet forøvrig, må det nok iallefall bli en langsiktig prosess.

*Tor Ødegaard  
Fylkeslegen i Akershus  
Postboks 8040 Dep  
0031 Oslo*



## Spesialistkurs i samfunnsmedisin

# Kommunelegekurset 1997

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

I samarbeid mellom Folkehelsa og Universitetet i Oslo (UiO) er det opprettet en universitetsseksjon for anvendt folkehelsevitenskap under Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag ved UiO, lokalisert på Folkehelsa. Denne seksjonen administrerer nå Kommunelegekurset. Kurset har en styringsgruppe med representanter fra Kommunenes Sentralforbund, Statens helsetilsyn, Den norske lægeförening og Folkehelsa.

Kurset har som mål å dyktiggjøre leger for samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver:

- overvåking og analyse av helse-tilstanden 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, kvalitetssikring og evaluering av tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom.

Kurset omhandler følgende emner:

- befolkningskunnskap, 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.

Kurset tar opp inntil 25 leger, som alle må ha full permisjon fra arbeidsgiver. Inkludert et skriftlig arbeid regnes kurset som ett semesters studium. Kurset teller nå som tre måneders utdanning ved Nordiska Hälsovårdhögskolan i Göteborg.

Søkerne anbefales å informere sine arbeidsgivere om søknaden og tidlig søke om permisjon med lønn. Beskjed om opptak gis i mars. Den norske lægeförening delfinansierer kurset med fondsmidler og har fastsatt kursavgiften til kr. 10.000. Fondet gir også litteraturstipend på inntil kr. 2.500 og borteboerstipend på kr. 20.000. Kurssekretæren kan gi råd om bolig.

Informasjon om kurset og eget søknadsskjema er sendt til alle kommuner og fylkesleger. Nærme opplysninger om kurset gis av kurslederen, overlege Jon Hilmar Iversen, tlf. 22 04 24 05, eller kurssekretæren Anne Karine Berg, tlf. 22 04 24 08, faks 2204 2595.

**Søknadsfrist er mandag  
24. februar 1996.**

Søknaden sendes direkte til Seksjon for anvendt folkehelsevitenskap, Folkehelsa, Postboks 4404 Torshov, 0403 Oslo.

## The Consultation

– an international workshop

### Time:

May 16 – May 23 1997

### Place:

Kalydna 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 Jeppesen, Educational Secretariat, The Danish Medical Association, Esplanaden 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



Petter Øgar er cand.med. fra 1978. Kommunelege i Hornindal 1983-95. Fra 95 fylkeslege i Sogn og Fjordane. Spesialist og veileder i allmenn- og samfunnsmedisin. Medlem NSAM's diabetesgruppe og Utposten-redaksjonen.

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

Portvaktfunksjonen er en blant flere roller leger kan spille. Hvilke roller leger bør ha og hvordan de bør utføres er en sentral problemstilling for standen, pasientene og samfunnet. Enigheten om disse

spørsmål har sjelden vært øredøvende.

## 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 innehaveren av en bestemt stilling eller personene i en bestemt posisjon. Som det går fram av disse definisjonene, er rollebegrepet normativt. Det vil si verdiladet og følgelig gjenstand for ulike tolkninger og synspunkter.

## Rollespørsmål

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 kontrollspørsmål:

- 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? Eksposering 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 spørsmål om det er lov å være i en rolle, men like mye et spør-

mål om det er klokt og hensiktsmessig. I denne vurderingen er det viktig å huske at det ikke bare handler om hvordan en selv oppfatter sine roller, men like mye hvordan omgivelsene oppfatter dem.

Svaret på disse spørsmålene vil ofte måtte bygge på skjønn, og svarene kan variere med tid og situasjon. Legitimiteten er knyttet til formelle og etiske vurderinger. Klokskapen kan feks. være knyttet til strategiske vurderinger som i hvilken grad det er klokt å forene partipolitisk aktivitet med funksjonen som kommunelege I.

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

## Legeroller

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

- Medisinsk ekspert/klinisk beslutningstaker
- Kommunikator
- Samarbeidspartner
- Portvakt/ressursstyrer
- Elev
- Helseforkjemper
- Vitenskapsmann
- Menneske

Disse opplistingene 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 opplistingene har med advokatrollen, som jo er den tradisjonelle oppfatning av legens viktigste rolle, og den 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 andrelinjetjenester? Slik jeg ser det kan portvaktfunksjonen inneholde tre elementer:

1. En faglig vurdering av hvem som bør henvises til de spesialiserte helsetjenestene. Det er en ren faglig vurdering av hva som er best for pasienten. Dette er nødvendig fordi pasientene ofte ikke selv har forutsetninger for å vite hva som er adekvat medisinsk utredning og behandling. Det er faktisk slik at henvisning til spesialisthelsetjenesten av og til ikke bare er unødvendig, men kan være en direkte ulempe for pasienten, enten fordi allmennpraktikeren har bedre forutsetninger for å løse problemet og/eller fordi henvisning medfører fare for medikalisering, kronifisering og/eller utvikling av et Ulyssessyndrom. Det er også en sjelden gang slik at pasienter må overtales for å godta videre henvisning.
2. En effektivitetsvurdering. Det andre elementet i portvaktfunksjonen er en effektivitetsvurdering. Hvor i helsevesenet får denne pasienten mest effektivt behandlet sitt helseproblem? Dette innebærer en blandet faglig og økonomisk vurdering og er et helt avgjørende element i realiseringen av LEON-prinsippet (behandling på lavest effektive omsorgsnivå) og et effektivt helsevesen.
3. Prioritering i praksis.

Det tredje elementet er prioritering. Gitt kapasiteten til den tilgjengelige spesialisthelsetjeneste og samfunnets legitime prioriteringsføringer; bør denne pasienten henvises? Dette innebærer en blandet faglig og prioriteringsmessig vurdering på samfunnets vegne som et ledd i realiseringen av et rettferdig helsevesen.

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 blant de ulike aktører som berøres, vil den ikke fungere. Graden av aksept vil selvfølgelig fortløpende påvirkes av hvordan ordningen oppleves å fungere. Her er det mulighet for både positive og negative sirkler.
- (Nesten) alle veier til spesialisthelsetjenesten må ha en portvakt. Det skal ikke mange ukontrollerte kollateraler eller by-passar til for at hele systemet undergraves. Henvisningsplikten er helt avgjørende i denne sammenheng.
- Det er også en forutsetning at ferdigvurderte og ferdigbehandlede 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.
- Portvaktfunksjonen er en del av samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten. Ordningen vil ikke få aksept og nødvendig lojalitet dersom ikke

samhandlingen og tilliten mellom nivåene for øvrig er rimelig bra. Etablering av en omforent ansvars- og oppgavefordeling, slik en feks. prøver å få til gjennom utarbeidelsen av de fylkesvise prosedyrepermene, er en viktig forutsetning for å lykkes. Høvelige arenaer for kommunikasjon og en rimelig grad av kontinuitet hos aktørene er andre viktige forutsetninger.

Det svært stramme helsepersonellmarkedet og den stedvis utstrakte bruk av korttidsvikarer dette nødvendiggjør, truer den siste forutsetningen.

- Portvaktene må ha rimelig lik henvisningspraksis. Dette forutsetter utarbeiding av felles henvisningskriterier. Det er ikke behov bare for nasjonale retningslinjer og prosedyrer for et eller flere sykehusområder. Jeg tror også det er behov for og like viktig med kommunikasjon og samordning mellom allmennlegene i samme kommune og legevaktdistrikt. Disse henvisningskriteriene burde ideelt gi praktisk anvendelige føringer både på de rent faglige, LEON-messige og prioriteringsmessige elementene i portvaktfunksjonen.
- Portvaktfunksjonen innebærer ofte ressursfordeling. Skal det kunne skje på en rettferdig måte, forutsetter det etter mitt skjønn at allmennpraktikeren må akseptere et populasjonsansvar. Han har ikke bare ansvar for enkeltpasienten på kontoret her og nå, men alle etablerte og potensielle pasienter i den populasjonen han betjener. I tillegg til et perspektivskift for mange allmennpraktikere forutsetter dette en viss kunnskap om denne populasjonen (4). Det innebærer en dreining fra å drive åpen helsebutikk mot i større grad å drive en styrt virksomhet.

I dag er det svært varierende i hvilken grad allmennpraktikeren har mulighet til å definere

noen klar pasientpopulasjon. I distrikts-Norge kan det ofte gå rimelig greit, mens det i tettbygde strøk oftest er umulig. Innføring av et listepasientsystem vil dramatisk endre dette. Et listepasientsystem vil også sterkt kunne redusere doktorshopping og den undergravende effekt dette kan ha på portvaktfunksjonen.

- I tillegg til de forhold som her er nevnt, vil muligheten for å realisere en fungerende portvaktfunksjon selvfølgelig påvirkes av andre organisatoriske og finansielle rammevilkår. Så lenge primær- og spesialisthelsetjenesten administreres og finansieres av ulike forvaltningsnivå vil feks. mulighetene for uheldige spill alltid foreligge.

### 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 utilstrekkelighet

Det tradisjonelle legesyndet 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. Utenforliggende hensyn som ressursmotiverte beslutninger er



mala praksis og en alvorlig trussel mot tillitsforholdet til pasienten og dermed mot hele vår terapeutiske potens.

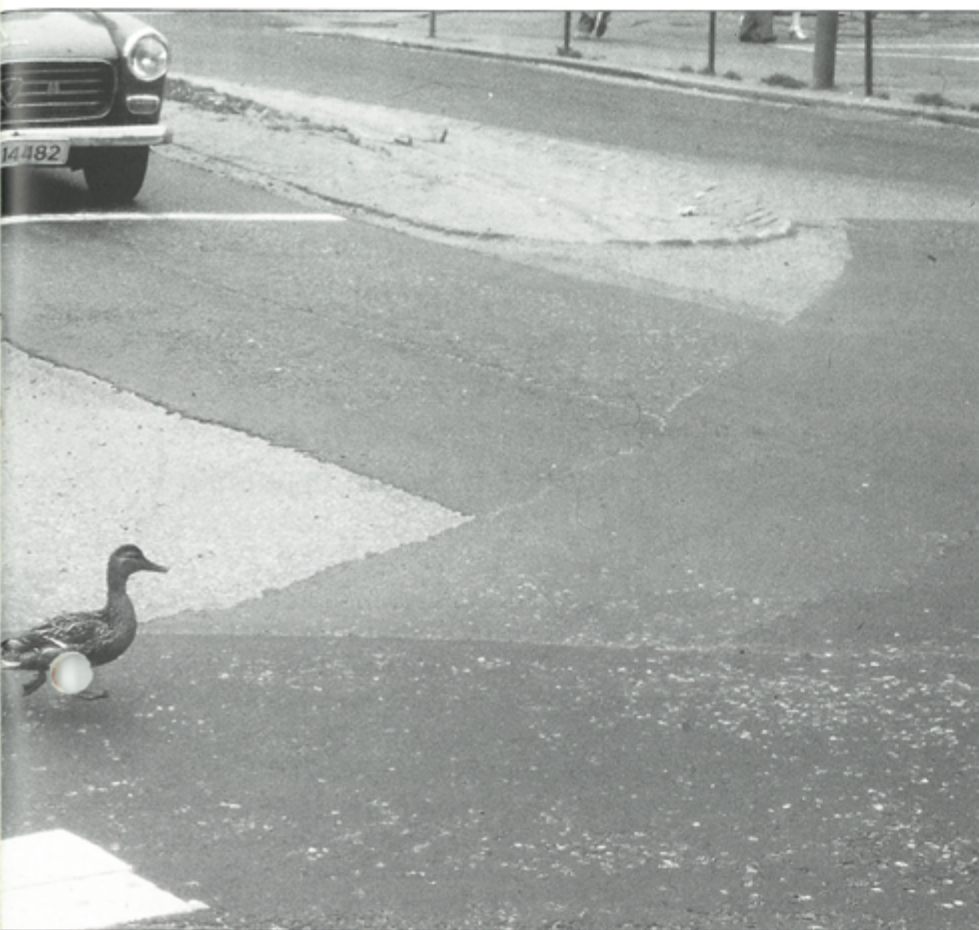
Det må være lenge siden dette kartet ga en rimelig beskrivelse av terrenget, og det er tilsvarende bekymringsfullt at så mange fortsatt navigerer etter det. Faren for å gå seg vill er overhengende, og sviaktende realitetsorientering er ikke et fremtrende trekk på god helse.

### Den økonomiske virkelighet

Virkeligheten er annereledes. Økonomenes 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. Lønningutvalget (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 ressursbruken i helsetjenesten. Ansvar for prioritering av bruken av store helsetjenesteresurser er i virkeligheten på denne måten desentralisert til den enkelte helsearbeider, og spesielt til den enkelte lege.*

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



pet med økende andel objektivt ukontrollerbare sykdommer og en samfunnsutvikling som stimulerer til overgang i sykerollen.

### Pasientrettigheter og legeroller til besvær

Også Legeforeningen har erkjent at de ubetingede pasientrettighetene har sine meget problematiske sider. Det kommer tydelig fram i det helsepolitiske skrift foreningen ga ut i 1994 i forkant av «Helsemeldinga»; *Fra medisinsk kunnskap til bedre helse. Organisering og finansiering av helsetjenester* (6). I en virkelighet med begrensede ressurser må pasientens ønsker veies gjennom en faglig vurdering innenfor politisk opptrukne, overordnede prioriterings- og andre kjøreregler. Ikke minst er dette viktig og vanskelig i forhold til den økende uklarhet omkring sykdomsbegrepet og den medikaliseringstendens vi har hatt i mange år, og som legestanden også må ta sin del av skylda for. Det slås fast

at om pasientens problem er av ikke-medisinsk art, skal det erkjennes og ikke sykkeliggjøres.

Erkjennelsen av pasientrettighetenes begrensning danner grunnlag for følgende formulering i kapitlet om primærhelsetjenesten:

*Denne «dørvakt»-funksjonen mot den videre behandlingsskjede er av hensyn til både faglige forhold, økonomi og personellressurser like nødvendig som «døråpner»-funksjonen. Dobbeltrøller er normalt uheldige. Men her er den ikke til å unngå. Allmennlegen må være pasientens «advokat» og samtidig ta ressursmessige hensyn. Legens ubetingede faglige uavhengighet og selvstendighet i forhold til de medisinske prioriteringer utgjør garantien for at pasienten får oppfylt sine grunnleggende rettigheter.*

Etter mitt syn har den medisinsketiske tenkningen i Legeforeningen med dette tatt et stort skritt framover i realitetsorienterende retning.

Det har vært hevdet at en slik rolleforståelse vil undergrave den nødvendige tilliten hos pasientene. Jeg har vondt for å forstå det. Tillit bør alltid være fundamentalt i lege-pasientforholdet, men hva bør den bygge på? Jeg mener gode byggesteiner for tillit er ærlighet, åpenhet og gjensidig respekt med grunnlag i den faktiske virkelighet. Pasienten må vite at det er grenser for hvor langt vi kan etterkomme deres ønsker – både ut fra samfunnsplagte regler, ressursbetraktninger og egen faglig integritet.

Det framheves også at portvaktrollen er en trussel for og kommer i konflikt med vår faglige autonomi. Igjen har jeg vansker med å forstå. Tvert imot vil jeg hevde at manglende respekt for samfunnets føringer i langt sterkere grad over tid vil undergrave den autonomi og makt vi bør ha. Legeforeningen burde vite 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 delegerede forvaltningsoppgaver.

Petter Øgar  
Postboks 411  
5801 Sogndal

### Referanser

1. Martinussen W. Sosiologisk analyse – en innføring. Universitetsforlaget, Oslo 1991.
2. Øgar P. Cadillacsyndromet. Når det antatt beste blir det godes fiende – og hvordan det angår oss. Utposten 1992; 21: 268-72.
3. Østbye T. Utdanning av fremtidens leger for Ontario – legens åtte roller. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 995-6.
4. Øgar P. Allmennpraksis – åpen (helse)butikk eller styrt virksomhet? Utposten 1991; 20: 62-3.
5. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
6. Den norske lægeforening. Fra medisinsk kunnskap til bedre helse. Organisering og finansiering av helsetjenester. Den norske lægeforening, 1994.

# 10 teser om forskrivning og bruk av sovemedisiner i allmennpraksis

Siden sønnavnsker er en så vanlig symptompresentasjon i allmennpraksis, og siden storparten av all hypnotikaforskrivning skjer på allmennpraktikerkontorene, skulle en tro at allmennleger flest er eksperter i å behandle sønnavnsker. Mye tyder på at dette ikke er riktig. Både erfaring og forskning indikerer at vår behandling av sønnavnsforstyrrelser 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.

Tekst: Jørund Straand



Jørund Straand er cand.med. fra 1977 og har arbeidet som allmennpraktiker fra 1981. Fra 1988 deltidstilknyttet Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen der han er amanuensis og nå holder på med et doktorgradsprosjekt basert på en diagnose-resept undersøkelse i Møre og Romsdal. Tidligere vært med på prosjekter om legemiddelseponering og legemiddelbruk hos sykehjemspasienter.

