UTPOSTEN

NUMMER 3-4 1983 ÅRGANG 12

AV INNHOLDET:

TEMA: Diabetes mellitus hos almenlegen

Ved Frode Heian og Øystein Pedersen

OLA LILLEHOLT:
Rapport om kommunehelsetjenesten 13

ERIK SOLBERG:
Bibliografi over norsk almenmedisinsk forskning ... 18

CHR. F. BORCHGREVINK, PER FUGELLI OG ERIK SOLBERG:
Møtereferater ..... 16 og 21

GUNNAR TELNES:
Skader og forebyggende arbeid i en kommune 22

MAGNE NYLENNA:
Ungdomsmiljøet i Smøla 26

STEINAR WESTIN:
Skal almenpraktikere forelese for medisinske studenter? ... 28

JON HILMAR IVERSEN:
Presentasjon av den nye redaksjonen 31

OG MER!

DET BLE TVILLINGER!

ÅPEN VEI BÅDE FOR ALMENMEDISINSK OG SAMFUNNSMEDISINSK SPESIALITET

Samme dag som dette nummer av Utposten gjennomgår den endelige redigering kommer det beskjed fra landsmøtet i Loen at veien åpner seg både for almenmedisinsk og samfunnsmedisinsk spesialitet. Mange var på forhånd redd for at landsmøtet ville nøle med å opprette to nye spesialiteter ved samme anledning, i alle fall fordi en her med to nært beslektede disipliner. For oss som arbeider i dette feltet er det ikke vanskelig å se at dette nå var både riktig og nødvendige vedtak. «Tvillingene» er ikke identiske men komplementære. Den ene av de to spesialitetene ville alene være for spe til å ta de faglige løft som vi ser rundt oss. Nærmere omtale i neste nummer.

Redaktører:
JON HILMAR IVERSEN, Eide på N.
FRODE HEIAN, Tingvoll
OLA LILLEHOLT, Rindal
MAGNE NYLENNA, Smøla
ØYSTEIN PEDERSEN, Molde

Redaksjonens adresse:
UTPOSTEN,
Distriktslegekontoret,
6657 Rindal.

UTPOSTEN
STARTET 1972

Tegninger:
Bjørn Kåre Huse

Abonnement:
Kr. 100,- pr. år.
Studenter og pensjonister:
Kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-Trykk a/s
7300 Orkanger

STATUS PRÆSENS I DIABETIKEROMSORGEN

Tiden er inne for selvransakelse når det gjelder omsorgen for våre diabetikere. Norges Landsforbund for sukkersyke (NLS) har nylig publisert en komiteinnstilling om diabetesomsorgen i Norge, og den fortjener både ettertanke og debatt:

- "Diabetesbehandlingen i almenpraksis holder ikke mål mange steder"

- "Kunnskapsnivået om og interessen for diabetes varierer mye fra lege til lege"

- "Samarbeidet mellom sykehuspoliklinikkene og praktiserende leger er mangelfullt"

- "Med få unntak er diabetesomsorgen i Norge tilfeldig"

- "Etter vår oppfatning er det i diabetesbehandlingen nødvendig med en faglig standardheving, både ved sykehusene og i den primære helsetjenesten ---"

Diabetes mellitus er ingen sjelden og nyoppdaget sykdom. Vi har 80 000 diabetikere i Norge, hvorav ca. 15 000 med insulinkrevende diabetes. Sykdommen med sine komplikasjoner medfører en betydelig økt morbiditet og mortalitet, og kan forringe livskvaliteten i vesentlig grad. Vi vet nå at en bedre regulering av sykdommen kan forebygge senkomplikasjoner og dette burde i høy grad motivere oss for større innsats overfor denne pasientgruppen.

En god diabetesbehandling stiller andre krav til helsetjenesten enn den tradisjonelle behandlerrollen. Et sentralt mål er å lære diabetikerne å ta vare på seg selv og sin sykdom (selvkontroll/egenomsorg). Dette krever en betydelig pedagogisk innsats av oss, og forutsetter både nødvendig fagkunnskap og evne til innsikt i det å leve med diabetes.

Vi må kjenne til og benytte skriftlig pasientinformasjon (brosjyrer bøker) henvise nye diabetespasienter til de lokale diabetikerforeninger, og selv kjenne til de fremskritt som skjer mht. blodsukkerregulering, diabeteskontroll, behandling av senkomplikasjoner, m.m.

NLS-komiteen mener at de fleste diabetikere bør opplæres og kontrolleres i almenpraksis. Dersom vi skal unngå de tilfeldigheter som i dag preger omsorgen, kreves det både et mer strukturert behandlingsopplegg for gruppen som sådan og et mer systematisk kontrollopplegg for den enkelte diabetiker. Rutinene i diabeteskontrollen må gjennomarbeides og standardiseres slik at vi ikke sitter hver for oss og lager tilfeldige opplegg - eller mangel på sådanne - og påfører pasientene unødvendige restriksjoner eller redusert livskvalitet pga. for liten kunnskap og interesse.

Komiteen påpeker at det er et stort behov for bedre organisering av diabetesomsorgen, og foreslår opprettelse av et diabetesteam i hvert fylke. Dette skal være tverrfaglig og ha et overordnet ansvar for diabetesbehandlingen i sitt distrikt. Det skal være rådgivende og opplysende organ for alle som driver diabetesbehandling, inkludert de lokale diabetikerforeninger. Komiteinnstillingen forøvrig dokumenterer klart behovet for en slik styrking av diabetesomsorgen, og vi håper dette kan realiseres snarest.

Det er ingen grunn til å utsette den jobben vi som almenpraktikere må begynne på: Forbedre diabetesomsorgen på vårt eget kontor. Vi kan oppnå mye ved enkle midler.

Beskrivelsen av opplegget ved Tingvoll helsesenter er et forslag til forbedring av våre egne rutiner og en oppfordring til videre diskusjon av praktiske løsninger.

Vi bør også lytte til det noen av våre erfarne pasienter sier (s.10) og innrømme at i noen tilfeller har vi mer å lære av dem enn de av oss.

Øystein Pedersen

Tema:
DIABETES MELLITUS

HVEM SKAL TA ANSVARET FOR SUKKERSYKEPASIENTENE?

Av Frode Heian

Mine spesial-leger og jeg vil gjerne ha Deres tillatelse til å konsultere en alminnelig praktiserende lege.

I Danmark har sundhedstyrelsen utarbeidet en oversikt over nåværende- og en plan for fremtidig diabetesomsorg (Sukkersyge - organisasjon af undersøgelse og behandling. Sundhedsyrelsen -81) I Sverige har socialstyrelsen utarbeidet en liknende i -77.

Den danske utredningen påviser at det er betydelig mindre sendiabetiske komplikasjoner og lengre levetid hos type I diabetikere som går til kontroll ved spesielle diabetespoliklinikker, enn de som ikke gjør det. Særlig er forskjellen betydelig når det gjelder barn og gravide.
Utredningen går inn for at ansvaret for ikke-insulinkrevende diabetikere legges på primærhelsetjenesten.
Når det gjelder omsorgen for de insulinkrevende diabetikerne, skal det opprettes en til flere diabetespoliklinikker tilknyttet større medisinske avdelinger, i alle "amt" (16 amt i Danmark). Disse skal sammen med primærlegene ta seg av pasientene, men hovedansvaret skal helt klart legges til poliklinikkene.

I Sverige legges det opp til liknende ordning.

Norge har ingen tilsvarende offisiell plan for diabetesomsorgen. Det bør vi få snarest.Diabetikerne er en stor gruppe der det virkelig er mulig å oppnå stor helsegevinst ved forebyggelse.
Vårt inntrykk er at mange deler NLS-utvalgets oppfatning om nødvendigheten av faglig standardhevning, og vi tror svært mye kan oppnås med forholdsvis enkle midler.Likevel vil selvsagt en skikkelig utbygd omsorg kreve mer.