Artikkelen er basert på et foredrag på Norges Forskningsråds konsensuskonferanse: Bruk av benzodiazepiner. Oslo, februar 1996.

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

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

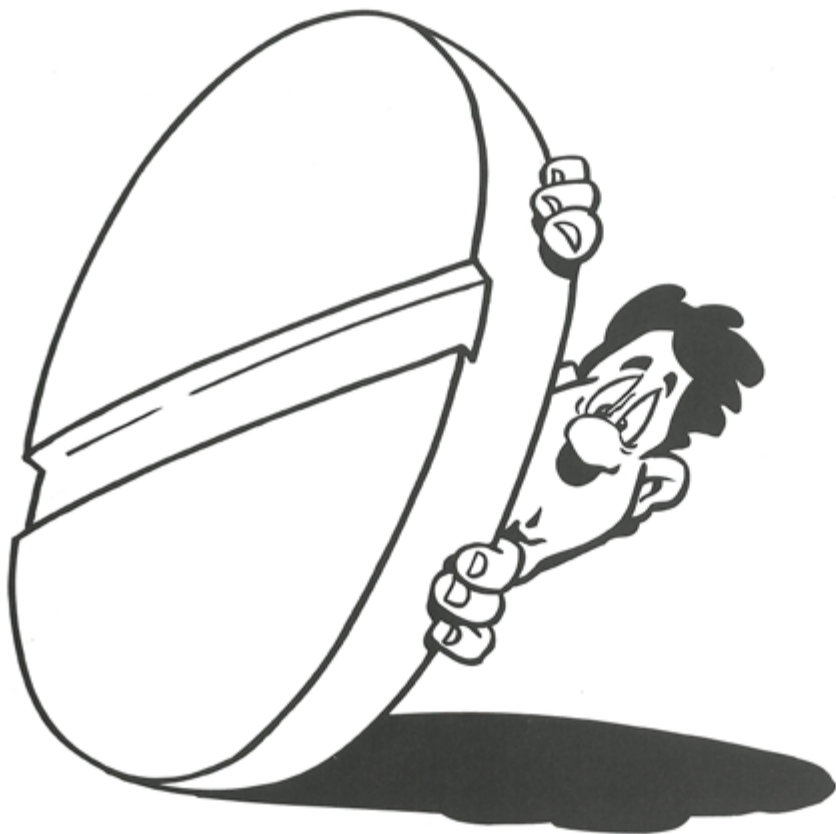
diagnosen «insomni», som i sin tur rettferdiggjør forskrivning av et hypnotikum (2). Sønavnsker kan ha mange årsaker; fysiske, psykiske og iatrogene. Ofte virker flere forhold inn samtidig. Behandlingen skal i størst mulig grad rettes mot de(n) underliggende årsaken(e). Er det ikke malpraksis å etablere kronisk legemiddelbehandling basert på et symptom uten anamnese og undersøkelse?

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

De fleste allmennpraktikere er sikkert kjent med de vanligste sønnavnhygieniske råd (døgnrytme, 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. Skreddersydd veiledning basert på innsikt oppnådd gjennom sykehistorien vil vanligvis fortone seg annerledes.

I litteraturen er det spesielt tre ikke-farmakologiske behandlinger som har vist god effekt på kroniske sønnavnsker; atferdsterapeutisk stimuluskontrollmetode, sønnavnrestriksjonsbehandling og lysbehandling (3). Få, om noen, allmennpraktikere praktiserer disse behandlingsmodalitetene. For det første er metodene ukjente. For





det andre er de tidkrevende – i motsetning til hypnotikaforskriving. Ved alle tre metoder er det anført behov for omtrent fire til seks strukturerte konsultasjoner på inntil seksti minutters varighet for hver pasient (4). Dette aktualiserer spørsmålet om det er allmennlegen 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 utrednings- og behandlingssenter med tverrfaglig kompetanse på høyt nivå. Senteret, som er det eneste av sitt slag her i landet, har kompetanse på blant annet ikke-farmakologisk behandling av søvnforstyrrelser (Bergen SøvnSenter, Fjøsangerveien 51, 5037 Solheimsviken).

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

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

I Diagnose Resept Undersøkelsen i Møre og Romsdal, fant vi at av samtlige kontakter der insomni var registrert som diagnose, ble det gitt legemiddelbehandling for dette i vel 98% av tilfellene (2). En generell oppfordring til legene om å praktisere mer ikke-farmakologisk behandling hadde ingen påvisbar effekt (2).

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

Spesielt for pasienter med noe redusert mestringskapasitet, kan søvnvansker lett utvikle seg til å bli et kronisk problem i perioder med økt stress (6). Det typiske er at det utvikles en frykt eller angst for søvnløshet og konsekvenser av dette, som i sin tur leder inn i en ond sirkel med aktivering, søvnløshet,

frykt for søvnløshet, ytterligere emosjonell og fysisk aktivering, enda mer søvnløshet osv. (6). Denne onde sirkelen kunne kanskje ha vært brutt på et tidlig tidspunkt av en kortvarig hypnotikakur (5-10 tbl.). Dette minner om smertebehandling hvor mangelfull takling av akutte smerter kan være medvirkende til utviklingen av et kronisk problem.

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

Unnlater vi å ta opp søvnanamnese, risikerer vi å skrive ut sovemedisiner 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 hverdag med meningsfull aktivitet.

I vår analyse av vel 3.500 reseptforskrivninger med benzodiazepinhypnotika (7), var det et viktig funn at legene «glemte» å begrense tablettstyrke og utskrevet mengde til eldre pasienter. Dette gjaldt både ved nyforskrivninger og reiterasjoner. Vi fant en generell tendens til å skrive ut flere sovepiller jo eldre pasienten var. I snitt fikk eldre pasienter ordinert sovemedisiner svarende til 10-11 ukers daglig forbruk. Dette gjaldt både ved nyforskrivning og ved reseptfornyelser (7). Overbehandling er det også om pasienten overseseres pga. for høy dose eller pga. akkumulering ved daglig bruk. Eller om vi påfører pasienten bivirkninger som er verre enn den opprinnelige behandlingsindikasjonen (feks. ekstrapyramidale bivirkninger pga. nevroleptika).

En spesiell årsak til overforbruk skal nevnes. Det er når behovsmedisiner (sovemedisin) gjøres om til fast medikasjon ved at pillene legges (av hjemmesykepleien) i dosettesker sammen med annen fast medisin. Å finne gode løsninger på dette problemet er en viktig oppgave i samarbeidet mellom lege,

pasient og hjemmesykepleier og for produsenten av dosetteskene.

I dag skrives storparten av hypnotika ut som kronisk vedlikeholdsbehandling. Dette skjer vanligvis ved å skrive ut 100-pakninger. Denne behandlingen er ikke dokumentert i kliniske, kontrollerte studier, og det kan reises tvil om den egentlig har noen gunstig effekt i det hele tatt. Forskrivning av minstepakninger er nærmest en sjeldenhet (7). Tyngdepunktet av vår forskrivning ligger derfor feil. Skal vår praksis på dette området bli mer kunnskapsbasert, burde vi skrive ut relativt flere småpakninger til intermitterende bruk og færre 100-pakninger til daglig bruk. En slik snuoperasjon av våre forskrivningsvaner forutsetter imidlertid opplæring både av leger og pasienter. Myndighetene kan bidra positivt til denne prosessen ved å regulere pris og tilgjengelige pakningsstørrelser. Mens 100-pakningene godt kan avregistreres eller reserveres til bruk på institusjoner, er det ønskelig med 5-, 10- og 30-pakninger. Prisene bør være slik at det ikke «lønner seg» å kjøpe i stort.

#### **Tese 5. De fleste tilfeller av feilbruk av benzodiazepin-hypnotika skyldes manglende muntlig og skriftlig pasient-opplæring**

Den vanligste fallgruben er trolig å skrive ut 100 tabletter «som avtalt» (7). I vår reseptundersøkelse fant vi at skriftlig kommunikasjon på sovemedisinreseptene generelt var mangelfull. «1 tbl. dgl.» var bruksanvisning i 55%, «ved behov» i 37%, og «som avtalt» 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. Advarsler om fare for oversedasjon (bilkjøring), redusert stabilitet

(fall), fare for tilvenning og svekket hukommelse hører med, men må tilpasses det som er aktuelt for den enkelte pasient.

#### **Tese 6. De fleste tilfeller av «lavdoseavhengighet» av benzodiazepin-hypnotika skyldes slurvete forskrivningsvaner hos legen**

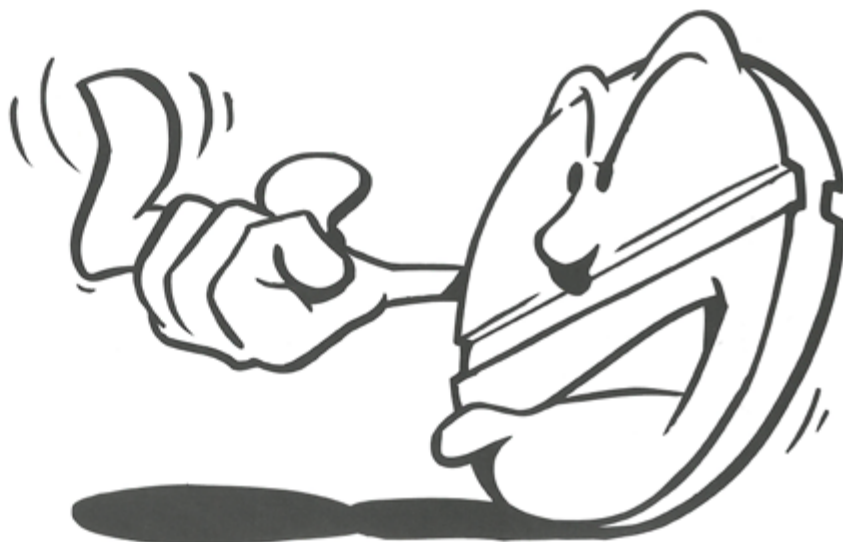
Det er som regel ikke pasienten som ber om å bruke sovepiller hver kveld i 100 dager når hun kommer på kontoret for første gang med et søvnproblem. Unnlater legen å informere pasienten om riktig bruk, vil svært mange som bruker nitrazepam eller flunitrazepam i 100 fortløpende netter, ha utviklet toleranse for effekten, og de vil oppleve abstinens med «rebound insomnia» om de bråseponerer medikamentet. Seponeringsabstinens kan holdes i sjakk med daglig hypnotikatilførsel (8). 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 seponeringsabstinens eller demaskering av det opprinnelige søvnproblemet. Seponeringsabstinens vil i de aller fleste tilfeller gå over i løpet av et par uker.

Det er viktig å skille mellom

såkalt lavdoseavhengighet og medikamentmisbruk. Lavdoseavhengighet er uttrykk for en fysiologisk adaptasjon og som er dokumentert i søvnlaboratorier (8). Denne tilvenningen medfører svært sjelden at pasienten på egen hånd trapper opp dosen eller utvikler misbruketferd (9). Betydningen av grundig informasjon ved førstegangsforordning samt tilpasset skriftlig informasjon på pilleglasset/esken understrekes nok en gang (7).

#### **Tese 7. Problemene ved seponering av benzodiazepin-hypnotika blir ofte overdrevet – og er som regel milde og forbigående**

Toleranseutvikling og seponeringsabstinens er et fenomen som ble dokumentert gjennom grundige studier (i hovedsak i søvnlaboratorier) på 1970- og 1980-tallet (8). Seponeringsabstinens med «rebound insomnia» varierer med preparat, dose og varighet av behandlingen. Lengre tids bruk (mer enn en måned) med høyere doser er forbundet med større seponeringsproblemer enn korttidsbruk med lave doser. Korttidsvirkende benzodiazepiner medfører generelt raskere utvikling av toleranse og abstinens enn benzodiazepiner med lang halveringstid



(8). Pasientenes personlighet er av stor betydning for hvordan dette forløper klinisk. Mens det i seponeringsstudier hos medikamentmisbrukere kan rapporteres om «abstinenser» i måneder og endog år (!), har forbruket i befolkningen blitt redusert markert de senere år uten at det har vært meldt om store problemer i forbindelse med dette. Feks. da Halcion ble avregistrert i 1991. Da hadde problemene med avhengighet og bivirkninger vært tatt opp på TV og i pressen på forhånd. Det mange av oss da opplevde, var at svært mange pasienter seponerte Halcion på egenhånd – uten at vi hørte noe om abstinens eller rebound insomni.

I Sør-Trøndelag har noen kommuneleger nylig kvalitetssikret sin forskrivning av B-preparater og sammenlignet forskrivningen før og etter intervensjonen (10). Undersøkelsen viste at de kunne redusere antall forskrivninger av benzodiazepinhypnotika med 27%, og at de reduserte gjennomsnittlig forskrivning med 18 færre døgndoser per resept. I Møre og Romsdal har vi vist at forskrivningen av sovemedisiner i allmennpraksis kan forbedres ved å gi legene skriftlig tilbakemelding av egen forskrivningsprofil sammen med terapeutiske anbefalinger (2). I forhold til kontrollgruppen (Møre-legene), reduserte legene i intervensjonsgruppen (Romsdal) hver enkelt reseptforskrivning på nitrazepam eller flunitrazepam med ca. 11 definerte døgndoser. Samtidig forskjøv de forskrivningen fra 100-pakninger (andelen redusert med ca 20%) til småpakninger (andelen øket med ca. 35%) (2).

### **Tese 8. Mange leger er ikke kjent med viktige kontraindikasjoner for å skrive ut benzodiazepinhypnotika**

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

enter kan kombinasjonen sedasjon og slappe muskler være farlig i form av økt fare for fall og frakturer (11). «Legemidler som reduserer muskeltonus, kan utløse søvnindusert respirasjonsforstyrrelser hos friske og forverre eksisterende luftveisobstruksjon hos pasienter med obstruktiv søvnapne-syndrom. Benzodiazepiner må absolutt unngås hos disse pasientene (12).»

Misbruk er snarere en kontraindikasjon enn en indikasjon for forskrivning av et benzodiazepin. Registreringsordningen av misbrukere har i praksis hatt motstridende signaleffekter. På den ene siden ønsker helsemyndighetene (les: fylkeslegene) å begrense forskrivningen, mens de på den andre siden sender ut dårlig skjulte signaler om at registrerte misbrukerne har rett på å få skrevet ut sin «faste kvote». Medikamentmisbrukerne har ofte en så ødeleggende effekt på hele driften ved mange legekontor, at det (i større byer) bør vurderes å organisere kvoteforskrivning til misbrukere som en særomsorg frakoblet klinisk, kurativ allmennpraksis. Dette enten kvoten gjelder Metadon, Rohypnol eller annet.

### **Tese 9. Legens valg av legemiddel (eller ikke) blir ofte bestemt av andre forhold enn det medisinske hensynet til den enkelte pasient**

Problemene med misbrukerne gjør at noen av oss nærmest tar prinsipielt avstand fra benzodiazepiner «og alt dets vesen». Dermed har vårt standpunkt fått et sterkt moralsk, for ikke si moralistisk innhold. Vi nordmenn er ganske puritanske og blir fort moraliserende på andres vegne. Kan vi skimte en forakt for svakhet i forelengelsen av dette? Mener vi det er et tegn på svakhet eller umoral å skrive ut eller bruke benzodiazepiner (13)? Det kan være berettiget å reise spørsmålet om det er riktig at hensynet til misbrukerne skal bestemme hvordan benzodiazepi-

ner brukes i sin alminnelighet (14).

Nevroleptika og trisykliske antidepressiva er potente medikamenter med et stort potensiale for alvorlige bivirkninger og interaksjoner, og bør ikke skrives ut ved søvnevansker med mindre primærindikasjon for medikamentene foreligger samtidig (15). Når nevroleptika skrives ut for insomni – og bare for dette, er det mest av hensyn til legen? Fordi forskrivning av et benzodiazepin ellers vil le true legens selvbylde av ikke å være en «valium-lege»?

### **Tese 10. Behandling av søvnforstyrrelser blir som regel ikke fulgt adekvat opp**

Måten vi følger opp våre pasienter i allmennpraksis er ved kontrollkonsultasjoner, feks. i forbindelse med (ønske om) reseptfornyelse. Dette er anledningen til å revurdere diagnose og indikasjon for behandling. Foreligger indikasjonene ennå? Er terapimålet nådd? I hvilken grad benyttes denne muligheten til å kvalitetssikre sove-medisinforskrivning i allmennpraksis? I vår undersøkelse om forskrivning av benzodiazepinhypnotika 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 reiterasjoner. Denne store andelen av reseptfornyelser uten direkte kontakt mellom lege og pasient er trolig en viktig forklaring på at vi så sjelden reevaluerer behovet for fortsatt hypnotikabruk hos pasientene våre (16).

### **Avsluttende kommentarer**

Legemiddelbehandling er bare en av mange behandlingsstrategier ved søvnevansker. For benzodiazepinhypnotika er det en viktig oppgave å bringe forskrivningsmønsteret mer i samsvar med dokumentert kunnskap om virkninger, toleranse og bivirkninger. Det er ingen gode grunner til at spriken mellom

liv og lære, mellom teori og praksis, 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 etterutdanningsprogram som vi stadig må gjennomføre for å beholde spesialiteten i allmennmedisin. 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 i 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 legesenter  
Ulriksdal 8c, 5009 Bergen*

#### Referanser

1. Everitt DE, Avorn J, Baker MW. Clinical decision-making in the evaluation and treatment of insomnia. *Am J Med* 1990; 89: 357-62.
2. Rokstad K, Straand J, Fugelli P. Can drug treatment be improved by feedback on prescribing profiles combined with therapeutic recommendations? A prospective controlled trial in general practice. *J Clin Epidemiol* 1995; 48: 1061-8.
3. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1172-80.
4. Neckelmann D. Behandling av kronisk insomni. En anbefaling med særlig vekt på eldres problemer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 854-9.
5. Bayer AJ, Pathy MS. Requests for hypnotic drugs and placebo response in elderly hospital inpatients. *Postgrad Med J* 1985; 61: 317-20.
6. Kales A, Kales JD. Evaluation and treatment of insomnia. Oxford University Press. New York: 1984.
7. Straand J, Rokstad K. General practitioners' prescribing patterns of benzodiazepine hypnotics: are elderly patients at particular risk for overprescribing? *Scand J Prim Health Care*. In press.
8. Kales A, Vgontzas AN, Bixler EO. Hypnotic drugs. In: Kales A, ed. *Pharmacology of Sleep*. Berlin: Springer Verlag, 1995.
9. Piper A, jr. Addiction to benzodiazepines – how common? *Arch Fam Med* 1995; 4: 964-70.
10. Krokstad S, Gjelsvik PA, Mjelva E. Reduksjon i forskrivning av B-preparater i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 3634-7.
11. Ray WA, Griffin MR, Downey W. Benzodiazepines of long and short elimination half-life and the risk of hip fracture. *JAMA* 1989; 262: 3303-7.
12. Miljeteig H. Snoring and obstructive sleep apnoea syndrome. Doktoravhandling. ØNH-avdelingen Haukeland Sykehus, Universitetet i Bergen. Bergen: 1995.
13. Mannheim DI, Davidson ST, Balter MB, Mellinger GD, Cisin IH, Parry HJ. Popular attitudes and beliefs about tranquilizers. *Am J Psychiatry* 1973; 130: 1246-53.
14. Woods JH, Katz JL, Winger G. Use and abuse of benzodiazepines: issues relevant to prescribing. *JAMA* 1988; 260: 3476-80.
15. Gillin JC, Byerley WF. The diagnosis and management of insomnia. *New Engl J Med* 1990; 322: 239-48.
16. van der Waals FJ, Mohrs J, Foets M. Sex differences among recipients of benzodiazepines in Dutch general practice. *BMJ* 1993; 307: 363-6.
17. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, Freeman TR. *Patient-Centered medicine. Transforming the clinical method*. Thousand Oaks (California): Sage Publications, 1995.



*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 ett-årig eller ett-semesterens 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 allmennmedisin.

Legeforeningen yter etter fastsatte retningslinjer stipend til dekning av boutgifter, reiser, litteratur, samt lønnstap (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 samfunnsmedisinsk utdanning (KS-rundskriv 24/87). De som eventuelt får problemer med å få permisjon fra sin arbeidsgiver, kan ta kontakt med Legeforeningens forhandlingsavdeling. Studiet gir normalt rett til studielån i Statens lånekasse for utdanning. Det er ingen kursavgift, kun kr. 400 i semesteravgift.

## Ett-årig videreutdanning i folkehelsevitenskap

Studiet tilsvarende utdanning til Master of Public Health. På grunnlag av tidligere cand.mag.-grad eller tilsvarende, gjennomført studium og godkjent spesialoppgave får studentene graden Kandidat i folkehelsevitenskap. MPH-grad gir ekstra meritt ved søknad på stilling (konf. Legeforeningens årbok).

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 befolkningen. Folkehelsevitenskap dekker et noe videre emneområde enn det som omfattes av samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet. Studiets målsetting er å gi studentene et «verktøy» fremfor ren kunnskapslæring.

Studiet er et heltidsstudium som kvalifiserer helsepersonell for ledende stillinger i helsevesenet både i kommune, fylke eller stat. Studiet er også velegnet for helsepersonell som vil gå inn i forskning. Søkerne må ha helse-/sosialfaglig utdanning og tilfredsstillende kravene til cand.mag. samt ha

min. 2 års yrkeserfaring fra helsevesenet.

Høstsemesteret omfatter følgende emner: EDB, statistikk og programpakken Epi-Info, Epidemiologi og medisinsk statistikk, Forebyggende helsearbeid, Organisasjon og ledelse, Klinisk epidemiologi, Helseøkonomi og beslutningsteori og Miljørettet helsevern.

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

**Søknadsfrist: 20. februar 1997**

## Nærmere 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 Studieavdelingen, 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 spesialist i allmennmedisin og har arbeidet i Bogstadveien legegruppe siden 1981. Siden 1993 har hun i tillegg arbeidet med prosjektet «Forskrivning og bruk av vanedannende medikamenter i primærhelsetjenesten».*

Studien «Forskrivning og bruk av vanedannende medikamenter i primærhelsetjenesten» vil bli presentert. Studien tar utgangspunkt i en stor reseptregistrering av alle B-resepter ekspedert på samtlige apotek i Oslo og Akershus i en to måneders periode i 1993. Ialt 93.000 resepter ble registrert. Registreringen viste store variasjoner i legers forskrivning av benzodiazepiner (BZD). Tidligere studier har vist det samme, men bakgrunnen for de store variasjonene er ikke undersøkt. Det er få leger som står for en stor forskrivning. Reseptregistreringen dannet

grunnlaget for den videre utvelgelse av intervjuobjekter.

## Studieopplegg

Formålet med studien er å undersøke hvordan forskrivning praktiseres, dvs. diagnostikk, beslutningstaking, forventninger, oppfølging, behandlingsvarighet og avslutning. Det er foretatt en kvalitativ intervjuundersøkelse av primærleger 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. Storforskriverne er ikke én gruppe.

I gruppen finnes alt fra den litt utbrente, uinspirerte solopraktikeren med liten deltagelse i «det faglige liv» til den vel ansatte kollega med større tillitsverv. Alle virker velfungerende, og det er ikke funnet noen som verken oppgir eller åpenbart bærer preg av eget misbruk, utbrenthet eller liknende. Det ser ut til å være veldrevne kontorer med moderne utstyr.

I analysen av intervjuene kom det selvsagt fram forskjeller mellom legene, men like iøyenfallende var de store likhetene mellom gruppene leger. Dette gjaldt spesielt generelle holdninger og beskrivelse/opplevelse av hvordan det er å være forskrivende lege. Alle leger 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 at de nærmest gjør noe ulovlig ved å forskrive. Vissheten om at myndighetene stadig driver tilsyn, oppleves av mange som stressende. Alle legene fremholdt restriktiv forskrivningspolitikk som et ideal, men vanskelig å følge i daglig arbeid. Det er en sterk tendens til å kontinuere pågående forskrivning, selv om dette klart er i strid med retningslinjene. 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 ansatte kolleger med velrennomerte praksiser forsvare eller leve med en høy forskrivning?

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

For å overleve i daglig praksis med stort arbeidspress, må man ta i bruk arbeids- eller overlevelsesstrategier. En av de viktigste strategiene er å tilskrive ansvar, altså å plassere ansvaret et sted, og helst «et annet sted». Hvis ansvaret kan plasseres bort eller deles med

andre, kan høy forskrivning lettere legitimeres. En av hovedstrategiene er arv. Nesten alle pasienter er overtatt fra «en annen lege». Forskrivning til eldre pasienter er ganske allment akseptert, til tross for at dette går klart på tvers av retningslinjer og nyere viten. En annen hyppig brukt strategi var å velge å være «naiv», dvs. aktivt å velge naiv holdning til det pasienten sier og ikke penetrere mistanker om salg, overforbruk og misbruk. Pasientens rett til selv å bestemme over sin egen situasjon ble understreket. Dette fungerer godt og i forståelse med demokratiske holdninger og pasientautonomi. Legens ansvar synes begrenset til å telle tabletter forskrevet pr. måned eller uke med liten oppmerksomhet for hvordan, til hvem og for hva medikamentene blir forskrevet.

Mange leger har stilltiende kontrakter med pasienter om forskrivning til fast bruk med faste intervaller. Flere storforskrivere uttalte at disse kontraktene hadde utviklet seg over tid, og at de var et resultat av lenge pågående forskrivningsvaner. Avtalene var

basert på gjensidig forståelse og tillit mellom lege og pasient og ga legene den nødvendige gratifikasjon. De var aldri skriftlige.

Forskrivningsrutinene og det i det hele tatt å ha rutiner for forskrivning varierte mellom legene. I de fleste praksiser kunne pasientene gå direkte til hjelpepersonell med resepter. Selv om det er legen som må undertegne resepter, ble ansvaret for å vurdere forbruket delegert til hjelpepersonell. 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 forskrivergruppene, men en sum av små forskjeller som tynger i vektskålen. Når en systematisk tendens i alle valg på alle trinn i prosessen fra indikationsstilling til ferdigskrevet resept legges sammen, blir resultatet en høy forskrivning.

*Trine Bjørner Dybwad  
Institutt for allmennmedisin  
Pb. 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

Velkomen hit, på inspirasjonen  
den tek me med - til konsultasjonen  
eg fann, eg fann - men må bruke  
veff  
eg er Askeladden på Internett

Hå, hi så knípsar eg så med fingren  
og safí huskar eg opp i vinden  
eg stundom trallar og stundom  
kved  
så færkje grådisen tak på meg

(Øs.: kvedingen kan være alternativ til Fontex!)

# Tvangsalliansen

Tekst Siri Steine



*Siri Steine, 44 år. Etter mange år i allmennpraksis og et år i psykiatri har jeg siden 1989 vært ansatt ved Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag i Oslo, først som stipendiat og fra 1.8.96 som førsteamanuensis. Jeg tok medisinsk doktorgrad i 1994. Siden 1986 har jeg vært legekyndig medlem i Kontrollkommisjon for psykisk helsevern i Buskerud. Mange år i forskjellige roller, som innleggende lege, mot-takende lege eller kontrollinstans, har gitt næring til mange refleksjoner. Denne artikkelen er basert på et foredrag som ble holdt på Primærmedisinsk uke i Oslo høsten 1996.*

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 flåsete 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 tvangsmedisinering.

Så har jeg sittet som legekyndig medlem i en psykiatrisk kontrollkommisjon i 10 år. I denne tiden har jeg snakket med et stort antall tvangsinnlagte pasienter, behandlet mange klagesaker og lest psykiatriske journaler, i metervis, med innleggelsesbegjæringer, tutorerklæringer, innleggelsesvedtak og epikriser. Med status som en uavhengig klageinstans har jeg fått ta del i manges opplevelser rundt innleggelsene, 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 psykiatriske innleggelse i Norge skjer med hjemmel i paragrafene 3 og 5. I mitt kontrolldistrikt utgjorde disse paragrafene hele 77% av antall innleggelse. Ettersom lettere avdelinger oftere har vært salderingsposter når budsjetter skal overholdes og innsparinger gjøres, er det ikke uventet at andelen slike tvangsinnleggelse ser ut til å være økende.

Ordet tvang har jeg et dårlig forhold til. På engelsk brukes gjerne begrepet «Compulsory», som på en måte er litt videre fordi det også kan tolkes som pliktig. Som for eksempel ved påkrevet fremmøte til en undervisningssituasjon. En plikt er nær knyttet til det å være voksen, stå oppreist, ta ansvar, ikke alltid like morsomt eller behagelig, men likevel.

Det norske ordet tvang prøver

jeg å unngå å bruke, og skulle gjerne sett det strøket ut av lovverket. Det gir meg umiddelbart et bilde av solid maktutøvelse på den ene siden, og total underkastelse på den annen. Tvangsauksjon for eksempel, assosierer jeg med gamle dagers salg av alt innbo og løsøre på kirkebakken mens mor og åtte sultne unger duknakket slepte sine barføtte bein mot fattighuset, med bare en liten klesbylt 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 sydentur på det offentliges regning.

Hvis dere skulle si til meg at dere, med hjemmel i ferielovens paragraf 12, annet ledd, om tvangsrekreering av trøtte forelesere, med øyeblikkelig virkning sender 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 slept opp flytrappen, trinn for trinn.

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

Allianse er på den annen side et hyggelig ord. Dessuten er det et veldig moteriktig ord, en målsetting som vi tilstreber, i møtet med våre pasienter. En allianse bygger på samhandling mellom minst to parter, med elementer av kommunikasjon, gjensidig respekt, og forståelse. Allierte slår sine styrker sammen, dessuten vant de allierte også krigen. Det borger for hvor viktig det er å alliere seg med noen, i alle livets 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 allierte, 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 innleggelsessituasjoner. 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 vagabondert, 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. Alliansoppbyggingen gikk trådt, hun snakket mye og fort sånn generelt ut i luften, og parterte mine antydninger om oppstemthet med om ikke det var jeg som var noe nedtrykt og nervøs? Hun var saklig uenig, men ikke overrasket da jeg antydte en innleggelse etter paragraf 5, og hun passet på at jeg i innleggelsesskrivet, 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.

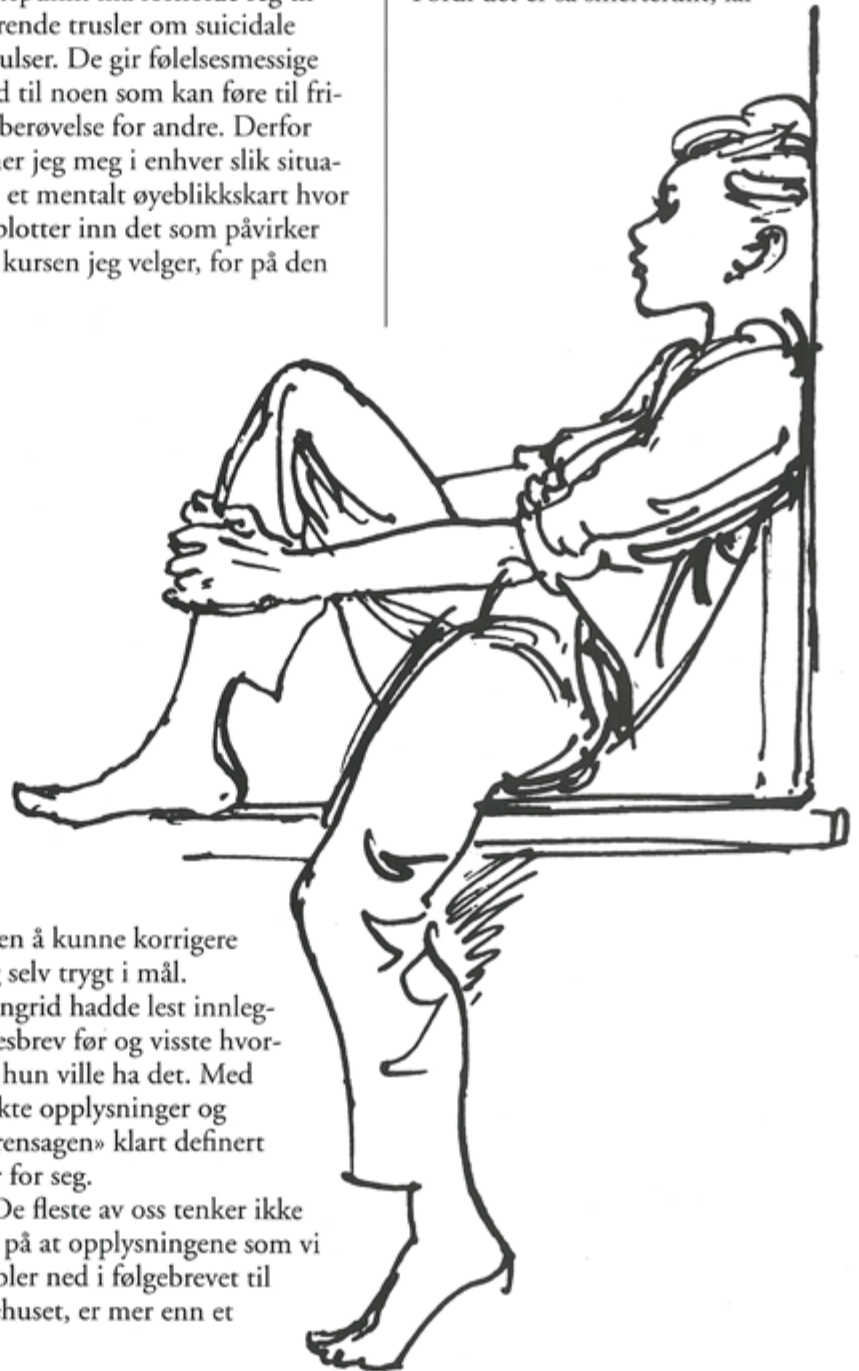
Ingrid hadde vært innlagt før og hadde utvilsomt laget seg sine egne strategier. I sin lett utlevde frynsethet seilte hun inn på psykiatrisk avdeling med politimennene på slep som henholdsvis sjåfør og lakei. Hun erkjente kjapt alliansen mellom politiet og meg og tidligere erfaringer hadde sikkert lært henne at det var lite fruktbart å diskutere med oss. Ved repeterende å sparke ballen over på min banehalvdel tok hun likevel til en viss grad kontrollen over situasjonen og dermed vare på sin verdighet.