Vi tror ikke uten videre at den danske konklusjonen om ansvarsfordelingen kan overføres på norske forhold.
Norsk geografi, tilgjengeligheten av bedre tekniske kontrollmuligheter og forhåpentlig en utbygging av primærhelsetjenesten, gjør at store grupper av de insulinkrevende diabetikerne også i hoved-sak kan tas hånd om av primærhelsetjenesten.
Med den økende bevisstgjøring blant primærleger er det også økt vilje til å ta på seg slikt ansvar. Men da må vi være rede til en betydelig skolering av oss selv. Vi må også ta ansvaret for at andre yrkesgrupper som har med pasientene å gjøre, får tilstrekkelig skolering.

Referat fra Diabetes-kurs i Kristiansund 11.—12./3 1983

Ved Øystein Pedersen

Kursleder:
Brynjulf Ystgaard

Spesielt innbudte:
Ivar Følling, Trondheim
Kristian Hanssen, Aker

INNLEDNING.

Årsaken til type I diabetes er fremdeles ukjent. Arvelige faktorer betyr en del, likeledes immunologiske forhold knyttet til HLAD- systemet.

Hvis en av foreldrene har diabetes er det 5-10 % sjanse for at barna skal få det. Sykdommen kan ikke forebygges.
Insulinmengden avtar gradvis, symptomene oppstår først ved svært lav insulinkonsentrasjon.
Alltid insulintrengende.

Ved type II diabetes foreligger en relativ insulinsvikt.
Den endogene insulinproduksjon er til stede, ofte i like stor grad som hos friske, men kroppen utvikler "insulinresistens" som resulterer i for dårlig blodsukkerregulering. Denne form for diabetes er genetisk bestemt, med polygen arv, og fedme er en uttalt risikofaktor eventuelt kausal faktor ("for stor krapp til sin egen insulin-produksjon"). Sykdommen kan ofte forebygges og evt. modifiseres ved normalisering av vekten.

Diabetes retinopati rammer 80 % etter 30 års diabetesvarighet og er i dag den mest alminnelige årsak til erverva blindhet.

Diabetiske fotproblemer-
skyldes kombinert atherosclerose/mikroangiopati/nevropati.Obs. sårprofylakse. 30% av de som må amputere ben pga.gangren er diabetikere.
Sår under føttene er trykksår pga. nedsatt sirkulasjon og sensibilitet. Instruer pasientene om:

- å inspisere føttene. De kjenner ikke sårsmertene i trykknekrotiske sår.
- å ikke ta for varme fotbad.
- å fjerne hard hud.
- å være omhyggelig ved valg av skotøy.

Etabler evt. fast kontakt med fotpleier.
Trykknekrotiske sår skal behandles konservativt.

Sår på tærne er oftest gangrenøse og går som regel til amputasjon.

Diabetisk nefropati-
er årsak til de fleste dødsfall hos insulinkrevende diabetikere. Proteinuri kommer som regel etter ca. 20 år og er et alvorlig faresignal. Etter 5 år med proteinuri har ca. 50% nyresvikt. Vær obs. på intermitterende proteinuri, altså det tilfeldige funnet som ved kontroll ikke verifiseres. Kreatinin på 200-250 kan henvises nefrolog, da rask progresjon er vanlig.
Diabetisk nefropati er hyppigste årsak til nyretransplantasjon.

Vedr. diabetisk neuropati: husk at også det autonome nervesystemet blir skadd ved gradvis denervasjon.
Vær obs på impotens, blæreatoni, hyperemesis (Primperan hjelper), og diare.

DIABETES-BEHANDLING

Mål for behandlingen:

- Fysisk og psykisk velvære.
- Unngå akutte komplikasjoner.
- Unngå senkomplikasjoner.
- Normal utvikling/normal reproduksjon.
- Holde blodsukker så normalt som mulig, i alle fall under 9 mmol

Midler i behandlingen:

1 Kostregulering.

Ved all diabetes er diettregulering viktig, og ved type II diabetes ofte eneste behandling.

Hovedsaken ved type II diabetes er å spise mindre enn man til daglig behøver. Dette gir endring av stoffskiftet fra anabolt til katabolt, og kroppens følsomhet for eget insulin øker slik at man kan oppnå et betydelig blodsukker fall. Individuelle kostlister er best, vektkontroll viktig.

Hovedregelen er i korthet å kutte ut sukker og søtsaker, begrense frukt, og komponere en diett som er adekvat mht. energibehov.volum behov og vitaminer/mineraler. Diabeteskosten harmonerer godt med det som anbefales av Statens ernæringsråd til normalbefolkningen generelt.

Diabetikervarer kan ikke spises fritt. Varemerkingen er under omlegging. Sorbitol som søtningsmiddel er uheldig og bør utgå, mens cyklamat og saccarin er OK. Små mengder sukker har liten betydning. mere sukker av og til er ikke farlig.

Ved type II diabetes bør kostregulering alene forsøkes i minst 6-8 uker før annen terapi overveies.
De fleste reguleres fint med diett, på ganske kort tid, selv fra verdier på 20. Ofte kreves ikke mer enn at de kommer over i katabolsk fase. Noen få kg. vektreduksjon kan senke bl.s. betydelig.

Gå altså ikke over til medikamenter før etter 6-8 uker. Er pasienten overvektig, vent ennå lenger.

Men vurderingen må skje på bakgrunn av vurdering av alder, overvekt, komplikasjoner etc. Ingen helt sikre retningslinjer.

2. Fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet øker glucoseopptaket i muskulaturen uavhengig av insulinkonsentrasjonen og blodsukkeret faller en del. Insulinbehovet kan halveres ved ved økt aktivitet. Insulindose bør derfor variere etter aktivitetsnivå.

Kortvarige anstrengelser har

TENDENSEN GÅR FRA NITID KONTROLL AV MATEN - -

- - TIL MER FRITT MATINNTAK, ETTER AKTIVITETSNIVÅET

liten innvirkning på blodsukkeret. Aktiviteten bør strekke seg over mer enn en halv time. Slik fysisk aktivitet har også en insulinliknende effekt som går ut over rent kaloriforbruk, og av varighet ca. et døgn.

Å oppmuntre til fysisk aktivitet er altså en viktig del av terapien, men vær obs. på at appetitten skjerpes, og at kostregulering er absolutt viktigst.

3. Perorale antidiabetika.

Kan være aktuelle ved type II diabetes der kostregulering og mosjon ikke gir tilfredstillende resultat.

Tablettbehandling virker ikke på alle, skal ikke brukes ved type I diabetes.

Kan gi hypoglycemi hos eldre hvis de spiser dårlig.

Daonil er mest brukt- har en lett diuretisk virkning.

Husk at alle antidiabetiske midler, også insulin, gjør det mye vanskeligere å ta av vekt.

4. Insulinbehandling

Må integreres med kostregulering og mosjon. Mange små måltider er ekstra viktig for insulinbrukere.

De fleste insulinbrukere tar nå to insulininjeksjoner daglig.

Alle type I diabetikere må ha insulin, også barn og gravide.