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

den bare til pasienten. Vi påvirkes av og samhandler med pårørende, offentlige etater som politi eller sosialkontor, den psykiatriske avdeling. Vi er takknemlig for å få tilgang på komparentopplysninger, og det er ofte en lettelse å få lov til å forholde seg til omkringstående mennesker som oppfører seg adekvat. Snubletråden er at vi kan komme til å beskrive hører der det bare har vært sett noen fjær.

Men allianser er mer enn kunnskapsinnhenting. Jeg synes synd på moren med den utagerende sønnen og føler med ektemannen som ved ethvert ekteskapelig knutepunkt må forholde seg til jamrende trusler om suicidale impulser. De gir følelsesmessige bånd til noen som kan føre til frihetsberøvelse for andre. Derfor tegner jeg meg i enhver slik situasjon et mentalt øyeblikkskart hvor jeg plottes inn det som påvirker den kursen jeg velger, for på den

notat til mottagende lege, det er et viktig dokument i pasientens psykiatriske journal og et dokument, som blir gjenstand for kritisk gjennomlesning senere. Ofte anfører pasientene i klagesakene at opplysningene i innleggelsesskrivet ikke er korrekte. Ikke sjelden oppleves dette mer støtende enn selve innleggingsbeslutningen. «Hvordan kan legen skrive at jeg hadde oppført meg truende overfor naboen? Han var jo ikke der!» Det er mitt personlige inntrykk at pasientene ofte har noe rett. Men pasientenes smerte blir på en måte vår beskytter, eller hvilepute om man vil. Fordi det er så smertefullt, lar



måten å kunne korrigere meg selv trygt i mål.

Ingrid hadde lest innleggelseskort før og visste hvordan hun ville ha det. Med direkte opplysninger og «hørensagen» klart definert hver for seg.

De fleste av oss tenker ikke nok på at opplysningene som vi skribler ned i følgebrevet til sykehuset, er mer enn et

man unøyaktighetene og de skjeve fremstillingene heller ligge. Man gjør ikke korstog for å få endret journalopplysninger som «Hun sto naken og skrikende uti 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 selvbilde og nedslitt 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 trengte 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 annenlinjens murer, derfor selekterer og aggreverer vi i det godes tjeneste, enten det gjelder å få en pasient til Radiumhospitalet eller inn på akuttavdelingen på Gaustad, til støtte for noen, men altså sterkt støtende for andre. Ofte er det mange som er med på hviskeleken før opplysningene kommer på papiret svart på hvitt som evige minnesmerker i pasientens journal. Politimannen som fulgte Ingrid til meg hadde akkurat kommet på vakt, dessuten var hun innbrakt av noen andre tjenestemenn 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 tutor som formelt begjærer pasienten innlagt. Men det er legens ansvar å velge hvem som til enhver tid skal være tutor. Og dette valget kan bli gjenstand for kritikk, både fra pasienten, og fra rettssystemet, som kontrollkommissjonen er en del av. Det holder ikke lenger å velge det som synes greiest i øyeblikket. Lov og forskrifter sier ganske klart at nærmeste pårørende er

førstevalg, som ektefeller, foreldre, barn eller søsken, jo nærmere jo bedre.

To eksempler illustrerer imidlertid kompleksiteten:

En ung kvinne med tre mindreårige barn ble innlagt etter paragraf 3 i forbindelse med et suicidalforsøk, med ektemannen som tutor. Det som hadde utløst krisen var utroskap fra mannens side og spørsmål om separasjon og fordeling av barna. Klageren påropte seg senere inhabil tutor og urettmessig innleggelse, og mente at ektemannen hadde personlige motiver for å ønske henne innlagt og stemplet som syk med derav redusert omsorgsevne. Klageren fikk ikke medhold i hovedpunktet, men det ble konkludert med at valg av tutor her var uheldig ettersom legen var klar over situasjonen på innleggelsestidspunktet, og pasientens mor hadde vært lett tilgjengelig.

Offentlige etater kan også komme 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 nabo, foranlediget selv legetilsyn da naboen oppførte seg underlig etterhvert og ga offentlig tutel ved innleggelsen i en psykiatrisk avdeling. Her er mange mulige snubletråder!

Ingrid selv hadde ingenting imot å ha politiet som tutor, «du får gjøre det du ikke kan la være», og det var praktisk og greit fordi hennes eneste datter bodde langt unna. Men jeg tror hun var godt fornøyd med å bli spurt og informert. Forbausende mange pasienter vet faktisk ikke hvem som står som tutor 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 formidle. 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 skyldfølelse. Var fylt av hvor fryktelig det er å ta friheten fra et menneske. Men ambivalent maktutøvelse 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 for enhver paragrafinnleggelse, har jeg oppdaget at det er mye omsorg knyttet til det å ta folk til de grader på alvor at man tar fra dem råderetten for en stund. Det går an å stå støtt også i egen usikkerhet, klarhet og tydelighet gir trygghet, og det behøver ikke være en udelte negativ opplevelse at noen tar ansvar for ens ve og vel.

Mange pasienter «glemmer» hendelsene som skjedde innleggelsesdagen. Noen husker veldig selektivt; «plutselig sto 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 ferdig med det.

Som leger har vi nøklene til noen av de rommene hvor opplevelser farges, men ikke til alle og vi skal vokte oss vel for å ta totalansvaret for vonde eller mindre vonde minner på våre skuldre alene. Men ved å samhandle, både med pasienten og andre, innenfor pasientenes eget synsfelt, så kan vi oppnå å redusere noe av mistenksomheten, skammen og tabuiseringen som for mange pasienter bidrar til å gjøre sykdomsutbrudd om til permanente traumer.

Siri Steine  
Seksjon for allmennmed.  
Ullevål sykehus  
P.B. 1130 Blindern  
0317 Oslo

Tema: Videre/etterutdanning

# «MILJØRETTET HELSEVERN»

## Hva er det?

### Miljørettet helsevern



Høgskolestiftelsen på Kjeller  
i samarbeid med  
Sykepleierutdanningen ved  
Høgskolen i Akershus

**ET HØGSKOLESTUDIUM SOM KVALIFISERER FOR MILJØRETTET HELSEARBEID INNEN BL. A. KOMMUNE OG BEDRIFT**

**10 VEKTTALL**

«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 halvt år (heltid) med to studiesamlinger, 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 deltid over ett år.

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

Studiet er også egnet for andre med høgskole- eller universitetsutdannelse. 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 helseproblemer. Vi har fått «oppskrifter» for å kunne bidra til helhetlige løsninger, f.eks. innen HMS-arbeid.

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

Det skulle være nok av oppgaver å gå løs på etter dette studiet: enten på den arbeidsplassen du er, i bedriftshelsetjenesten, 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 koster så dette? Dette avhenger selvfølgelig om du bor i nærheten av Oslo / Lillestrøm eller om du kommer langveis fra. Høgskolestiftelsen kan gi deg tips angående rimelige hybler. Studieutgiftene + 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

Tekst: Flemming Bro



Bro Flemming er 39 år gammel, er praktiserende lege på deltid og ansatt som amanuensis ved Institutt for Allmenn Medisin ved Århus Universitet. Forskningsmessig har han arbeidet med antibiotikaforbruk i almen praksis og infeksjonssykdommer. Han har blant annet gjennomført undersøkelser om allmenn praktikerens håndtering av kvinner som klager over utflod, belyst ut fra en epidemiologisk og mikrobiologisk synsvinkel, men også ut fra en synsvinkel som tar utgangspunkt i vurderinger av hva normalitet er for noe.

Klager over utflåd forekommer hyppigt i almen praksis. Som følge af mangelfuldt kendskab til vaginas normal- og patofysiologi og på grund af de sikre diagnostiske metoder har utredning af ætiologi og behandling af kvinder med fluor vaginalis i almen praksis ofte hvilet på et usikkert grundlag.

Essenser av foredrag og diskusjon under kurs på Primærmedisinsk uke -96.

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 altid, at det gør det lettere at være praktiserende læge.

På kurset diskuterede vi et tilfælde med en yngre kvinde der klager over «alt for meget udflåd». Efter nøje undersøgelse finder man ved dyrkning candida. Der var blandt kursdeltagerne enighed om et isolert fund af candida ikke bør føre til behandling. Dette understøttes af resultater jeg kunne præsentere, der viste at man i almen praksis hos ca. 1/4 af kvinder uden klager over utflåd kan påvise svamp. Dette sammenholdes med det gunstige spontane forløb hvor generne er bedre eller helt forsvundet hos flertallet efter 1 uge, støttede synspunktet at candida ikke nødvendigvis skal behandles. Patienten kan informeres om det forventede spontant forløb og sammen med lægen kan man vælge at behandle eller se an.

I forbindelse med diskussionen gennemgik vi hvorledes den nor-

male vaginal sekretion varierer hos den enkelte kvinde over tid. Ligeledes er der stor forskel på, hvad der er fysiologisk normalt hos den ene og den anden kvinde og vi konstaterede betydningen af dette for lægens fortolkning af de præsenterte symptomer og sine egne objektive fund. Figur 1, giver en grafisk fremstilling af hvorledes vaginal sekretion varierer og hvorledes den enkelte kvinde har en tærskel for hvornår den opleves som udtryk for noget unormalt og dermed tolkes som et symptom på at noget er galt. Det blev fremhævet, at det er afstanden mellem den vanlige vaginal sekretion og normalitetstærsklen der er afgørende for, hvor let en kvinde har til at opleve symptomer snarere end den faktiske mængde vaginal sekretion. Lægens vurdering af kvindens normalitetstærskel i forhold til hendes vanlige sekretion er afgørende for håndteringen af problemstillingen.

Sluttelig diskuteredes på kurset det problematiske i at undersøge for chlamydia i en lav prævalens population. Med lav prævalens (eksempelvis 5%) vil man med de fleste undersøgelsesteknikker have det problem at op mod halvdelen af tilfældene hvor mikrobiologens svar lyder, at der er påvist chlamydia vil være falsk positive (tabel 1).

## Fortolkning af test resultatet

	Test positiv	Test negativ	Ialt
Chlamydia positiv	95	5	100
Chlamydia negativ	95	1805	1900
Ialt	190	1810	2000

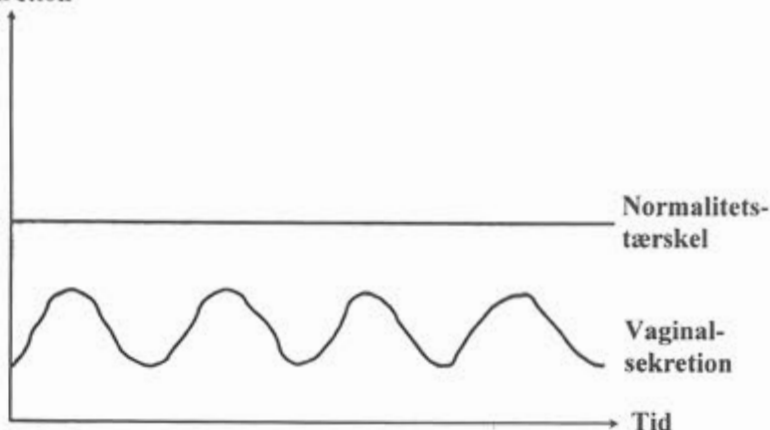
Prævalens af Chlamydia: 5%

Test sensitivitet: 95%

Test specificitet: 95%

Falsk positive: 50% !

Vaginal-  
sekretion



Nye teknikker kan nedbringe problemets omfang, men ikke eliminere det. Kursisterne diskuterede hvorledes problemet med falsk positive håndteres i forhold til informationen af kvinden 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 falske positive og negative svar er i sig selv et stort fremskridt.

*Flemming Bro  
Institut for almen medicin  
Aarhus Universitet  
Høegh-Guldbergs gade 8  
8000 Århus*



Stáhta  
dearvasvuodagozáhus

## BOAHKUHEAPMI

MÁNÁID- JA NUORAI DAGIS



### **BOAHKUHEAPMI**

De viimmat lea boahán oktanaga sámegillii ja dárogillii rávagihpa dearvvašvuoda hálddahušas. Sávan ahte dát šattašii stuorra ávkin buot sámegielalaččaide, ja maiddái ovdamearkan eará hálddahašusaide min riikkas, dadjá Ovla Máhtte.

# Medisinens makt og avmakt

Et eventyr av Berit Tveit

Tekst: Berit Tveit



F. 1931. Cand.med. Bergen 1956. Gift, 3 barn, 5 barnebarn. Allmennpraksis i Namsos 1958–66. Fyllingsdalen 1971–. Allmennpraktiker DNLF 1974, spesialist i allmennmedisin 1985. Byggeleder for to legekontor og to boliger. Skriver ord på papir og PC. Motto: «Når intet annet hjelper – lag et eventyr.»

Det var engang en medisinmann, 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 ventetid. Medisinmannen ventet på at barnets febermedisin skulle virke, feltskjæreren ventet på at husbonden ble full nok til at byllen hans kunne skjæres, og den kloke kona ventet på at et nytt barn skulle drives ut.

Tjenestejenta visste ikke bedre, i all sin ærbødighet for disse kloke folk, enn at hun bød dem alle tre inn i storstua, og satte frem både mat og vin. Det var kaldt i kroke-

ne, så de tre måtte sitte nær hverandre foran peisen. De likte det så måtelig, men etterhvert gjorde varmen og vinen sin vante virkning.

Først sa kona: «Jeg hadde ventet at barnet kom fortere – det er hennes andre. Kanskje jeg må bruke meldrøyekoket».

Medisinmannen ville ikke være dårligere, så han sa: «Det er sibilli og rhonci over barnets lunger – og det er dyspnoisk – feberen går nok ned med ipecacuanha, men jeg vet ikke om barnet er sterkt nok til å få opp alt expectoratet».

Feltskjæreren hostet beskjedent, og sa: «De hadde prøvd med grøtomslog og edderkoppspinn, men jeg så straks at byllen satt for dypt og var for stor – kniv må til – pusset fyller nok et bekket. Mannen er dårlig og har feber – likevel tar det lang tid før han sovner av brennevinet».

Det ble en lang pause, så sa medisinmannen: «Etter min erfaring virker edderkoppspinn dårlig – både på sår og byller».

Feltskjæreren og den kloke kona sa: «Nei, noe så dumt som edderkoppspinn» og de sa det så sint, og i slik perfekt takt, at medisinmannen ikke kunne bare seg for å le. Han tok seg i det fort, men oppdaget at både feltskjæreren og kona lo, de også.

De tok en felles skål «Mot edderkoppspinn», 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 å koke sakser og tenger i, til å vaske barselkona, eller såret, og mine egne hender. Lunket vann til omslag og vask av barnet. Kaldt vann for hete panner, og for

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

Feltskjæreren nikket langsomt, flere ganger, og medisinmannen sa ettertenksomt: «Av og til tror jeg nesten at det er vasken som virker, og ikke urtene 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?»

De to andre nikket igjen, taktfast og ettertenksomt. Den kloke kona smilte fornøyd. Så sa medisinmannen: «Det går an å bruke noen dråper i vannet, med sterk farge og lukt. Fra meget små og fine flasker.»

Feltskjæreren 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 sauefett – med tjære i. Ikke noe annet, selv om de tror det er trollsmurning. Den er brun og lukter ille.»

«Takk og takk,» sa medisinmannen. «Du kan bruke litt gentianaviolett i vannet, da blir alt så elegant blått!»

De andre lo, og kona grov i tasken sin. «Hvor var det nå jeg la dem – nå, der.» Hun dro fram en liten pakke. Inni lå noen små tørkede stilker. «Dette fikk jeg av en vidfaren urtekremmer. Han sa at planten het «Efedra vulgaris», og at kok av stilkene virket løsende på lungeslim. Jeg har prøvd, og det er sant. Men jeg vet ikke hvor jeg skal finne planten, de tørre stilkene er til liten hjelp. Vil du prøve på barnet? Eh, jeg forsto litt av det du sa, og hørte barnet hoste.»

Medisinmannen tok mot stilkene, reiste seg og bukket tak-

knemlig. «Efedra vulgaris – det er den vi kaller grønnstilk».

«Å, den!» sa kona. «Fins jo masse av den, der det er for tørt for andre planter – jeg skal sannelig plukke!»

«Jeg regner med litt rabatt,» sa medisinmannen, og kona nikket.

«Du snakket om meldrøye,» sa feltskjæreren, «hvordan virker det utysket? Jeg trodde det bare ødela kornet.»

«Ja, mange er døde av dårlig korn. Men litegrann, det får livmoren til å trekke seg sammen, og så kan blødningen stoppe, og riene blir gjerne bedre.»

Feltskjæreren 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 drømte ille. «– og de andre mannfolkene er på skogen, så ikke vet jeg hvordan dette skal gå.»

Den kloke kona reiste seg, brettet ermene opp og viste fram kraftige armer. «Fødselshjelp gir gode muskler, jeg kan holde ham! Må bare se innom barselkona.»

Medisinmannen kremtet, kan følte seg liten og svak. Men med ett kom han på at han hadde noe i tasken sin, han og. «Her er noen opiumsdråper – hvis du får seks av dem ned i halsen hans, blir han nok rolig, til og med når du skjærer.»

Feltskjæreren tok glad imot. «Har ofte tenkt på opium, 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 nå skulle han koke tryllesaft til barnet.

Kort tid etter brølte feltskjæreren lykkelig: «Kom med varmt vann! Mye! – og brenn alt dette!» Husbonden lå så rolig at feltskjæreren fikk laget et riktig pent snitt, og den kloke kona fikk lite bruk for armene sine. Men pusset sto

under slikt trykk at det sprutet – både over feltskjærerenes skjorte og sengeklærne.

Medisinmannen ba dem komme til barnet. «Slimet løsnet, men han klarer ikke hoste det opp, så



en må holde ham oppned og den andre banke på brystet.» Feltskjæreren holdt, og kona banket og medisinmannen pustet luft inn i barnet innimellom. Tilsist var lungene tomme, og barnet sov fredelig.

Den kloke kona gikk nå til barselkvinnen, og de to mennene fulgte etter. Så ble de to mennene ganske bleke – ingen av dem hadde visst hvordan kloke koner undersøker fødekvinne. «Hun er så sliten nå, at hun orker ikke presse ordentlig, bare vri seg,» sa kona bekymret. «Og ungen har beina først! Da tør jeg ikke legge meg på magen hennes heller. Hva med noen dråper opium her også, medisinmann? Jeg trenger så at hun er roligere.»

De klarte å få i kvinnen noen dråper. Da ble hun snart rolig, men den kloke kona ba feltskjæreren holde henne. «På fanget – og så en arm om hvert lår. Det skulle vært faren, men nå får det holde med deg.»

Kona grov inne i kvinnen, og fant noe som hun halte i. Feltskjæreren holdt imot.

Beina til ungen kom ut, så reiste kona seg, løftet og vred på ungens hofter og der kom hodet. Ungen var blå, og skrek ikke.

Kona sa: «Du må visst til med puste-kunstene dine her også, medisinmann, jeg har nok å gjøre her.»

Medisinmannen pustet og pustet. Ungen ble først lyserød, så pustet den selv, og endelig skrek den lystig. Imens snakket kona og feltskjæreren ivrig sammen. Han hadde hentet syskrinet sitt, og de sydde kvinnen pent sammen.

«Må bli noe rift når du herjer slik,» sa han trøstende.

«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 klesskap. Tjenestejenta satte fram mat foran peisen igjen, tok husfruens nøkler og hente fram rød sterkvin, mandler og rosiner. For hun skjønte det hadde stått om livet for husbondfolket.

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—»

Feltskjæreren avbrøt ham: «Du sa at vi kunne bli rike. Jeg begynner å tro på deg. Et spinn av gull, hva?»

Den kloke kona sa: «Mer enn det. Et godt nett å berge folk med. Det er kanskje dumt, 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 alderdommen, vi og,» sa feltskjæreren.

«Mye!» sa medisinmannen. «Jeg har fem levende unger, og en på vei, den skal du ta imot, kone! For det var to som ikke levde.»

«Skål!» sa feltskjæreren. «Skål for vann, luft og sterke armer.»

Berit Tveit  
Boks 3555  
5033 Fyllingsdalen

# Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

brev fra per ferien

## En helsesøsters refleksjoner over et prosjekt



Statens helsetilsyn ønsker å «kartlegge» og beskrive det forebyggende helsearbeid som drives i dag via sitt prosjekt «Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten». Man skal utarbeide nytt veiledningsmaterieil for tjenestestasjonene. Prosjektet er ferdig i 1,5 år og beregnes ferdig i januar 1997. Prosjektet kan resultere i store forandringer for den nåværende ordningen. Som helsesøster har jeg derfor en del kommentarer til prosjektbeskrivelsen.

**1. Ubalansert fordeling i prosjektets arbeidsgrupper:**  
Innen helsestasjons/skolehelsetjenesten arbeider helsesøstrene som en helhet og - for meg på nå - en velkjent yrkesgruppe for det meste kvinner. Helsesøstrene har lenge tid vært de anstallnings- og dominerende fagpersonene innen den forebyggende helsetjenesten i Norge. Ved løsning av prosjektbeskrivelsen til Statens hel-

setilsyn finner jeg det derfor ytterst merkelig at helsestasjonens representanter tilsvarende i dette prosjektet for dem så viktige prosjekt, også for dem så viktige prosjekt, har ikke den praktiske virkelighet som de har hatt og kan være med sinns, da helsestasjonens representanter er i klar minoritet i arbeidsgruppene, hvilket kan få følger for objektiviteten og prosjektets relevans.

**2. Videreutvikling av helsestasjonens fremtidige arbeid:**

Helsetilsynet har i sin «situasjons- og problembeskrivelse» over helsestasjonens arbeidsområder klart det utvilsomt å ikke en eneste gang nevnt noen av de mange grunner som har vært og er årsak til at helsestasjonene som ikke er yrkesberednings- og skolehelsetjenesten, som f.eks. helsestasjonene, ikke har en slik, hvor jobber de, hvilke løsninger har de? - helse-

personell (er vi ikke alle det?), «fagpersonell» (hvilket fag, hvem?)... Det står meg at prosjektledelsen gjennom å være så opptatt med hensyn til tittel, priser å få meg som helsesøster å føle at jeg ikke lenger er ønsket i dagens eller fremtidens helsestasjons/skolehelsetjeneste - og det var vel ikke meningen, eller...?

Tvert i mot beskriver prosjektledelsen i sin beskrivelse som en utvalgte andre yrkesgrupper som vil kunne bevare seg inn i tjenesten, bl.a. sosionomen, psykologen, familieterapeuten, ergoterapeuten, barnevernsrådgiveren, førskoleleeren osv. Yrkesgrupper som vi helsestasjonssamarbeider med til daglig.

**3. Videreutvikling av helsestasjonens arbeid:**

Det har i den senere tid blitt hevet det er viktigere deler av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det gjelder i første hånd vaksinasjon av sped-, små- og skolebarn, men også medisinske undersøkelser av de voksne. Disse

semyndigheter skal utgi nye retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I løpet av prosjektperioden skal tre arbeidsgrupper utarbeide grunnmaterieil for veiledningsmaterieil og nytt helsekort for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I veiledningsmaterieilet vil det bli fokusert på innhold og metoder for medisinsk screening, helseundersøkelser, vaksinasjoner, helsefremmende og forebyggende arbeid. Andre områder som også er viktige deler i veiledningsmaterieilet er administrasjon og ledelse, internkontrollsystem og kvalitetsforbedring.

Ved opprettelse av arbeids-

gruppene har det vært mange hensyn å ta. Det har blitt nøye gjennomdrøftet hvilke yrkesgrupper som ville være relevante. Vi har valgt å ta utgangspunkt i det kjernepersonellet som idag utgjør det store flertallet i virksomheten samt komplettert med yrkesgrupper som vi mener vil være viktig for å kunne dekke et så omfattende fagområde. Av totalt 30 fagpersoner innen 7 forskjellige yrkeskategorier har 12 av deltakerne helsestasjonutdanning. Det er den største faggruppen i prosjektet. Prosjektet har ikke som mål å omtale forholdet mellom de forskjellige profesjonsgruppene. I forskrift for sykepleietjenesten i kommunene står det at helsesøstrene skal ansettes for å dekke behovet for de

spesielle sykepleiefunksjoner i forbindelse med forebyggende helsearbeid. I § 3 i forskrift om helsestasjonsvirksomhet som omhandler personell/ansvar sies det at helsestasjonsvirksomheten i første rekke omfatter tjenester fra helsesøstere og lege. Av andre personellgrupper nevnes jordmor, fysioterapeut, tannlege, sosionom og psykolog. Det er det gjeldende regelverket som blir lagt til grunn for prosjektet. Den bebudete Stortingetsmelding om den lokale legetjenesten bør kunne forventes å gi viktige avklaringer for den framtidige helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Prosjektet vil heller ikke gi noen føringer om hvordan kommunene skal organisere sitt tjenestetilbud. Kommunene står fritt til å organisere tjenesten utifra befolkningens behov og lokale forhold.

Det nasjonale vaksinasjonsprogrammet er ikke eksplisitt omnevnt i prosjektbeskrivelsen men hører naturlig inn under ansvarsområdet for arbeidsgruppen som utreder medisinsk screening og helseundersøkelser. Vaksinasjon av barn og unge blir ivare tatt på en svært tilfredsstillende måte idag, og det skulle derfor ikke være behov for å overføre dette arbeidet til andre deltjenester eller yrkesgrupper.

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

Ragnar Solbraa Bay  
Lena Engfeldt  
Statens helsetilsyn  
Pb. 8128 Dep.  
0032 Oslo



## Hva er god lege-etikk?

### Helse og sykdom

Taken Lars Tjensvoll



Lars Tjensvoll er stud med fra 1984, spesialist i allmennmedisin fra 1991. Jeg har vært i den offentlige tjenesten i 15 år og er nå i praksis som helsearbeider i et privat sykehus. Han er utdannet lege og har arbeidet med sykepleie og helsearbeid i mange år.

...for å finne ut hva som er årsaken til sykdom og hva som kan gjøres for å forebygge sykdom. Det er viktig å forstå at sykdom ikke er noe som bare skjer, men at det er mange faktorer som kan bidra til å utvikle sykdom. Dette er det vi kaller for et helsetilstand. Det er viktig å forstå at sykdom ikke er noe som bare skjer, men at det er mange faktorer som kan bidra til å utvikle sykdom. Dette er det vi kaller for et helsetilstand. Det er viktig å forstå at sykdom ikke er noe som bare skjer, men at det er mange faktorer som kan bidra til å utvikle sykdom. Dette er det vi kaller for et helsetilstand.



Dette var opprinnelig et brev til deg som ble trykket i utposten. Målet var å bringe med noen tanker om helse og sykdom, og å se på det som et filosofisk spørsmål, og å se på det som et spørsmål om helse og sykdom. Det er viktig å forstå at sykdom ikke er noe som bare skjer, men at det er mange faktorer som kan bidra til å utvikle sykdom. Dette er det vi kaller for et helsetilstand.

I utposten og andre utstillinger blir vi oppmerksomme på at det er mange faktorer som kan bidra til å utvikle sykdom. Det er viktig å forstå at sykdom ikke er noe som bare skjer, men at det er mange faktorer som kan bidra til å utvikle sykdom. Dette er det vi kaller for et helsetilstand.

må filosofen Popper gjerne mene at all vitenskap er hypotetisk og gjetninger. (Meg bekjent er det ikke hypotetiske gjetninger 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 kollokalt meget idag om hva som forårsaker sykdom og lidelser. La oss bruke denne kunnskap også i forebyggende hensikt. Jeg er spesielt opptatt 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 ungdom, få hjerteinfarkt-pasienten til å stumpe røyken og pasienten med pankreatitt til å kutte ut alkoholen. LT må gjerne kalle dette moralisme. Jeg kaller det god lege-etikk hvis jeg har greid å få bort alkoholen fra et belastet hjem, selv om kanskje alkoholnyteren selv ville foretrukket 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 Solbakk (m.fl.) å drive forebyggende helsearbeid slik at ressurser frigjøres fra et overbelastet helsetilstand. Idag er det mange pasi-

entgrupper og trengende som ikke får på langt nær den service de har krav på. En hovedgrunn til dette er at livsstilssykdommer 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 liggedøgn per år ved norske sykehus.

LT må gjerne hevde at røyking ikke er den opprinnelige årsak til lungekreft. Men har burde sette seg inn i karsinogenesen ved lungekreften og de mange karsinogene stoffer i tobakksrøyken. Rådgivende gruppe for EU-kommisjonen når det gjelder kreftstrategien 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 selvvalgte livskvalitet, men hensikten er å få ned frekvensen av kreftsykdommer 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 det er tydelig at flere trenger å tenke lege-etikk før de erstatter sunn fornuft med filosofisk vrøvl.

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

Carl Ditlef Jacobsen  
Sentralsykehuset i Akershus  
1474 Nordbyhagen

# Ausma Ballode allmennlege i Latvia



## Latvia: – helserelaterte fakta – tall fra 1994<sup>1</sup>:

- Befolkning 2.6 mill.  
(Negativ befolkningsstilvekst, – 1.9% per år).
- 26% av befolkningen er pensjonister. Blant de land med den høyeste andel i verden.
- Utgifter til helse: 4.2% av BNP offisielt. (Den reelle prosentvise andel er lavere).
- Gjennomsnittlig forventet levealder: 60.7 år for menn (sunket med cirka fem år siden 1990) og 72.9 år for kvinner. (Bare Russland har lavere forventet levealder for menn av de tidligere sovjetrepublikkene). Alkohol er en viktig faktor.
- Barnedødelighet 15.5 per 1000 fødte.
- Aldersstandardisert dødsrate per 100.000: menn: 2156.7, kvinner: 1014.9. (I Norge til sammenligning, menn: 949, kvinner: 568). Listens tre på topp: 1. Hjerte karsykdommer, 2. Skade, ulykke, forgiftning (les alkohol), 3. Maligne lidelser.
- Antall leger: 29 per 10.000 innbyggere.

Brevet baserer seg på et skriftlig materiale fra Dr. Ausma Ballode. Det er tilrettelagt på norsk og utvidet med opplysninger om helse-relaterte fakta fra Latvia av Øivind Juris Kanavin, Prosjektleder Norge Latvia Helseplanprosjekt.

<sup>1</sup> «Health in Latvia» Yearbook of Latvian Health Statistics 1995. Medical Statistics Bureau, 5 Nīcāles street LV 1035 Riga Latvia 1.

Hvordan organisere små utdanningsgrupper som ledd i etterutdanning av allmennleger? Dette var tittelen på et kurs Den norske lægeforenings pedagogiske avdeling ved Bjørn Hoftvedt og Åse Brinkmann Hansen arrangerte 8. – 11. juli i år i Tartu i Estland. Et samarbeidsprosjekt med den estniske allmennlegeforeningen. Kurset ble svært godt mottatt av kursdeltakerne, 30 i tallet. Ausma Ballode var en av fire deltakere fra Latvia. I følgende innlegg gir hun et kort innblikk i sin hverdag som allmennlege og tanker om fremtiden.

### Allmennmedisin, en trang fødsel

Allmennpraksis er en 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, brorparten av disse kan ikke fungere som allmennleger, men må arbeide i sine gamle stillinger. Det er økonomiske og lovmessige hindre i veien for at allmennlegene skal kunne praktisere. 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.

Som fra tidligere tider av, er det fremdeles slik at syke mennesker går direkte til poliklinikker der spesialister tar dem imot. På poliklinikken i mitt distrikt, Ogre cirka fem mil fra hovedstaden Riga, arbeider over 40 spesialister under samme tak. Min praksis er annerledes. Det er et slags helsesenter, etablert åtte år tilbake for arbeidere i et kooperativ, og ligger i utkanten av Ogre by. Jeg arbeider som eneste lege på heltid. Jeg ser

til et tusen arbeidere, de fleste av dem er kvinner. Mine pasienter er også fra området omkring kooperativet som bor i nærheten av helsesenteret. Sammen med meg arbeider en sykepleier og en laborietekniker. Gynekolog et tilstede en gang i uka. Der er også en tannlege og en massør.

Jeg har hatt lisens som allmennlege kun i ett år. Da jeg var uteksaminert fra universitet i Riga i 1983, startet jeg å arbeide ved poliklinikken i Ogre. Der jobbet jeg til sammen 12 år som indremedisiner. I 1995 avsluttet jeg et kursment for omskolering av spesialister til allmennleger. Kurset tok 3 måneder og drives i regi av allmennlegeforeningen i Latvia.

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

Det første kull allmennleger fra det medisinske fakultet utdannes i år. Undervisningen blir gitt av spesialister. De har heller ingen praksisplasser eller stillinger å gå til. De uten ambisjoner, velger å bli allmennleger sies det på fakultetet.

### Mine pasienter

Mens jeg arbeidet 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 sunt 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



Ausma Ballode på sitt kontor. Legg merke til blodtrykksapparatet. Det er apparatet anbefalt i NSAM's retningslinjer for blodtrykkskontroll. 30 stykker er fordelt på legekontorer i distriktet i Ogre fylke. Foto: Ausma Ballode



Primærhelseseminar i Ogre fylke. Alle kategorier helsearbeidere deltok på disse tre dagers seminarer (fem seminarer i alt). Blant foreleserne var mange lokale ressurser. Gjeste forelesere fra Norge deltok også. Bjørn Røyneland (første rekke midten), Sverre Lundevall (fjerde rekke, nummer to fra høyre), begge allmennleger, Ole Sverre Haga (ytterst til høyre i annen rekke), barnelege. Foto: Øivind Kanavin

skapt av den sosio-økonomiske situasjonen her.