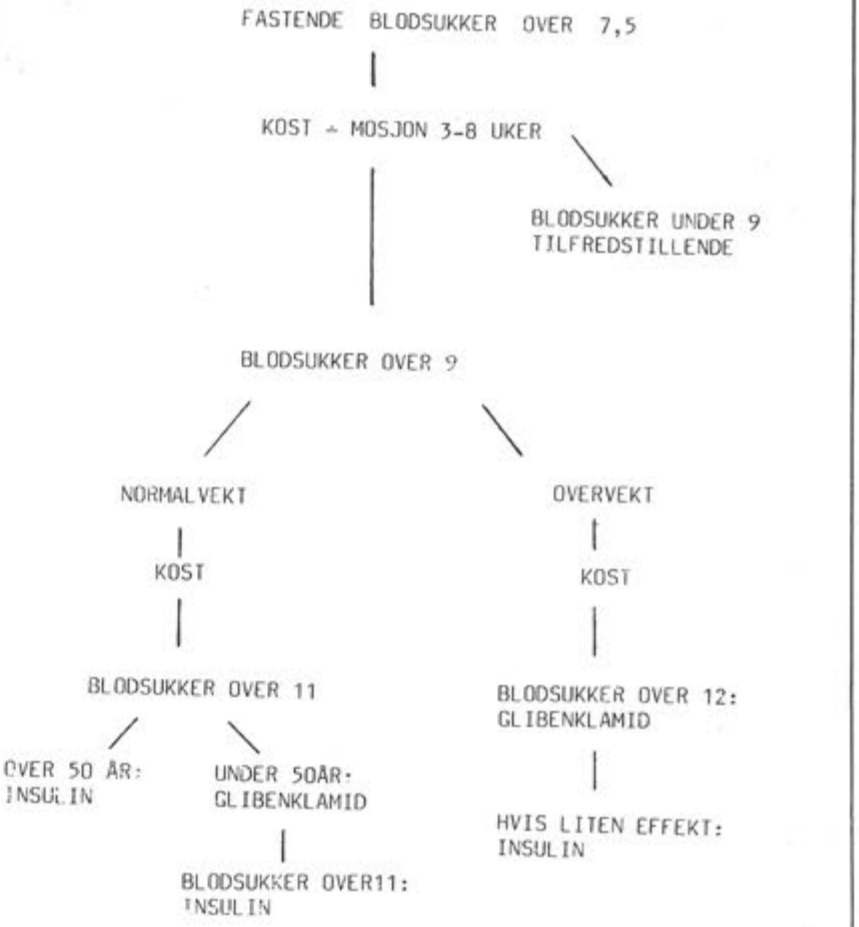
Ved type II : jo tykkere pasient, jo mer tilbakeholden med å gi insulin.

Igangsetting av insulinbehandling bør være en spesialistoppgave fortsatt.

Utløsende faktorer for hypoglycemi er utsatt måltid, økt fysisk aktivitet, alkohol, febersykdom.
Hypoglycemien inntrer oftest om natten.

Vær obs. på at beta-blokkere svekker den adrenerge fase av hypoglykemien og dermed signalet på føling.

Ved type II diabetes kan følgende skjema være en forenklet rettesnor



DIABETESKONTROLL HOS ALMENPRAKTIKEREN

Å drive diabeteskontroll forutsetter kompetanse, interesse og kapasitet. Lege og pasient må utvikle et nært samarbeid i forhold til sykdommen for å oppnå optimal kontroll.
Dels ved legeundersøkelser og laboratoriekontroller, dels ved pasientens egenkontroll av urin- og evt. blodprøver.

Hovedintensjonen er å kontrollere at blodsukkeret holdes så normalt som mulig, for å redusere risikoen for akutte og kroniske komplikasjoner.

Urinundersøkelser kan brukes, men medfører flere feilkilder:

Nyreterskelen varierer fra pasient til pasient.

Den varierer også for den enkelte pasient.

Den heves med økende alder.

Den heves med økende nefropati.

Samme blodsukker gir varierende grad av glucosuri avhengig av diuresen.

Grovt sett regnes 10 mmol som normal nyreterskel.
Enkelte kan på bakgrunn av ovenstående ha sukkerfri urin med over 20 mmol glucose i blod.

Som metode anbefales Tes-tape der pasienten sjelden har glucosuri, Diabur 5000 e mye enklere enn Clinitest ved behov for kvantitering. Her er Tes-tape for upålitelig.

BLODSUKKERMÅLINGER

Enkeltstående blodsukkerverdier hos type I diabetikere har liten mening pga. hyppige blodsukkersvingninger.
Det bør legges opp til økt egenkontroll som muliggjør hyppige blodsukkermålinger til forskjellige tider av døgnet.

For god kontroll bør døgnkurve tas et par ggr. ukentlig, gjerne på en hverdag og en helligdag.

Et praktisk mønster for slik døgnkurvebestemmelse:

- Fastende
- 2 t. etter frokost
- Før hvert av de øvrige måltider
- Evt. om natten når det erfaringsmessig kommer følingstegn
- Evt. i andre situasjoner der det er usikkerhet om følgene av uvant mosjon, av spesiell mat, av sykdom etc.

Hos type II diabetikere er enkelte blodsukkerverdier mer å stole på, pga. den større stabiliteten.

Hemo-glucotest er foreløpig den beste testen for "manuell" avlesning.

2 Uroscopy, or Physician and Patient (Erhard Reuwich)

GLYCOSYLERT HEMOGLOBIN

Hemoglobinet binder glucose, jo høyere blodsukkeret er, dess mer bindes til hemoglobinmolekylet.

Målingen av glycosylert hemoglobin avspeiler det gjennomsnittlige blodsukkernivå de siste 2 mndr., og er blitt et vesentlig bidrag til kontrollen ved type I diabetes

Verdien for almenpraktikeren perifert er foreløpig begrenset pga. begrenset holdbarhet ved forsendelse.

Det er sjelden indikasjon for å ta prøven på type II diabetikere, der vanlig blodsukker er en adekvat parameter på regulering.

DIABETES OG GRAVIDITET

En diabetiker som ønsker å bli gravid må først få regulert sin diabetes optimalt.
Familieplanlegning er viktig, fødsler bør ideelt sett være overstått innen 25 års alder.

Misdannelsesfrekvensen øker med økende glycosylert hemoglobin, fra tilnærmet 0% ved normalverdier til over 20% ved moderat forhøyede verdier.

Tidlig henvisning til indremedisiner og gynekolog er viktig, kontrollene skal foregå ved sykehus.

Ketoseutvikling opptrer hyppig og utgjør en stor risiko for intrauterin fosterdød.

De fleste blir innlagt for nøye overvåkning fra ca. 30. uke.

GLUCOSURI I GRAVIDITETEN

- er klart patologisk i 1.-2. trimester.
  Mål blodsukker. Klar henvisningsgrunn hvis fastende over 7,0 mmol.
- Mer signifikant hvis sukker i morgenurin,eller hvis flere prøver er pos.
- I 3. trimester er glucosuri relativt vanlig pga. senket nyreterskel. Ta likevel bl.s.

Diabetikeromsorg i Tingvoll — et utgangspunkt

Av Frode Heian

For ca. halvannet år siden startet vi en løpende vurdering av vårt eget opplegg for diabetespasienter.

Ved enkle midler og relativt lite tidkrevende arbeid har vi litt om litt opparbeidet et system. Det har vært en del forandringer underveis, og når det gjelder deler av opplegget er erfaringene ferske og ufullstendige.