Mange av mine pasienter er pensjonister, fattige mennesker med mange sammensatte problemer. (Pensjonsalderen i Latvia er 55 år for kvinner og 60 år for menn, til sammen utgjør de over

25% av landets befolkning). Jeg har mange pasienter med vektproblemer og høyt blodtrykk. Jeg skulle gjerne sette meg inn i disse problemene, og finne ut mer om pasientene mine med disse lidelsene og hjelpe dem til et bedre liv.

I min praksis har jeg litt mer

oppmerksom på å måle blodtrykk. Inntil nå har mennesker her ikke vært klar over viktigheten av regelmessig blodtrykkskontroll. Jeg har vært på mange seminarer om primærhelse arrangert i samarbeid med Norge Latvia Helseplanprosjekt<sup>2</sup> 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. Likeså ble det forklart om risikofaktorer og hvordan kartlegge og måle disse.

Fra tidligere av var jeg vant med å måle blodtrykk kun en gang, og bare kontrollere det en gang dersom trykket var høyt. Det var helt vanlig praksis å ordinere medisiner ved førstegangs besøk. Pasienten forventet likeså 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 medisinerne er dyre og pensjonene lave, (basispensjon 30 lats er lik 360 norske kroner per måned), har de ikke lenger råd til å kjøpe medisiner. Dette hjelper meg til å overbevise dem om å forsøke andre måter å bli friske på. Sykelighet av hjerte kar sykdommer er høy i Latvia, nesten tre ganger så høy 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 å gi disse informasjon slik at de kan

<sup>2</sup> Norge Latvia Helseplanprosjekt har virket siden 1993 med stedlig representant i Latvia. Midler kommer fra Handlingsprogrammet for Øst-Europa. Primærhelsetjenester har vært i fokus i forbindelse med utarbeidelse av helseplaner både på nasjonalt og fylkesnivå. Et modellprimærhelsetjenester er satt i drift i Ogre fylke.



*Pensjonen er ikke til å leve av, Det er viktig å forsøke å tjene penger på si med å selge eiendeler eller ting man har laget selv. Her fra den store markedspllassen i Riga by hvor eldre står skulder ved skulder og frembyr sine varer. Salget er ikke lovlig, og de eldre forsvinner raskt når politiet kommer. Politiet på sin side ser en annen vei. Foto: Per Bordal*

bli friskere. Det finnes nesten ikke informasjonsmateriale til pasienter. Mange av dem har ikke råd til å kjøpe aviser og ukeblad.

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 målt sitt blodtrykk gratis på stedet. Jeg snakket med dem, gav dem informasjon, både verbalt og via brosjyrer, og et lite kort der blodtrykket var skrevet opp. De ble også invitert til et kort opplysningsseminar som jeg laget noen dager senere, der folk kom og kunne spørre om blodtrykk og hvordan de skulle forholde seg.

I min praksis er det mange overvektige kvinner. Overvekt ser ut til å være et problem som kommer etter fødsel og i menopausen. Dette i tilslutning til variabelt blodtrykk. Mange kvinner blir deprimerte og mister pågangsmot. Forsøk på diet er som regel feilslått. Sist vinter startet jeg en trimklasse ved helsesenteret som et tiltak mot høyt blodtrykk, ryggbesvær og overvekt. 20 stykker ønsket å starte, 9 kom og tre full-

førte – en pasient, tannlegen på helsesenteret og meg selv!

#### **To problemer i min praksis:**

- 1 Finansielle. Jeg har ingen avtale med sykeforsikringskassen i fylket. Fordi fylket mangler penger gir de ingen allmennleger kontrakt. Fylkessykekassen bruker et system med betaling for tjenester, et slags punkt system. I dette systemet er det ingen penger å tjene på forebyggende helsearbeid. Lovverket er ikke på plass til å regulere allmennlegearbeidet. Det er en vanskelig og langsommelig prosess. De eneste som kommer noen vei er sykehuslegene. 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 ordentlig syke. Jeg ville gjerne sett dem oftere.
- 2 Manglende midler til å utstyre og drive et legekantor. Som et resultat mangler jeg teknisk støtteapparat som vil kunne hjelpe meg til å få bedre over-

sikt over mine pasienter og lage en database. Nå finnes det ikke noe pasientregister. Siden jeg startet på helsesenteret har jeg laget et pasientkartotek med data og pasientanamnese. Jeg har ingen data om den kommunen jeg arbeider i. Jeg vet engang ikke noe om kjønnsfordeling, arbeidsledighet blant annet. Jeg har ingen konkrete informasjon om helsesituasjonen i min kommune.

#### **Planer for framtiden**

Først og fremst vil jeg styrke min praksis ved å få en fungerende database. Jeg finner det nødvendig å forbedre den tekniske siden. Jeg vil fortsette min videreutdanning, fortsette å arbeide med pasientene når det gjelder forebygging og bedring av behandlingen. Jeg trenger også å få en mer stabil finansiell situasjon. Dette kunne skje gjennom en kontrakt med den lokale sykekassen eller med kommunen.

For det andre vil jeg finne ut mer om min pasientgruppe og min kommune. Finne ut hva pasientene mener om helsesenteret, om det er tilgang til informasjon, om den 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 høyt blodtrykk å gjøre.

Jeg vil også fortsette å delta i helsefremmende arbeid der jeg bor. Jeg håper at den sosio-økonomiske situasjonen i Latvia blir bedre. Mange helseproblemer ville da kunne bli løst slik at det ble mere overskudd til å tenke på helsefremmende arbeid. Jeg ville ikke trenge å bruke så mye tid og energi på å behandle forsømte sykdommer.

*Ausma Ballode  
c/o Øivind Juris Kanavin  
Norge Latvia Helseplanprosjekt  
Statens Institutt for Folkehelse  
Seksjon SAHT  
Geitmyrsveien 75  
0467 Oslo.*

# ARTROSE



Ved behov!

## Brexidol® Piroxicam-β-cyclodextrin

### C BREXIDOL «NYCOMED PHARMA»

Antiflogistikum, ATC-nr.: M01A C01

T DOSEPULVER 20 mg: Hvert dosepulver inneholder Piroxicam - β-cyclodextrin, æq.v. piroxicam, 20 mg, Sorbitol 2,68 g, aspartam 15 mg, constit. q.s.

T TABLETTER 20 mg: Hver tablett inneholder Piroxicam - β-cyclodextrin, æq.v. piroxicam, 20 mg, lactos, 102 mg constit. q.s.

**EGENSKAPER:** Klassifisering: Ikke-steroid, antiinflammatorisk middel med analgetisk og antipyretisk effekt. Piroxicam danner et kompleks med β-cyclodextrin i molart forhold 1:2,5. β-cyclodextrin er et syklisk oligosakkarid som gir substansen bedre løselighet og derved raskere absorpsjon. Virkningsmekanisme: Ikke helt klarlagt. Hemmer prostaglandinsyntesen. Hemmer hyperkontraktilitet i uterus ved dysmenoré. Absorpsjon: Etter enkelt dose på 20 mg oppnås vanligvis plasmakonsentrasjon på 1,5-2 µg/ml i løpet av 15-30 min. for dosepulver og etter 30-60 min. for tablettene. Forsøk viser at 75% av forsøkspersoner oppnår fullstendig absorpsjon henholdsvis etter 15 min. for dosepulver og 30 min. for tablettene. «Steady-state»: Med 20 mg daglig vanligvis stabilisering på 3-8 µg/ml etter 7-12 dager. Gis startdose på 40 mg første 2 dager, nas ca. 76% av «steady-state» etter annen dose. «Steady-state» konsentrasjon, AUC og halveringstid er for øvrig tilsvarende de som følger etter 20 mg daglig. Proteinbinding: Ca. 99%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 120 ml/kg legemsvikt. Halveringstid: Ca. 50 timer. Effektive serumkonsentrasjoner opprettholdes hele døgnet med en dose daglig og er stabile ved langtidsbehandling. Metabolisme: I stor grad. Særlig ved hydroksylering og konjugering. Utskillelse: Mindre enn 5% er ulorandret i urin og fæces.

**INDIKASJONER:** Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, mb. Bekhterev, artrose. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet. Primær dysmenoré.

**KONTRAINDIKASJONER:** Aktivt ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet for preparatet. Kryssreaksjon med acetylsalisylsyre eller andre antiflogistika mulig. Skal ikke gis om disse har forårsaket symptomer på astma; nesepolypper, angioneurotisk ødem eller urticaria. Kontraindisert i 3. trimester. Dosepulver: Pasienter med fenyketonuri pga. aspartam.

**BIVIRKNINGER:** Gastrointestinale (vanligst): Dyspeptiske plager som kvalme, epigastriske smerter, fordøyelsesbesvær, stomatitt. Gastrointestinal blødning, perforasjon og ulcus forekommer. Fatale tilfeller er rapportert med piroxicam. Sentralnervøse: Svimmelhet, hodepine, søvnløshet, depresjon, hallusinasjoner og parestesier er sett. Kardiovaskulære/renale: Palpasjoner, ødem, spesielt ankelødem, reversibel forhøyelse av BUN og kreatinin er rapportert, hematuri. Dermatologiske: Kløe, utslett, fotoallergisk reaksjon, alopecia. Meget sjelden: Onycholyse, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse (Lyells syndrom), vesicobullose reaksjoner. Hypersensitivitet: Anafylaktisk reaksjon, bronkospasme, urticaria/ angioneurotisk ødem, vaskulitt og «serum sickness» er sett sjelden. Hematologiske: Reduksjon i hemoglobin og hematokrit ikke-relatert til synlig gastrointestinal blødning. Trombocytopeni, ikke-trombocytopenisk purpura (Henock Schonlein), leukopeni og eosinofili er rapportert. Meget sjelden aplastisk og hemolytisk anemi. Lever: Enkelte tilfeller av forhøyet transaminase-nivå, ikterus og hepatitt er rapportert. Øye/øre: Tinnitus, hørselsnedsettelse i sjeldne tilfeller. Tåkesyn og øyeyritasjon. Andre: Hypo- og hyperglykemi, neseblødning, dyspné er rapportert. Sjeldne tilfeller av positiv ANA-test.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Pasienter som har hatt peptisk mavesår eller alvorlig dyspepsi, må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Doser på 30 mg daglig eller høyere over lengre tid øker risikoen for gastrointestinale bivirkninger. Pga. nedsatt plateagregasjon, samt interaksjon med ev. antikoagulantia og risiko for forlenget blødningstid, må piroxicam anvendes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Antiflogistika kan forårsake reversibel nedsettelse av nyregjennomblodning og nyrefunksjon. Forsiktighet må utvises ved nedsatt nyrefunksjon og/eller hjertefunksjon, samt ved høy alder. Pga. piroxicams renale utskillelse bør lavere dosering vurderes ved nedsatt nyrefunksjon, og pasienten overvåkes. Bør seponeres ved vedvarende økning i leverfunksjonsprøver eller kliniske tegn på leversykdom. Ved synstørstyrrelser anbefales undersøkelse hos øyespesialist. Anbefales ikke til barn. Kan maskere infeksjon. Ut fra teoretiske betraktninger og studier over virkningsmekanismen for antiflogistika er det en mulighet for at behandling over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser, inklusive frakturtilhelning. Det er videre mulig at artrose kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antiflogistika.

**GRAVIDITET/AMMING:** Kontraindisert i 3. trimester. Teratogen effekt er ikke vist i dyreforsøk. Anbefales ikke til gravide eller kvinner under amming da sikkerheten under graviditet ikke er dokumentert. Overgang i morsmelk: Konsentrasjon i melken ca. 1-3% av konsentrasjon i serum.

**INTERAKSJONER:** Preparater med høy proteinbinding, f.eks. orale antidiabetika og antikoagulantia. Økte litiumkonsentrasjoner er rapportert. Cimetidin kan gi lett økning i absorpsjon, AUC og C-max av piroxicam. Interferens med diuretika natriuretiske effekt. (1:50e anti-reumatika)

**DOSERING:** Doseringen er den samme for tablett og dosepulver. Dosepulveret utrores i et 1/2 glass vann. Reumatoid artritt, mb. Bekhterev og artrose. Startdose og vanlig vedlikeholdsdose er 20 mg daglig, tatt som 1 dose. Noen pasienter kan forsøksvis få dosen redusert til 10 mg daglig, mens enkelte kan ha behov for opptil 30 mg daglig, som 1 eller 2 doser. Ved artrose bør behandlingen ikke gis kontinuerlig, men intermitterende, avhengig av pasientens plager (se Forsiktighetsregler). Juvenil Reumatoid artritt: Personer >46 kg: 20 mg. Dosen tas 1 gang daglig. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet: Første 2 dager 40 mg daglig som enkelt eller delt dose. Deretter 20 mg daglig i 5-12 dager. Primær dysmenoré: Første 2 dager 40 mg tatt som 1 dose, senere om nødvendig 20 mg daglig. Behandlingen startes ved begynnende menstruasjonsbesvær.

**OVERDOSERING/FORGFITNING:** Behandling: Symptomatisk. Aktivt kull kan redusere absorpsjon og reabsorpsjon av piroxicam.

**PAKNINGER OG PRISER:** (Pr. 1.3.-96) Tabletter, Enpac: 7 stk. kr.45,20, 20 stk. kr.92,80.

Boks: 100 stk. kr.370,90. Dosepulver 20 stk. kr.92,80 T: 3, 17, 35

 NYCOMED  
PHARMA

# 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 bøte på de siste årene.*



*Ivar Mysterud er l. 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 undervisning om humanøkologi og økofilosofi på grunnkurset i biologi.*



*Tore Slagsvold er professor i økologi samme sted. Han har drevet forskning på atferd (atferdsøkologi) hos fugl i en årrekke. Spesialistområdet er forplantningsbiologi, med vekt på partnervalg, farskapsanalyser, 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 medisinerne.

## **Bakgrunn**

Professor Kåre Elgmork ved Biologisk institutt, UiO har i en årrekke undervist i et 2 vt kurs som het «BIO 272 Primatologi og menneskets evolusjon». Dette kurset krevde ingen forkunnskaper i biologi, og ble således tatt av en rekke studenter uten bakgrunn i biologi (bl.a. en del geologer og samfunnsvitere). Kurset ga en innføring i menneskets fossile evolusjon og

sammenliknende studier av primater som grunnlag for å få innsikt i våre forgjengeres utvikling. Som pensum ble Elgmorks bok om emnet anvendt (1). Dette kurset gikk for siste gang i 1994. Det var imidlertid også anledning til å gå opp til eksamen i 1995.

## **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 undervisningstimer, 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 fagfelter 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 («sosiobiologidebatten») og oppklaring av en del misforståelser om anvendelse av den evolusjonære tenkningen 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 tenkningen. Kurset hadde over 130 oppmeldte studenter til eksamen ved kursstart i januar, men bare en snau halvpart fulgte forelesningene og tok eksamen. Disse studentene virket godt motiverte og åpne for nye måter å resonnerer på og ga kurset godt skussmål gjennom en kursevaluering.

### Tilpasningsprogrammet

Forskning i atferdsøkologi vil si å anvende det såkalte «tilpasningsprogrammet» (2,3). En tilpasning kan defineres som en egenskap ved en organisme som er «formet» av naturlig utvalg for å løse et spesifikt 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.

Alle trekk behøver ikke være tilpasninger. Når man arbeider etter tilpasningsprogrammet, kan ulike trekk ved en organisme kategoriseres på en av tre måter. Trekket kan være en tilpasning (som har blitt til gjennom naturlig utvalg), det kan være «biprodukter» av andre tilpasninger eller det kan skyldes tilfeldige forhold i evolusjonsprosessen. Anvendelse av tilpasningsprogrammet har røtter tilbake til Darwins tid, men det har særlig blitt dokumentert som fruktbart de siste 20-30 år. Utgangspunktet er å anta at et trekk ved en organisme man ikke forstår betydningen av, har en funksjon. Oppgaven blir så å finne ut hvilken. Som nevnt behøver ikke et trekk nødvendigvis å ha noen funksjon evolusjonært sett, men det har vist seg fruktbart for å få innsikt å anta at det har det. Det er så opp til forskningen å avklare om så er tilfelle.

### To typer forklaringer som utfyller hverandre

Når man skal forsøke å forklare ulike trekk evolusjonære funksjon, er det viktig å ikke blande sammen ulike analysenivåer. I helsefaglig sammenheng har hovedvekten i både forskning og fag/lærebøker vært lagt på å forklare *hvordan* organismen fungerer. Hvis vi bruker feber som et eksempel, fokuseres 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 aldri fokusert, nemlig å avklare, ut fra et evolusjonsperspektiv, hvorfor temperaturen øker ved infeksjoner og hvorfor feberreaksjonen har vedvart som funksjon over så lang tid.