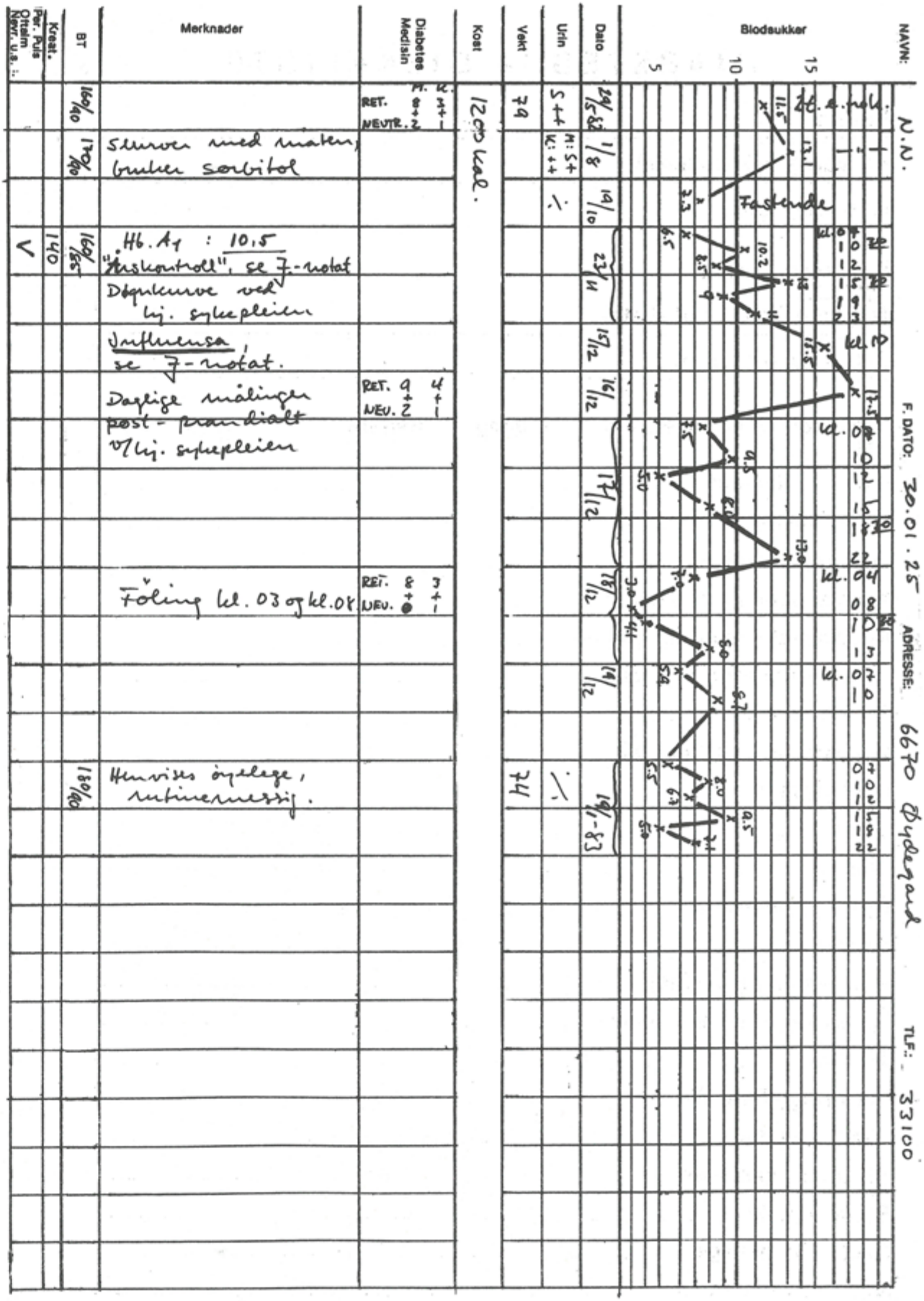
Vi håper likevel de kan tjene som utgangspunkt for den diskusjonen for den diskusjonen vi må ta fatt på, om diabetesomsorg i almenpraksis.

Tingvoll er en velavgrenset landkommune med 3600 innbyggere. Vi er 3 leger, 1 fysiokjemiker 1 sjukepleier foruten kontorassistent.

Det er 75 diabetikere i kommunen, dvs.2,08% av befolkningen,mot 1,8% på landsbasis. Det høye tallet skyldes trolig vår store andel av eldre (20% over 67 år).

14 av pasientene er insulinbrukere.

Eksempel på eget journalark for Diabeteskontroll: (forside)



Eksempel på eget journalark for Diabeteskontroll: (bakside)

DIABETES — SJEKKLISTE

Pasient: _____

Ansvarlig sykepleier(e): _____

Ansvarlig lege: _____

Pasienten har fått

følgende bok om diabetes: _____

Følgende brosjyrer: _____

Pasienten er informert om:	**1. gang**	**Senere**	(dato - sign.)
Hva er diabetes			
Insulininjeksjon			
Urinundersøkelser			
Kostsamtale med pasient			
Kostsamtale med pårørende			
Søtningsstoffer / dia.varer			
Tablettbehandling			
Blodsukker egenkontroll			
Hypoglycemi			
Coma			
Mosjon			
Feber / brekninger			
Fotpleie			
Prevensjon / graviditet			
Ferie / weekend-problemer			
Alkohol			
Bilkjøring / førerkort			
Skatt / trygder			
Senkomplikasjoner			
Støttekontakt			
Skole / barnehage			
NLS / Lokalforening			

I store trekk følger vi Torbjørn Gjemdals hefte som vel er kjent for de fleste. Det er etter vår mening den beste enkle fremstilling av de ulike aspekter ved diabetesomsorgen.

Her skal vi legge hovedvekten på våre erfaringer med·

-fordeling av oppgaver på ulike yrkesgrupper.
- egenkontroll
- diagnosearkiv
- eget journalark for diabetikere.

FORDELING AV OPPGAVER

Vi har gjennomført et internt skoleringsopplegg for alle på helsesenteret for å høyne generelt kunnskapsnivå. Hjelpepersonellet er i motsetning til legene, fra bygda og kan bidra med verdifulle opplysninger om kostsvikt, årsaker til dette, og andre forhold som har betydning for sykdommen.

Spesielt vår sykepleier har et skarpt blikk for ulike former for svikt, og klarer uten å fungere eller bli oppfattet som angiver, å avdekke problemer som legene aldri ville fått vite om ellers.

Det er lagt stor vekt på informasjon og praktisk tilbud om vektreduksjon, med sykepleier som selvstendig ansvarshavende.

Ved en del av kontrollene har vi innkalt 3-4 diabetikere av omtrent samme "kategori" (visse motforestillinger av hensyn til taushetsplikten)
Pasienten går da først inn på laboratoriet, deretter til et kontor for "kostprat" med sykepleier som hjelper til med avkledningen og kartlegger evt. problemer. Det er vår erfaring at pasientene er atskillig mer åpen i denne situasjonen, muligens fordi de står overfor en sykepleier, samboyding, og en som har bedre tid.
Legen deltar ofte fra starten, eller kommer inn for orientering og gjennomføring av klinisk undersøkelse. På denne måten er det lettere å gjennomføre prinsippet om undersøkelse av pasientene i avkledd tilstand, og likevel ta seg god tid til legearbeidet.
Dette er et opplegg som kan være praktisk ved grundigere sjekk (årskontroller), de fleste kontrollene foregår fremdeles i et mindre strømlinjeformet opplegg.

Vi har også lagt økt vekt på informasjon og rådgivning om fysisk aktivitet.
Alle pasienter som kan dra nytte av det, får orientering om den døgnlange insulinliknende effekten av en skikkelig tur e.l. Enkelte får en kondisjonstest på ergometersykkelen, som utgangspunkt for senere sammenlikninger som motivering for slanking og mosjon.

HJEMMESYKEPLEIEN

har hovedkontakten med ca.15 av pasientene, setter insulin på en del av disse og tar blodsukkerkontroller -også døgnkurver. Gjennom de par skoleringsmøtene vi har hatt er det et gjensidig inntrykk at hj.sykepleierne tar mer aktivt del i kostholdsveiledningen, de er mer obs. på diabetes som årsak til diffus symptomatologi, og kommunikasjonen til oss er bedret.

BLODSUKKERKONTROLL

På kontoret har vi to fotometre, Glucometer og Hypocount B. Disse synes for oss omtrent likeverdige, Hypocount B er noe enklere i bruk og egner seg derfor best til utlån. Glucometer har den fordelen at tilhørende stix (Dextrostix) kan avleses inntil et døgn etter prøvetaking. Enkelte pasienter tar da prøver hjemme og får disse avlest fotometrisk hos oss neste dag. De kan evt. sammenlikne med parallellprøver tatt på sine egne Haemo-gluco-stix. Erfaringen her er at pasientene har en tendens til å måle noe for lave verdier, men sjelden større feil enn 2 mmol.
men sjelden større feil enn 2 mmol.
Våre apparater blir regelmessig sjekket ved å sende inn parallellprøver, og feilmålingene for begge apparater ligger sjelden over 1 mmol.
Vi synes vi har mye mer igjen for å ta døgnkurver litt sjeldnere enn enkle morgenprøver.
Likevel går hovedmengden av kontrollene fremdeles på morgenprøver av praktiske grunner. Her i kommunen er det hensiktsmessig å ta prøvene postprandialt, pga. reiseavstander o.l. Dessuten innbiller vi oss at en del pasienter som før har fastet i nær sagt dagevis før bl.sukkerkontrollen, nå ikke finner så stort poeng i det lenger.
Svært mange pasienter er takknemlige for å få spise frokost før de kommer.

DIAGNOSEARKIV

-skaffet vi oss på en meget enkel måte. Vi hadde fra før en liten notisbok der alle bl.sukkerverdier ble ført fortløpende. Der fant vi navnet på alle diabetikerne i kommunen så nær som to ikke insulinkrevende som ikke hadde vært til kontroll på lang tid.

Det tok 8 timer å gå gjennom journalene og systematisere arkivet på små kort fra arkivettsystemet. Diagnosearkivet bruker vi til:

- å holde oversikt over pasientgruppen, sjekke hvem som faller ut av kontrollene o.l.
- sende ut generell informasjon.
- innkalle grupper for informasjonsmøter.

EGET JOURNALARK

For denne pasientgruppen, der det er en så viktig sammenheng mellom laboratorieverdier og andre opplysninger, fant vi det hensiktsmessig å samle alt på ett ark. Dette bruker vi for den ca. halvparten av pasientene som enten bruker insulin eller har noe ujevn regulering. Vi synes det hjelper oss lettere, og ikke minst raskere, å se sammenhengen mellom bl.s. verdiene og endringer i medikasjon, interkurrente sykdommer, kostsvikt osv.

ERFARINGER

Generell kunnskapsøkning blant personalet har høynet oppmerksomheten på spesielle problemer, og bedret kommunikasjonen/samarbeidet når det gjelder diabetes.

Det er en mer aktiv holdning hos en del av pasientene og deres pårørende til kost, mosjon o.l.

Vi har fått en noe bedre oversikt over pasientgruppen og dermed bedre kontroll med, og planlegning av omsorgen.

Blodsukkeret hos enkelte problempasienter er i gjennomsnitt noe lavere enn før. (4 pas. ned 4 mmol i gjennomsnitt).

5 pas. (eldre kvinner alle sammen) har gått ned fra 5 til 9 kg. (7 kg i gjennomsnitt). Meget fornøyde, føler at de har begynt på et nytt og bedre liv, osv.

Vi har forøvrig gått over kolonial forretningene i kommunen, med samling av diabetikervarene på ett sted, og med anbefalinger/advarsler for ulike varer.

Å LEVE MED DIABETES

Ved Øystein Pedersen

Fra en samtale med tre diabetikere om deres erfaringer som pasienter og som medlemmer i lokale diabetikerforeninger.

De som deltok: Synnøve Betten, 27 år, Kristiansund.
Mona Tandberg Danielsen, 34 år, Eide. Edvin Skjølsvik, 38 år, Kristiansund.

"VI ER IKKE SYKE"...

De fleste diabetikere lever normale liv i hjem og samfunn, og opplever seg ikke syke i vanlig forstand. Å leve med diabetes krever ikke så stor omstilling utenom nødvendig kosthensyn og evt. medisin, og dette tilvenner man seg som regel raskt. Hvis pasienten og familien aksepterer tilstanden, går denne tilpasningsprosessen mye lettere enn om man prøver å benekte det og skjule det. Mange diabetikere tør ikke vedkjenne seg sitt "avvik", spesielt de unge, og dette kan føre til sosial isolasjon og evt. psykiske problemer. Dette hindrer dem også i å ta kontakt med lokale diabtesforeninger der de kunne fått hjelp med problemene.

"DIABETIKERFORENINGER ER VIKTIGE"

Folk flest, også de som får diabetes, har mange vrangforestillinger som tilstanden. Mye uvitenhet og mange misforståelser kan korrigeres i det erfaringsfellesskap som diabetikerforeningene gir. Der møter man andre i samme situasjon, der er det OK å ha diabtes og OK å snakke om sine problemer med kosthold, sprøyter, idrett, arbeid, bekymringer m.m.

Hos legen blir det ofte mye overveldende informasjon på en gang, og ikke alle er like konkrete i sine råd. Her kan diabetikerforeningene veilede den enkelte ut fra erfaringer og konkret kjennskap til leve- og kostregler.

Diabetikerforeningene driver dels intern undervisning bl.a. i bruk av egenkontroll-utstyr, og dels utadrettet virksomhet med møter, kurs, informasjon til familie og arbeidslasser. Foreningene formidler ny viten om fremskritt innen behandling og kontroll. Flere steder kjøper de også inn testmateriale for urin og blodsukker, som videreselges til den enkelte bruker til subsidet pris. (Utgiftene til testmateriell ved diabetes vil forøvrig dekkes fullt ut av Folketrygden fra 1/1 -84).

"EGENKONTROLL ER ABSOLUTT NØDVENDIG.

Mange leger legger alt for stor vekt på den blodsukkerverdi som måles ved konsultasjonen, og legger liten vekt på opplæring av pasientene til den kontinuerlige kontroll de selv ken drive med urin- og blodsukkerundersøkelser hjemme. Egenkontroll er mer pålitelig, ikke minst fordi "mange prøver å forbedre blodsukkerverdien før lege-undersøkelsen ved å ta litt ekstra insulin samme dag, eller skjerpe dietten en uke før kontroll" (!!).

Egenundersøkelse av urin er enkelt med de nye stixtypene, og har stor verdi hos aldersdiabetikere, særlig dersom de fører dagbok. (Fås fra Boehringer eller Meda A/S). Noen slutter fordi de blir for sykdomsopptatt og "nervøs" av daglige urinundersøkelser, andre fordi "de gir blaffen, orker ikke å bry seg med det og tenke på det".

Muligheten for egenkontroll av blodsukker er et viktig fremskritt som gir diabetikeren svar på om blodsukkeret er unormalt når han ikke føler seg i form. Med hensyn til selve prøvetakingen finnes det nå små trykknappregulerte nåler (Autolett, Autoklikk) som er mye bedre enn lansett. Sterilitet er unødvendig, stikk på siden av fingertuppen er mest skånsomt. Kontrollstrimlene kan deles på langs (kostbare !) og visuell avlesning i dagslys er godt nok.

MANGE MYTER OG MISFORSTÅELSER OM DIABETESKOST.

Omlegging av tilvante kostvaner er ofte det tyngste løftet, spesielt for aldersdiabetikere. Misforståelsene gjør det som regel enda vanskeligere enn det behøver bli. "Da kan jeg aldri spise noe søtt". "Da må jeg slutte med alt jeg liker" ... Realitetene er å styre unna søtsaker og fett, begrense melk, frukt, brød og kokt potet etter kaloribehov- og ellers legge opp til et variert og sunt kosthold. Brosjyren "Mat og diabetes" fra NLS anbefales, likeledes fins flere bøker om dette (se litteraturlisten)* Fleksibilitet og individuell tilpasning er nøkkelord. "Litt mye sukker av og til gjør ingen ting". "Små gleder gjør som regel liten skade". Ekstra brødskiver e.l. bør tas før og etter "utskeielser" som jogging og lengre turer. Alle diabetikere bør ha med lett resorberbart sukker (Druesukkertabl. 1 g., sukkerbiter e.l.) for å behandle evt. følingsymptomer raskt.

"LEGEN MÅ TA SEG BEDRE TID."