La oss utdype dette med et

eksempel ved å undersøke «hvorfor»-spørsmål på to nivåer. Hvorfor er en isbjørn hvit? Et svar på dette er at isbjørnhårene mangler pigment. Dette kalles et «proksimat svar». Et «evolusjonært svar» er at hvite isbjørner ved dette oppnår bedre kamuflasje i artens naturlige leveområde. Hvite isbjørner vil dermed ha bedre jaktlykke på sel. Disse dyrene overlever derfor bedre og blir bedre i stand til å formere seg. Både det proksimate og det evolusjonære svaret antas å være korrekte. Siden de angår problemstillinger på forskjellige analysenivåer, er de ikke motstridende. De bør ikke oppfattes som alternativer til hverandre – de utfyller hverandre. Begge er nødvendige for å forstå ethvert biologisk trekk. Proksimate forklaringer besvarer *hva* og *hvordan*-spørsmål om strukturer og prosesser samt om *hvordan* prosessene reguleres. Evolusjonære forklaringer besvarer *hvorfor*-spørsmål om opprinnelse og funksjoner. En proksimat tilnærming til feber omfatter altså å påpeke at temperaturen stiger (hva skjer?) og forklare hvilke fysiologiske prosesser som er ansvarlig for dette (hvordan skjer det?). En evolusjonær tilnærming fokuserer på mulig nytte for overlevelse og formering av at temperaturen stiger på denne måten (hvorfor skjer det?).

Tilpasningsprogrammet er derfor en *forskningsstrategi* for å avklare spørsmål om trekk mulige evolusjonære funksjoner. Det er den evolusjonære funksjonen som over tid bestemmer hvilke proksimate mekanismer og prosesser som blir værende hos individene i en populasjon. Tilpasningsprogrammet er den rammen som Biologisk institutts nye kurs presenteres innenfor.

### Darwinistisk medisin

Utpostens 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-



lusjonær medisin (5), noe som i en serie artikler allerede er presentert i Tidsskrift for Den norske Lægeforsening (6,7,8,9,10). Forskningen kan f.eks. illustreres ved å fokusere på kvinners menstruasjon. Hvorfor er ikke kroppen mer effektiv til å suge opp blod? Har menstruasjonen eventuelt noen funksjon? En forsker reiste hypotesen at menstruasjonen kunne være et forsvar mot patogener som overføres fra spermienes haler til livmor og eggledere ved samleie (7). Hypotesen fikk imidlertid ingen støtte ved etterprøving. Hvorfor har kvinner da menstruasjon? Det ble foreslått at menstruasjonen er en bieffekt av en annen tilpasning. Det er antatt å være energimessig billigere å bygge opp livmorslimhinnen hver måned enn å holde den vedlike gjennom syklus (8), altså en ny hypotese som kan testes. Dette illustrerer hvordan man arbeider etter tilpasningsprogrammet.

I Biologisk institutts nye kurs blir darwinistisk medisin viet en dobbelttime. Til pensum i vårsemesteret 1996 ble det valgt å bru-

ke tre artikler fra Tidsskrift for Den norske lægeforsening (6,7,8) supplert med en artikkel om psykiatri (11) og med oversiktsboken «Why we get sick» (5,12) som anbefalt litteratur for videre fordykning.

Det er vårt inntrykk at studentene hadde stort 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 grunntenkningen i tilpasningsprogrammet, heller enn å «stresse» detaljer.

Et av spørsmålene som skulle ha et kort svar lød: «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/atferd. Hvilke av de to tilnærmingsmåtene, proksimate eller evolusjonære, mener du er viktigst?»

Denne oppgaven var ment å være helt sentralt i pensumet. De fleste som sto i kurset (se nedenfor) hadde faktisk skjont hovedinndelingen 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 utfyllende og på forskjellige analysenivåer, som vi forventet og håpet. Noen få mente det evolusjonære var viktigst, spesielt i medisin. Dette ble begrunnet med at den evolusjonære dimensjonen er neglisjert 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 hovedtemaet 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 gjennomsnittskaraktaren 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 fortsette 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 problemstillinger som en fast del av utdannelsen av kommende 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 konferansedeltakelse, rundstykker/kaffe/te, mottakelse torsdag kveld og festmiddag inkl. drikke fredag kveld.

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

## Litteratur

- 1 Elgmork K. Aper-mennesker, slektskap og utvikling. Oslo: Universitetsforlaget, 1988.
- 2 Gould SJ, Lewontin RC. The spandrels of San Marco and the Panglossian paradigm: a critique of the adaptationist programme. Proc. Roy. Soc. Lond. B 1979; 205: 581-98.
- 3 Mayr E. How to carry out the adaptationist program? American Naturalist 1983; 121: 324-34.
- 4 West-Eberhard MJ. Adaptation: current usages. I: Fox Keller E, Lloyd EA, red. Keywords in evolutionary biology. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1992: 13-8.
- 5 Nesse RM, Williams GC. Why we get sick. The new science of darwinian medicine. New York: Times Books, 1995.
- 6 Mysterud I. Soma og psyke i et darwinistisk perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3058-62.
- 7 Mysterud I. Profet om allergier, svangerskapsubehag og menstruasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1634-6.
- 8 Mysterud I. Utvidelse av det evolusjonære perspektivet på mennesket. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2866-7.
- 9 Mysterud I. Fruktbare koblinger mellom økologi og medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1262-5.
- 10 Mysterud I. Evolusjon, svangerskap og fødselsrekkefølge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1002-4.
- 11 Nesse RM. What good is feeling bad? The Sciences 1991, november/desember: 30-7.
- 12 Mysterud I. «Bibel» om darwinistisk medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2142-3.



Når nettene blir lange...

## UTPOSTENS edb-spalte

med spørsmål, svar og synspunkter om edb og relaterte emner.

Kontaktperson:

John Leer, 5305 Florvåg.

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**

Helseminister Gudmund Hernes presenterte departementets handlingsplan for informasjonsteknologi i helsesektoren for perioden 1997-2000 (1) på en pressekonferanse 3. desember ifjor. Innhentning, tolking, bearbeiding, utveksling og lagring av informasjon er helt grunnleggende aktiviteter i helsevesenet og avgjørende for kvaliteten på tjenestene. Informasjonsflommen er etterhvert blitt så stor at den truer med å drukne oss. Samtidig har spesialisering og funksjonsdeling gjort

at informasjonen må utveksles og deles med mange flere. Informasjonsteknologi (IT) er et hjelpemiddel for å mestre denne virkeligheten bedre.

### Formidabelt ambisjonsnivå

Planen har fem hovedmål for innføring og bruk av IT i helsevesenet:

1. Øke helsepersonells kompetanse – bedre diagnose og behandling.
2. Forenkle rutiner for ajourføring og lagring av informasjon – mer tid til pasienten.
3. Bedre kommunikasjon mellom ulike ledd – bedre koordinering og samhandling.
4. Fremme god informasjon til pasienten – mer makt til pasienten.
5. Ivareta fullgod informasjonssikkerhet – ivareta både forsvarlig og effektiv pasientbehandling og et sterkt personvern.

Disse målene skal nås gjennom en rekke ulike tiltak innenfor seks innsatsområder, 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 primærlegers tilknytning til Internett skal være utarbeidet.
- Alle virksomheter i helsesektoren skal ha tilgang til standardi-

serte elektroniske postkontortjenester med sikker, meldingsbasert kommunikasjon.

- Tilgjengelige, relevante telemedisinske tjenester skal omtales i nasjonale, regionale og lokale planer for helsetjenesten.
- Kompetansesenter for helsetjenestens 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.
- Internettbasert informasjonstjenester fra bla. Helsetilsynet og Folkehelse skal være etablert. Relevante lover, forskrifter og rundskriv skal være tilgjengelige på Internett.
- Komplette registre for ventelistedata og dagkirurgi skal være ferdige.

Som en ser er det ikke noe å si på ambisjonsnivået. Selv i et Hernesperspektiv synes planen å ha et visst manisk preg. Målene er uvanlig konkrete med klare tidsfrister, som skapt for statlig mål- og resultatstyringsideologi. Men dermed akk så farlig, så farlig når Statskonsult eller andre kommer og evaluerer. BIT for BIT er et fint slagord, men det spørs om en ikke har tatt større biter i munnen enn en kan gape over, svelge unna og fordøye. Når det er sagt, skal det også sies at planen er forbilledlig klart og



strukturert oppbygd med delikat layout – virkelig en IT-plan verdig. Den har også fanget bredden i problemstillingen på en meget god måte. Med rette understrekes at innføring og bruk av IT hele tiden må ses i sammenheng med organisasjonsutviklingen i helsesektorens ulike virksomheter.

### Generelle betraktninger og forutsetninger

Nytten av IT ligger i at virksomheten har funksjoner eller aktiviteter som IT kan løse bedre og/eller billigere enn alternative arbeidsmåter. Helsetjenesten har utvilsomt en rekke slike aktiviteter. Utvikling av teknologisk infrastruktur og tjenlige teknologiske løsninger (maskin- og programvare) med akseptabel tilgjengelighet, 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 kreve 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 snarere tvert i mot. Jeg er redd motstandsfaktoren som ligger i disse forhold er betydelig undervurdert i den halsbrekkende tempoplan det er lagt opp til.

Realisering av IT-planen forutsetter også løsning av meget vanskelige juridiske problemstillinger knyttet til informasjonssikkerhet og personvern. Dette er ikke primært et teknisk spørsmål, slik noen framstiller det, men et etisk verdivalg mellom personvernhen-syn og andre legitime hensyn som bedret medisinsk behandlingsresultat og effektiv ressursutnyttelse. Selv med god teknologi og gode rutiner vil en ikke unngå konflikter her. I personverndiskusjonen har det vært fokusert på faren for inntrengere utenfra. Det er like

Innsatsområde	Tiltaksområde
Nettverk og informasjonsutveksling	Informasjonsteknologisk infrastruktur. Etablering av en nasjonal, felles IT-infrastruktur for helsesektoren – et norsk helenettverk.  EDI og epost. Elektronisk meldingsutveksling (EDI og epost) skal erstatte papirbasert informasjonsutveksling.  Telemedisin. Legge grunnlaget for hensiktsmessig innføring og bruk av telemedisinske løsninger.  Helsetjenestens kommunikasjonsberedskap.
Kliniske, pasientadministrative og administrative informasjonssystemer	Elektroniske pasientjournaler og kliniske og pasientadministrative informasjonssystemer. Utarbeiding av regelverk, standarder og kravspesifikasjoner.  Administrative informasjonssystemer.
Pasient- og publikumstjenester og pasientkort	Helseinformasjon til pasienter og allmennheten bla via Internett. Helseinformasjon og informasjon om ulike helsetjenester.  Pasientkort
Planlegging, styring, kvalitets-sikring og tilsyn	Legge til rette for bedre epidemiologisk kunnskap og kunnskap om ressursbruk, tjenesteproduksjon og kvalitet i helsetjenesten.
Tverrgående tiltaksområder	Standardisering. Etablering av formålstjenlig informasjonsstruktur.  Kode- og klassifikasjonssystemer  Helsevesenets generelle kravspesifikasjoner. Definisjonskataloger.  Informasjonssikkerhet.  Regelverksutvikling.
Forskning, utdanning, opplæring og kompetanseutvikling	

Tabell 1: Innsats- og tiltaksområder

aktuelt med feiladressering ved utveksling av informasjon mellom ulike deler av helsetjenesten.

Alle disse forhold henger sammen. Hvor mye av den potensielle IT-nyttens som kan realiseres, og hvordan bruk av IT kommer ut i en kostnad-nytteanalyse blir derfor et komplisert spørsmål. Vellykket utvikling og bruk av IT forutsetter integrering av disse ulike hensyn. Mange har ikke erkjent dette i tilstrekkelig grad. Administrasjonsminister Nils Totland uttalte i juni 1996: «Helsesektoren er et område hvor gevinstpotensialet ved bruk av elektroniske informasjonsnettverk kan ligge i størrelsesorden på flere milliarder kroner pr. år».

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

Petter Øgar  
Postboks 411, 5801 Sogndal

### Referanser

1. Mer helse for hver bit. Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste. Handlingsplan 1997-2000. Sosial- og helsedepartementet 1996.
2. Donaldson L. From black bag to black box: will computers improve the NHS? British Medical Journal 1996; 312: 1371-2.
3. Lock C. What value do computers provide to NHS hospitals? British Medical Journal 1996; 312: 1407-10.

*Regionalt legemiddelinformasjonscenter (RELIS) er et nytt tilbud til helsepersonell og skal formidle produsentuavhengig legemiddelinformasjon. RELIS besvarer spørsmål om legemidler fra bl.a. leger, tannleger og farmasøyter. Foreløpig er det opprettet RELIS i helseregionene 2 og 3, i samarbeid med henholdsvis Rikshospitalet/Rikshospitalets apotek og Haukeland sykehus/Haukeland sykehusapotek. Prosjektet RELIS ledes av Statens helsetilsyn og har foreløpig status som et prøveprosjekt. Siden oppstarten i mars 1995 har RELIS 2 og 3 tilsammen besvart over 500 spørsmål fra helsepersonell om legemidler og legemiddelbruk. Nedenfor er det gjengitt et spørsmål til RELIS som kanskje kan være av interesse for Utpostens lesere.*

## Prosjekt.

RELIS 2 og RELIS 3 er etablert av Statens helsetilsyn som et prosjekt, foreløpig frem til september 1996.

Legemiddelinformasjonssettene har en tverrfaglig bemanning, og er i prosjektperioden knyttet til sykehusapoteket ved regionsykehuset.

Det vil i løpet av, og etter prosjektperioden, bli foretatt evaluering av RELIS' virksomhet med tanke på eventuell videre drift og oppstart i de øvrige helseregionene.

# ? RELIS

## Forebygger C-vitamin urin- veisinfectionsjoner?

Av cand. pharm.  
Hanne Stenberg-Nilsen og  
prosjektleder, cand. pharm.  
Tone Westergren, RELIS 2  
(Rikshospitalets apotek)

RELIS har mottatt flere henvendelser om bruk av C-vitamin (askorbinsyre) for å forebygge urinveisinfectionsjoner. 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 urinveisinfectionsjoner 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).

Askorbinsyres evne til å senke urin-pH er undersøkt i flere studier, og er også omtalt i ulike oppslagsverk. De svenske legemiddelinformasjonssettene har også flere ganger utredet ulike aspekter ved bruk av askorbinsyre for å surgjøre urin og forebygge urinveisinfectionsjon (1,2).

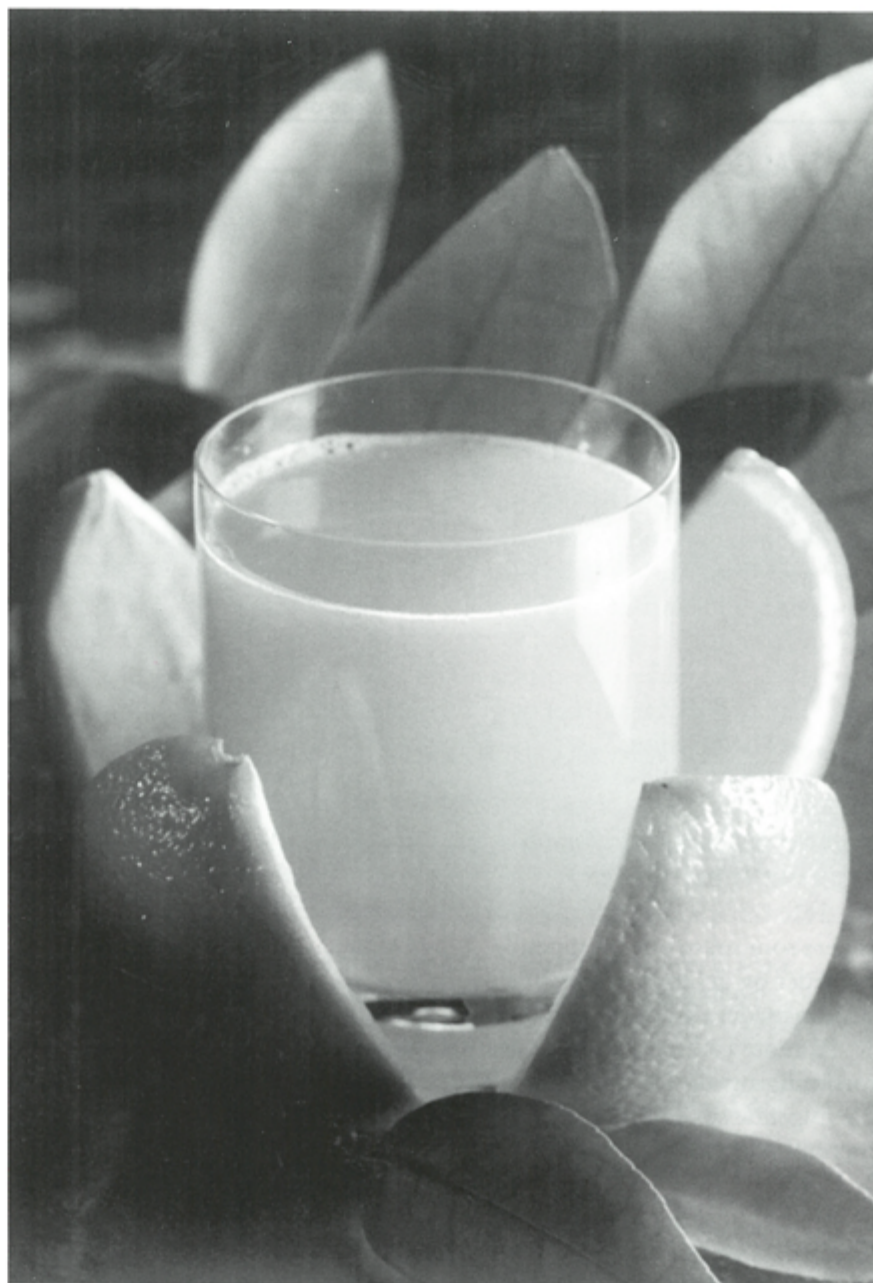
Det ser ut til å være samsvar mellom forskjellige kilder om hvilke konklusjoner som kan trekkes og hvilke anbefalinger som kan gis for bruk av askorbinsyre som pH-reducerende og forebyggende middel ved urinveisinfectionsjoner.