Mange diabetikere opplever at de ut fra egen erfaring, kurs eller tidsfskriftlesning (Diabetikeren) vet mer om diabetproblemer og diabetesbehandling enn legen. Legers varierende kunnskap og interesse for diabetes avspeiler seg ofte i tidsbruken ved kontrollene. De som interesserer seg lite, gir pasienten alt for liten tid og tilfeldig og mangelfull informasjon. Doktorspråket er også et problem, og mange kan ha vansker med å få med seg det legen sier m.h.t. kosthold, aktivitet, medisiner, m.m. Særlig de eldre har ikke mot til å komme fram med sine spørsmål eller be om forklaringer dersom legebesøket preges av tidsnød.

Forutsetningen for god diabeteskontroll er at pasienten skjønner hva sykdommen innebærer, og derved kan kan ta de nødvendige hensyn. Mange betydningsfulle misforståelser er blitt oppklart på diabetikerforeningens møter. Legene bør derfor oppfordre nye diabetikere til å ta kontakt med den lokale diabetikerforening. De bør også supplere det de sier med skriftlig informasjon, foreks. de spesielt egnede brosjyrene som utgis av NLS, Hoechst, Novo Industri og Nordisk Insulinlaboratorium. (Se litteraturlisten). Hyppige kontroller hos interessert lege bedrer egeninnsatsen!

"OPPRETTELSE AV DIABETESTEAM ER VIKTIG".

Alle tre fremhever at det snarest mulig bør opprettes diabetesteam i hvert fylke i tråd med NLS-utredningen om diabetesomsorgen i Norge.

Forts. side 25

* Kommer i neste nr.

Hvilke diabetikere har rett til grunnstønad?

1. jan. -83 ble det innført nye særsatser for grunnstønad til diabetikere, for dekning av ekstrautgifter til kostholdet.

De nye særsatsene er lavere enn den tidligere grunnstønad til diabetikere.

Bakgrunnen for dette er en utredning fra Statens ernæringsråd, som fant at ekstrautgiftene ved hensiktsmessig diabeteskost er lavere enn tidligere antatt. Der konkluderes likevel med at kostbehandling ved begge typer diabetes medfører ekstrautgifter, med høyere utgifter ved insulinbehandlet diabetes.

Alle insulinbehandlede diabetikere får nå stønad. etter 2 satser avhengig av inntekt (enten kr.2004 eller kr.3192 i-83).

Ikke insulinbehandlede diabetikere er gjenstand for behovsprøving, avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad og pasientens inntekt. Satsen er i -83 kr.2004, altså tilsvarende laveste sats for insulinbrukere.

For å få innvilget grunnstønad må der foreligge legeerklæring. Vi gjengir utdrag fra lov om folke trygd (rundskriv des.-82)

I den første tiden etter at en ikke-insulinkrevende sukkersyke er påvist, vil det ikke straks være klarlagt hvilken kostendring som vil komme til å bli nødvendig (vedlikeholdsdietten). I disse tilfellene vil det ikke kunne gis opplysninger om hvilken kostbehandling den trygdede vil komme til å trenge.
Som hovedregel bør det derfor ikke gis legeerklæring før behandlingen er kommet så langt at det kan konstateres om sukkersyken er så alvorlig at den vil medføre kostendringer utover det å sløyfe sukker og søte matvarer.
For overvektige ikke-insulinbehandlede diabetikere hvor deittbehandling er foreskrevet, dels for å oppnå vektreduksjon, bør legeerklæring ikke gis før der er avklart om det er mulig å oppnå en tilfredstillende reduksjon av kroppsvekten.

Vilkårene for grunnstønad anses ikke å være tilstede i følgende tilfelle:

Består kostholdsendringen bare i at sukker og søte matvarer sløyfes, antas det ikke å foreligge ekstrautgifter som gir rett til grunnstønad.

Dersom det er på det rene at den foreskrevne diettbehandling ikke overholdes, er vilkårene for rett til grunnstønad heller ikke oppfylt.

For så vidt angår overvektige ikke-insulinbehandlede diabetikere vil det ofte til å begynne med bli etablert et kostregime som også tar sikte på å redusere kroppsvekten. Så lenge en slik kostbehandling pågår, vil ikke vilkårene for å kunne tilstå grunnstønad i alle tilfeller være oppfylt. Det vil nemlig ikke alltid kunne sies at den trygdede har "gjennomgått hensiktsmessig bahandling" og det vil heller ikke alltid være avklart om det foreligger "varig sykdom".

det er kjent at vektreduksjon hos overvektige diabetikere fører til en bedret insulineffekt med tilfredstillende kullhydratomsetning. Ved tilstrekkelig vektreduksjon medfører det for noen ikke-insulinbehandlede diabetikere at sukkersyken ikke lenger er manifest. I slike tilfeller antas det ikke å foreligge ekstra kostholdsutgifter og grunnstønad skal ikke tilstås.

NORGES LANDSFORBUND FOR SUKKERSYKE

En presentasjon av generalsekretær Georg Gramfjeld

Norges Landsforbund for Sukkersyke (NLS) er diabetikernes interesseorganisasjon. Forbundet ble opprettet 30. september 1948 med det formål å samle de sukkersyke i et fellesskap, drive opplæringsvirksomhet og å ivareta diabetikernes medisinske, sosiale og økonomiske vilkår.

Forbundet har idag 5 fylkeskretser, 74 lokalavdelinger og omlag 12.500 medlemmer. Forbundet ledes av et styre på 9 medlemmer, og den daglige drift foreståes av et sekretariat med 7 ansatte. Videre har forbundet knyttet til seg en medisinsk medarbeider og et legeråd bestående av fremstående diabetologer. Legerådet foreslåes nå omdannet til et medisinsk fagråd slik at man også kan knytte til seg annet fagpersonell som f. eks. dietetiker og sykepleier.

NLS har eget diabetessenter beliggende i Larsdal kommune i Vestfold, og her får 250-300 diabetikere eller pårørende opplæring i egenomsorg. Hvert år avholdes det kurs for foreldre til små diabetiske barn, barn i alderen 8 - 13 år, samt for voksne insulintrengende diabetikere og for eldre/uføre (selvhjulpne).

Det avholdes også en rekke lokale kurs i regi av lokalavdelingene og i samarbeide med sykehusene. Forbundet er nettop blitt godkjent som Studieorganisasjon under Voksenopplæringen slik at denne del av vår kursvirksomhet vil bli intensivert i tiden fremover.

Forbundet utgir en rekke brosjyrer og tidsskriftet "Diabetikeren" som utkommer 6 ganger i året. Videre utgir vi norske og internasjonale ID-kort. Medlemskontingenten er kr. 95.- pr. kalenderår, og alle medlemmer får tilsendt tidsskriftet gratis.

Medlemskontingenten innbetales direkte til NLS, men hvis det finnes en lokalavdeling i rimelig nærhet av ens bosted, blir man automatisk medlem av denne samtidig. Lokalavdelingene driver forskjellige former for aktiviteter, møter med medisinske og sosialmedisinske foredrag, kursvirksomhet o.l., samtidig som det legges stor vekt på sosialt samvær. **Forts. side 29**

Norges Landsforbund for Sukkersyke

Sekretariat: Wdm. Thranesgt. 98, Oslo 1. Telefon: (02) 35 49 84.