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). Doseringer 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, blant annet hippursyre (4). Man kan derfor tenke seg at behandling med slike syrer, herunder askorbinsyre, kan være hensiktsmessig for å hindre bakterievekst i urinen. Denne effekten er imidlertid vanskelig å oppnå i tilstrekkelig grad med askorbinsyre. I en oppsummering av ulike studier der dette er forsøkt (5), konkluderes det med at askorbinsyre alene har vist seg å være ineffektivt som urin-surgjørende middel i doser opp til 8 g daglig, fordi den senkning 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 høye doser askorbinsyre på urin-pH er marginal og kortvarig. I tillegg er noen høydose C-vitaminpreparater bufret med natriumbikarbonat (6).

En forfatter (7) hevder at urinen til personer med infeksøs urin kan påvirkes gunstig av askorbinsyre, men at askorbinsyre vil ha



liten effekt på pH i urin hos friske personer. Dette kan ha sammenheng med at askorbinsyre motvirker urin-alkalinisering forårsaket av bakteriell urease. Foreløpig er dette kun vist in vitro.

Asorbinsyre brukes i noen tilfeller i kombinasjon med metenaminhippurat. Metenaminhippurat spaltes i ventrikkelen til metenamin og hippursyre (bakteriostatisk). Begge disse absorberes lett og utskilles renalt. Maksimal effekt av metenaminhippurat oppnås når urin-pH er 5,5 eller lavere. Vanligvis er mengden hippursyre tilstrekkelig til å gjøre urinen sur nok til at metenamin kan omdannes videre

til formaldehyd som har baktericid effekt. Hvis urinen er alkalisk, kan det derimot være nødvendig å bruke et urinsurgjørende middel som askorbinsyre, metionin eller ammoniumklorid.

Aktiviteten av andre antibakterielle legemidler vil også kunne påvirkes av urinens pH. For eksempel er effekten av nitrofurantoin også best ved lave 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 utfelling av nyresten. Siden oksalat er en metabolitt av askor-

binsyre, kan store doser askorbinsyre føre til dannelse av oksalatsteiner (4,8).

Diaré 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 profylakse mot urinveisinfeksjoner. Askorbinsyre sammen med metenaminpreparater kan i noen tilfeller være aktuelt.

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

*Hanne Stenberg-Nilsen  
Regionalt legemiddel-  
informasjonssenter  
Rikshospitalets apotek  
0027 Oslo*

### Referanser:

1. Drugline database, Sverige 1994;sp. nr. 11219.
2. Drugline database, Sverige 1989-1994;sp. nr. 8015(a),9519(b),10732(c).
3. Dollery C, editor. Therapeutic Drugs 1991;vol. 1:A143-5.
4. Mandell GL et al, editors. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases 1995;4th ed.:674.
5. Drugdex, Drug Consults. Ascorbic acid therapy of urinary tract infections. Micromedex database 10/90;vol. 90.
6. Socialstyrelsens läkemedelsavdelning. Workshop: Vitamins. Sverige 1984;2:103.
7. Axelrod R. Ascorbic acid and urinary pH (letter). JAMA 1985;254(10):1310-1.
8. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell 1996-97:782.

ALLMENNTIDNINGSK FORSKNINGSSUTVALG

## Ledige stipendier

### Allmenntidningstipend 2. halvår 1997

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger, utlyser Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag i Oslo, Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim og Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 18 stipendmåneder for 2. halvår 1997. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmenntidningere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og/eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmenntidning eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke. Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Hvis kvoten ikke fylles av søkere som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning.

Vi minner om at forskning i allmenntidning kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene.

Allmenntidningssk forskningsutvalg foretar tildelingen av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter. Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere som kan fåes ved henvendelse til Allmenntidningssk forskningsutvalg, NSAM, Seksjon for allmenntidning, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo,

tlf. 22 85 06 55, fax 22 85 06 50, eller de allmenntidning-/samfunnsmedisinske instituttene. Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen 15. mars 1997. Søknader som er poststemplet etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktning.

#### Tildelte allmenntidningstipend for 1. halvår 1997

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

På møte i Allmenntidningssk forskningsutvalg 13. november -96 ble følgende søkere tildelt allmenntidningstipend for 1. halvår 1997:

#### Tromsø

*Anne Helene Hansen*, Tromsdalen, fikk 1 måned til prosjektet «Feil og nesten-feil i allmenntidningstjenesten».

#### Trondheim

*Sigurd Førre*, Vikersund, fikk 2 måneder til prosjektet «Er prosedyreperm et nyttig redskap?»

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

#### Bergen

*Torgeir Gilje Lid*, Stavanger, fikk 1 måned til prosjektet «Legeroller – en fotodokumentar av ulike legevirkeligheter, med hovedvekt på allmenntidning».

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

*SATS v/Guri Rørtveit*, Bergen, fikk 3 måneder til prosjektet «Evaluering av SATS – allmenntidningernes erfaringer».

#### Oslo

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

*Ole Rikard Haavet*, Fetsund, fikk 1 måned til prosjektet «Sykelighet hos barn med alvorlige livshendelser».

*Johan Torper*, Oslo, fikk 1 måned til prosjektet «Livskvalitet før og etter intervensjon for å kvalitets sikre forskrivning av B-preparater i allmenntidning».

*Eli Berg*, Roverud, fikk 3 måneder til prosjektet «Psykolog og lege på legens kontor. En studie av videoopptak fra 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 spesielle informasjonsoppgaver i helsesektoren. I dag inspireres leger selv, og samles for å vurdere og prege våre informasjonsløsninger.

## Vårt viktigste korrektiv er god kontakt med deg

"Infobruk" er en selvdrivet kundeorganisasjonen som samles i brukergrupper som blant annet spesifiserer sine behov overfor Infodoc.

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

## Hvorfor vi skylder mange leger en stor takk

Sannheten er at våre edb-løsninger i virkeligheten er utviklet av deg og dine kolleger. Programmene er utviklet på legens egne premisser - ikke elektronikkens. Våre produkter og tjenester er i stor grad basert på råd fra helsesektoren selv.

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

Enkelte 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-

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

## Brukerstøttetjeneste hele døgnet

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

Denne erkjennelsen har gjort Infodoc til ledende i Norge, og blant selskapets kunder er sykehus og helseinstitusjoner, spesialister, allmennpraktiserende leger, legekontorer, kommune- og bedriftsleger.

Vår brukerstøttetjeneste gir deg blant annet 24 timers service i tillegg til kontinuerlig oppfølging 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 informasjonsløsninger, og be en rådgiver kontakte meg.
- Send meg nærmere informasjon

Navn \_\_\_\_\_

Tittel \_\_\_\_\_

Arbeidssted \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Kupongen sendes Infodoc, Postboks 122, 5042 Fjøsanger  
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 primærleger?

Har norske primærleger i alle år oversett at så mye som hver tiende pasient lider av vinterdepresjon? Skal vi tro uttalelser i Odd Lingjærdes nye bok kan det være tilfellet.

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 litt mer omfattende frem-

stilling enn det som har kommet gjennom media det siste året.

Boken har 7 kapitler og en fyl- dig litteraturliste. Boken henven- der seg til leger, men er også skre- vet 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 den- ne lidelsen i Norge. Videre drøftes årsaken til og lysbehandlingen av vinterdepresjon, før boken slutter med et kapittel om andre former for behandling av vinterdepresjon.

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

Forfatteren deler med oss syns- punkter på innsamling og bearbei- ding av data fra spørreskjema og filosoferer over biorytmer, og tar opp spørsmålet om nedsatt vitali- tet 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 vinter- depresjonen. Det psykiatris- ke forskningsmiljøet i Trom- sø har interessert seg for biorytmer og søvnforstyr- relser i mange år, men beskrivelsen av vinterde- presjonen kom fra 40

breddegrad og U.S.A.

Forfatteren lurar på om dette skyldes at mørketids - søvnpro-

blemer bokstavelig talt overskygger depresjonen. Dessuten antar han at depresjonen sjelden fører til innleggelse eller kontakt med det psykiske helsevesenet slik at han faktisk ikke har sett disse pasiente- ne. Derimot lurar han på hva pri- mærlegene har sett og tenkt og gjort med årstidsavhengige stem- ningslidelser.

Boken blir en underlig blan- ding av fortellingen av historien omkring «oppdagelsen» av vinter- depresjonen med forfatterens egne reaksjoner og tanker tydelig tilste- de og en mer vitenskapelig beskri- velse av en «ny» form depresjon. Boken forvirrer også på et annet plan. Tidels brukes ord og uttrykk som klart hører hjemme i medi- sinsk faglitteratur, til dels gjen- nomgås problemstillinger på en måte som om leseren er helt uten fagkunnskap. Særlig gjelder det kapitlene om utarbeidelse og bruk av spørreskjema, innsamling og bearbeiding av data.

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 kjennetegn ved en leseverdige bok! Og at det vokser frem en utfordring til nor- ske primærleger som over tid føl- ger en definert populasjon: Er vin- terdepresjon en lidelse som skal diagnostiseres og behandles? Hva er i så fall lidelsens insidens og pre- valens?







Fagpersonale og hovedfagsstudenter ved universiteter og høyskoler og andre inviteres til en nasjonal flerfaglig forskningskonferanse om

# Kropp, relasjon, kultur

Bergen 24. – 26. juni 1997

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 sansning;
- 3) pasient/klientopplevelser; 4) maktrelasjoner;
- 5) helsefagenes moralske dimensjon; 6) livskvalitet;
- 7) praksiskunnskapens vesen; 8) Praksisnær forskning; og 9) Akademisering av praksisfagene.

Konferansen blir lagt opp med flere typer aktiviteter: plenumsforedrag, parallelle «paper» sesjoner, parallelle 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 (Universitetet i Tromsø), Kristin Heggen (Universitetet i Oslo), og Mary Kalfoss (Universitetet i Bergen, Norges forskningsråd).

Påmeldingsfristen er 15.april 1997. De av deltakerne som ønsker å delta med en presentasjon, må sende inn et sammendrag/abstract. Frist for innsendelse av sammendrag er 1.mars 1997.

## 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 Jocalyn Lawler: «Problems with bodily intimacy in caring»
- 13.15-13.30 Pause
- 13.30-14.15 Plenumsforedrag ved I.amanuensis Gro Th. Lie: «Metaforer i vitenskap og helsearbeid; forteller de 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 Bengtsson: «Den levda kroppen hos Merleau-Ponty»
- 10.00-10.15 Pause
- 10.15-12.30 Parallele «paper» sesjoner
- 12.30-13.30 Lunsj
- 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 gjennomgang av posterne med kommentering ved inviterte forskere)

### Torsdag 26. juni 1997:

- 9.15-10.00 Plenumsforedrag: professor Kari Martinsen: «Helsefag i det levendes tjeneste. Om kropp, kunnskap og samfunn»
- 10.00-10.15 Pause
- 10.15-12.30 Parallele «paper» sesjoner
- 12.30-13.30 Lunsj
- 13.30-14.30 Oppsummerende paneldiskusjon
- 14.30-15.00 Konferansen avsluttes

Konferanseavgift er kr. 1200,-.  
Ring konsulent Kari Sørstrømmen for alle opplysninger om påmeldingsskjema 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



# UTPOSTENS annonsører

**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 speilvendt hinner side.  
Netto format: A4  
Raster: 54 linjer  
Trykkeri: Nikolai Olsens  
Trykkeri a.s, Kolbotn.

**PRISER:**

Størrelse	Svart/hvitt	Svart + én farge	Svart + to farger	4-farger
1/1 side	5.900,-	7.000,-	8.300,-	9.600,-
1/2 side	3.500,-	4.200,-	4.900,-	6.500,-
1/4 side	2.200,-	4.000,-	4.500,-	5.500,-
siste omslagsside				13.500,-

Løse bilag koster kr. 8.500,-. Klebet bilag vil koste kr. 8.500,-, pluss kr. 0,90 pr. eksemplar. Ved bestilling av annonser i hvert nummer, blir den siste annonsen gratis! Prisene er eks. mva.

# 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, dinatriumedetat, natriumhydroksid, sterilt vann. **Egenskaper:** Klassifisering/virkningsmekanisme: Viskøs, vandig oppløsning av polyacrylsyre som lar seg administrere som dråper. Etter lokal applikasjon sprer den seg raskt 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 leilighetsvis: Mild, kortvarig svie og/eller stikkende følelse i øyelokket og/eller sløret syn etter instillasjon av øyegelen. **Forsiktighetsregler:** Kontaktlinser må ikke brukes under behandlingen. Bilførere og førere av maskiner må være oppmerksomme på at preparatet forbigående kan påvirke synsskarpheten. **Svangerskap/Amning:** Det er ingen erfaring med hensyn til preparatets sikkerhet ved svangerskap og amning. 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 medikamentet som instilleres. **Dosering:** 1 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<sup>®</sup> OD

ISOSORBID - 5- MONONITRAT

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

MONOKET OD og MONOKET «Pharmacia & Upjohn»  
Nitropreparat

ATC-nr.: C01D A14

**Depotkapsler 25 mg og 50 mg:** Hver kapsel inneh.: Isosorbidmononitrat 25 mg resp. 50 mg, lactose 7 mg resp. 13 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E172), titandioksid (E171), 50 mg : Erytrosin (E127).

**Tabletter 20 mg:** Hver tablett inneh.: Isosorbidmononitrat 20 mg, lactose 149,5 mg, hjelpestoffer. Med delestrek.

**Indikasjoner:** Profylakse ved angina pectoris.

**Kontralindikasjoner:** Nitratintoleranse. Alvorlig hypotensjon, sjokk, økt intrakranielt trykk.

**Bivirkninger:** Forbigående hodepine, «flushing», hypotensjon, svimmelhet, refleksorisk takykardi og brekninger.

**Forsiktighetsregler:** Ved akutt hjerteinfarkt bør preparatet kun brukes under streng medisinsk kontroll. Forsiktighet utvises hos pasienter med aortaklaff-feil, hypotensjon, akutt koronarinsuffisiens med blodtrykksfall. En mulig effekt på intraokulært trykk tilsier forsiktighet ved trangvinklet glaukom. Kan potensere effekten av antihypertensiva og gi utilsiktet hypotensjon ved kombinasjon med alkohol. Seponering av høye doser bør skje langsomt. Risiko for toleranseutvikling synes minsket dersom et nitratfritt intervall legges til den symptomfrie delen av døgn.

**Graviditet og amming:** Det er begrenset erfaring med bruk av preparatet til gravide. Dyreeksperimentelle studier tyder ikke på at preparatet gir økt risiko for fosterskade. Det er usikkert om preparatet passerer over i morsmelken.

**Interaksjoner:** Kombinasjon med alkohol kan gi utilsiktet hypotensjon, som følge av vasodilatasjon (l: 74e glyseroltrinitrat).

**Dosering:** Depotkapsler: 50 mg 1 gang pr. døgn. Dosen kan ved behov økes til 100 mg 1 gang pr. døgn de første dagene. Monoket OD gis 1 gang pr. døgn for å få et intervall med lav nitratkonsentrasjon (<100 ng/ml). Kapslene må ikke tygges, men svelges hele sammen med 1/2 glass væske. Kan ved behov for døgndekkende behandling kombineres med andre antiangioløse midler som betablokker og kalsiumantagonist. Ved akutte anfall kan sublingualt glyseroltrinitrat benyttes.

**Tabletter:** individuell. Vanligvis 1-2 tabletter 2 ganger daglig. Dosen bør fordeles slik at en symptomfri del av døgnet får et intervall med lav nitratkonsentrasjon. For pasienter med dag- og nattangina anbefales dosering om morgenen og ved sengetid. Er plagene fortrinnsvis på dag- og kveldstid, kan tablettene doseres morgen og ettermiddag (f.eks. kl. 7 og kl. 14). Ved behandlingsstart anbefales at dosen trappes gradvis opp for å redusere forekomst av hodepine: initialt 1/2 tablett 2 ganger daglig. Tablettene kan deles, men bør ikke knuses.

**Overdosering/Forgiftning:** Ved overproduksjon av methemoglobin som følge av overdosering: i.v. tilførsel av askorbinsyre eller metylenblåttoppløsning. Oksygentilførsel. For øvrig vanlig generell behandling (F:91d metyltionin).

**Pakninger og priser pr. 1.1. 1997:** Depotkapsler: 25 mg: Enpac: 14 stk. kr 57,70. 98 stk. kr. 260,00. 50 mg: Enpac: 14 stk. kr 74,20. 98 stk. kr 374,80. Endose 49 stk. kr. 202,90. Tabletter: 200 stk. kr 295,50. Enpac: 20 stk. kr 45,30

T:12 Reseptgruppe C.



Pharmacia  
& Upjohn