HOVEDSTYRET:

Formann: *Kristian Baardsen, Stavanger.*
Styremedlemmer: *Anne Lise Ellefmo, Sandefjord, Bjørn Evang, Gjøvik, Lornts Hægstad, Levanger, Egil Kjelbrott, Oslo, Per Lie, Haugesund, Rannfrid Meyer, Oslo, Mildfrid Totland, Bergen, Jan Robert Aalstad, Bodø.*
Medisinsk medarbeider: *Ass. overlege Torbjørn Gjemdal, Fredrikstad.*

LANDSFORBUNDETS LEGERÅD:

Formann: *Dr. med. Kristian F. Hanssen, Oslo.*
Rådets medlemmer: *Dosent, dr. med. H. H. Bassøe, Bergen. Lege Ivar Følling, Trondheim. Ass. overlege Torbjørn Gjemdal, Fredrikstad. Dosent, dr. med. Jak Jervell, Oslo. Overlege, dr. med. R. Jorde, Kristiansand S. Dosent, dr. med. Oddmund Søvik, Bergen. Dosent, dr. med. Øystein Aagenæs, Oslo. Overlege Sylvi Aanderud, Tromsø.* Tilknyttet: *Dietetiker Jorunn Sander, Høvik og oversykepleier Aase Skaar, Tønsberg.*

LOKALAVDELINGER:

* **Alta og omegn diabetikerforening:** Eli Nygaard, Raipas, 9510 Elvebakken. Tlf. 084-35 106.

Asker og Bærum Diabetikerforening: Gerd E. Hagen, Gjettumvn. 47 B, 1346 Gjettum. Tlf. 02-13 12 24.

Aust-Agder Sukkersykeforening: Trond S. Berg, Tiurveien 34, 4800 Arendal. Tlf. 041-23130.

Bergen og Omegn Diabetikerforening: Randi Røssland, Øyjordsvn. 84, 5035 Bg.-Sandviken. Tlf. 05-25 97 63. Kontor: Christiesgt. 5—7. Tlf. 05-23 25 09 (onsdag 10—14).

Berlevåg Sukkersykeforening: Svanhild Richardsen, Postboks 271, 9980 Berlevåg. Tlf. 085-81 123.

Dalane Sukkersykeforening: Kristine Pettersen, Sannarnes, 4365 Hellvik i Eigersund. Tlf. 04-49 69 35.

Diabetes Gjøvik/Toten: Åge Håkegård, 2858 Kapp.

Drammen og Omegns Sukkersykeforening: Atle Gregussen, Riksv. 68, 3022 Solbergelva. Tlf. 03-87 02 51.

* **Eide og Omegn Sukkersykeforening:** Mona Tandberg Danielsen, 6490 Eide. Tlf. 072-96 207.

Eidskog Sukkersykefor.: John Repseth, 2230 Skotterud. Tlf. 066-35644.

Elverum og Omegns Diabetikerforening: Vakant.

* **Farsund og Omland Sukkersykeforening:** Odd Salen, 4550 Farsund. Tlf. 043-90 608.

Flekkefjord Sukkersykeforening: Reidar Hansson, Idrettsvn. 4, 4400 Flekkefjord. Tlf. 043-23185.

* **Flora og Bremanger Sukkersykeforening:** Gaddesvåggt. 7, 6900 Florø.

Follo Diabetikerforening: Irene Norløff, Sandbovn. 18 A, 1400 Ski. Tlf. 02-87 09 05.

Fredrikstad og Omegns Diabetikerforening: Erling Høyum, Grimstad, 1650 Sellebakk. Tlf. 032-49 117.

Førde og Omegns Sukkersykeforening: Fritjof Hansen, Fosholene, 6801 Førde. Tlf. 057-21659.

Gand Diabetlag-Sandnes: Erik Sannerud, Boks 3019 Ganddal, 4301 Sandnes. Tlf. 04-67 31 10.

Hadeland Diabetikerforening: Mina Steen, 2753 Sølvsberget. T. 060-39160.

Halden og Omegns Diabetikerforening: Manny Pettersen, Stangløkkvn. 14, 1750 Halden. Tlf. 031-84788.

* **Hallingdal Sukkersykeforening:** Ivar Haugeie, 3550 Gol.

Hamar og Omland Sukkersykes forening: Jorunn L. Enger, Fagerhøy, 2310 Stange. Tlf. 065-71 801.

Hammerfest og Omegn Diabetikerforening: Jacob Evensen, Skivn. 6 a, 9600 Hammerfest. Tlf. 084-11 257.

Harstad og Omland Diabetikerforening: Odd D. Hansen, Østeråsvn. 17, 9400 Harstad. Tlf. 082-73 164.

Haugesund og Omegns Diabetikerforening: Klara Martinsen, 4262 Avaldsnes. Tlf. 047-42273.

Hemnes og Omegn Diabetikerforening: Ingmar Hanssen Juvik, 8640 Hemnesberget.

Horten og Omegns Diabetikerforening: Wilhelm Gjertsen, Skolegt. 15, 3190 Horten. Tlf. 033-42667.

Indre Hardanger og Omegns Diabetikerforening: Bjarne Helland, postboks 222, 5751 Odda.

* **Indre Østfold Sukkersykeforening:** Wenche Larsen, Moenstubben 2, 1800 Askim. Tlf. 02-88 31 32.

Inn-Trøndelag Sukkersykeforening: Lornts Vang, 7680 Utøy. Tlf. 077-55 649.

Jæren Diabetikerforening: Alf Sveinsvoll, 4063 Voll. Tlf. 04-67 12 94.

* **Kongsberg og Omegn Sukkersykeforening:** Kjell Fredriksen, Eikevn. 16, 3600 Kongsberg. Tlf. 03-73 11 53.

Kragerø og Omegn Diabetikerforening: Hans Chr. Thoner, Øya 19, 3770 Kragerø. Tlf. 036-81 220.

Kristiansand og Omegn Sukkersykeforening: Ernst A. Nevestad, Mesanvn. 1, 4620 Vågsbygd. Tlf. 042-85423.

Kristiansund og Omegns Diabetikerforening: Edvin Skjølsvik, P. Bendixsensgt. 20 B, 6500 Kristiansund N. Tlf. 073-75957.

Land Sukkersykeforening: Kari Granum, Aalterud, 2864 Fall.

Lardal og Omegns Sukkersykeforening: Marit Rimstad, Rimstad, 3272 Kvelde.

Larvik Sukkersykeforening: Odd Dahl Hansen, Frankendalsvn. 22, 3250 Larvik. Tlf. 034-85479.

* **Lillehammer og Omegns Sukkersykeforening:** Inger Stene, Hammersengvn. 45, 2600 Lillehammer.

Luster Diabetikerforening: Jon Kjørlaug, 5830 Luster. Tlf. 056-85100 nr. 125.

Midt-Gudbrandsdal Sukkersykeforening: Astrid Sletten, 2640 Vinstra. Tlf. 062-81 100/1888.

* **Midt-Telemark Diabetikerforening:** Helga Kåsa, 3800 Bø i Telemark.

Midtre Nordland Diabetikerforening: Nils Hansen, Vei 679 nr. 23, 8016 Mørkved. Tlf. 081-14 737.

* **Midt-Troms Sukkersykeforening:** Wenche Danielsen, Stormyra II, 9300 Finnsnes. Tlf. 089-40 871.
* **Moss og Omegn Diabetikerforening:** Bjørn Melsom, Hasselin 8, 1555 Son.
* **Namdal Diabetikerlag:** Frode Grøtan, Dølvn. 63, 7800 Namsos.

Narvik og Omegn Diabetikerforening: Geir Fridfeldt, Snorresgt. 20, 8500 Narvik.

Nedre Romerike Sukkersykeforening: Jon Johnsrud, 2045 Leirsund. Tlf. 02-74 76 70.

* **Nedre Telemark Diabetikerforening:** Mantey Løver, Ilen Terasse 9 Bøle, 3700 Skien.

Nes og Odal Sukkersykeforening: Trygve Tangerud, Postboks 90, 2150 Årnes. Tlf. 02-90 11 50.

* **Nord-Troms Sukkersykeforening:** Marit Lanes, 9074 Samuelsberg.
* **Notodden og Omegn Diabetikerforening:** Karen Mostue, Harald Bjerkesgt. 23, 3670 Notodden.

Os Diabetikerforening: Sigbjørn A. Hjelle, Langedalen, 5212 Søfteland. Tlf. 05-30 05 50.

* **Oslo og Omegn Diabetikerforening:** Bjørn Kator, Årvollvn. 4, Oslo 5. Tlf. 02-15 65 18. Kontor: Mandag—fredag 10—12. Tlf. 29 52 40. Postboks 104 Lambertseter, Oslo 11.

Rana Diabetikerlag: Erling Saus, Sagbakkvn. 6, 8600 Mo. Tlf. 087-50 211 (8—16).

* **Ringerike Diabetikerforening:** Edith Granli, Hønsrud, Viul, 3500 Hønefoss.

Romsdal Diabetikerlag: Sigmund Fagerlie, Solliv. 24 B, 6400 Molde. Tlf. 072-51075.

Røros og Omegn Diabetikerforening: Rigmor Stolt, Hådalen, 7460 Røros. Tlf. 074-13970.

Sande Diabetikerlag: Sigrid S. Knotten, 6082 Gurskebotn.

Sandefjord Sukkersykeforening: Jørgen Hotvedt, Svartåsstien, 3200 Sandefjord.

* **Sandnessjøen og omegn diabetikerforening:** Odd Roald Andreassen, Henrik Wergelandsgt. 28, 8800 Sandnessjøen. Tlf. 086-41 683.

Sarpsborg og Omegns Sukkersykeforening: Kåre Hansen, Utsiktveien 24 A, 1700 Sarpsborg. Tlf. 031-53955.

Sigdal og Omegns Sukkersykeforening: Gunhild Bakke, 3350 Prestfoss. Tlf. 03-71 02 57.

Solør Diabetikerforening: Linnea Snapa, 2260 Kirkenær. T. 066-47524.

Stange Diabetikerforening: Sverre Bånerud, 2310 Stange. T. 065-71120.

Stavanger og Omegns Diabetikerforening: Olav Vadset, Madlavn. 338. 4042 Hafrsfjord.

Strand Diabetikerforening: Gunnar Berg, Barkved, 4100 Jørpeland. Tlf. 04-44 78 32.

Stryn og Omegns Diabetikerlag: Klara Bergem, 6880 Stryn. Tlf. 057-71000 nr. 6.

Sunndal Sukkersykeforening: Guro Mæland, Skjøllendgt. 16 B, 6600 Sunndalsøra. Tlf. 073-92045.

* **Sunnhordland Diabetikerlag:** Per Håvard Vikanes, Lønningsåsen 81, 5400 Stord.
* **Tromsø og Omegn Sukkersykeforening:** Linnea Lockertsen, Grimsbyvn. 35, 9000 Tromsø. Tlf. 083-84 323.

Trysil Sukkersykeforening: Anita Olsson, 2420 Trysil.

Trondheim og Omegn Sukkersykeforening: Arne Bratsberg, Postboks 201, 7001 Trondheim. Tlf. 075-27987.

* **Tønsberg og Omegn Diabetikerforening:** Kristin Øygard, Østbyvn., 3132 Husøysund.

Valdres Diabetikerforening: Arnbjørg Snipstad, 2910 Aurdal. Tlf. N.Aurdal 275.

* **Vefsn og Omegn Diabetikerforening:** Aud Hauso, Heming Ungesv. 14 D, 8650 Mosjøen.
* **Vesterålen Diabetikerforening:** Kjartan Garnes, Hauanvn. 16, 8450 Stokmarknes. Tlf. 088-51 017.

Vågå og Omegn Sukkersykeforening: Marit Valde Janson, 2680 Vågåmo.

* **Øvre Romerike Diabetikerforening:** Torill Uhlen, M. Jul Halvorsens vei 11, 2050 Jessheim.

Ålesund og Sunnmøre Diabetikerlag: Eva Vaksvik, Hessa, 6000 Ålesund. Tlf. 071-25744.

På vei mot 1. januar 1984:

RAPPORT FRA ARBEIDSGRUPPA FOR INNPASSING AV LEGE- OG FYSIOTERAPITJENESTE I KOMMUNEHELSETJENESTEN

Av Ola Lilleholt

I brev datert 6.desember 1982 inviterte Sosialdepartementet til dannelsen av en arbeidsgruppe som skulle klarlegge en del sider ved den praktiske gjennomføringa av Lova om helsetjenesten i kommunene. Arbeidsgruppa skulle legge fram sitt syn innen 15. februar 1983. Resultatene fra disse møtene er samlet i et stensil på 33 sider som nådde fram til distriktslegekontoret i Rindal i uke 24. Arbeidsgruppa var sammensatt av innflytelsesrike personer fra Sosialdepartementet, Finansdepartementet, Forbruker- og administrasjonsdepartementet, Norske Kommuners Sentralforbund (NKS), Oslo kommune (Overlege Harald Siem), Norske Fysioterapeuters Forbund (NFF) og Den norske legeforening (Harald Hauge, Sverre Strand og Eli Berg Bratlie). Det er lakonisk anført at Kommunaldepartementet ikke ønsket å delta i arbeidsgruppa.

Her møtes de store kanonene og vi infanterister registerer med stor interesse disse første trefningene. Sjøl om alle har hatt mange år til å forberede seg mentalt på den nya lova, får mange detaljer ny betydning når de skal passes inn i det nye kartet. Strukturen i primærhelsetjenesta er formet av forskjelligartede stimuli gjennom årtier, for ikke å si århundreder. Nå har vi på demokratisk vis gjort et valg om å bygge en ny struktur som vi i siste instans håper skal resultere i en bedret folkehelse. Ut fra rapporten kan en med større sikkerhet en noen gang før lokalisere potensielle konflikter og problemer i de kommende forhandlingene. Arbeidsgruppa har laget en katalog over uavklarte spørsmål og kommer med forbausende samstemte forslag til hvordan de bør søkes løst. Tabellen er en litt forenklet utgave av den som finnes i rapporten. Arbeidsgruppa tenker seg følgende prosedyrer som forsåvidt er både velkjente og tradisjonsrike:

a. Stortinget vedtar. Spørsmål om bevilgninger og punkter det er særlig nødvendig med en nasjonal politikk hører under denne gruppen. Eks. rammetilskuddets størrelse.

b. Forskrifter. Aktuelt på punkter der det er behov for utdyping av lovbestemmelser.

c. Sentrale forhandlinger. Dnlf og NFF forhandler sentralt med NKS og Oslo kommune og/eller staten på en rekke punkter.

d. Kommunene avgjør. Eks.: antall nye stillinger/avtaler.

e. Lokale forhandlinger. Eks.: Plassering i klasse for driftstilskott for de privatpraktiserende vi nå har.

I utgangspunktet hadde Sosialdepartementet anmodet gruppa om å komme med forslag til standardavtaler mellom kommunene og privatpraktiserende leger og fysioterapeuter. NKS ønsket ikke å være med på å lage slike utkast fordi disse kunne virke ledende i de kommende forhandlingene. I det hele tatt vil en i rapporten finne at NKS dissenterer i forhold til flere av spørsmåla som har vært oppe. Det er åpenbart kommunene vil måtte kjempe med de størst omstillingene i månedene som kommer og som primært vil møte uforutsette problemer. På denne bakgrunn kan en godt forstå at NKS heller ønsker å forhandle om løsninger framfor at uavklarte spørsmål blir avgjort gjennom diktat fra Sosialdepartement og Storting. Normaltariffen har de siste par årtier vært fastsatt etter forhandlinger mellom staten og legeforeninga. NKS krever naturlig nok nå å få bli part i alle sentrale forhandlinger som angår de økonomiske forhold i primærhelsetjenesta.

Lovens formulering om at "Almentpraktiserende leger, fysio-

Forts. neste side

terapeuter eller jordmor som i tiden før denne lov trer i kraft lovlig har drevet privat praksis som hovederverv, har rett til avtale med kommunen som nevnt i partagraf 4.1." medfører en serie fortolkningsproblemer som må klarlegges gjennom et sett forskrifter med definisjoner av "hovederverv" og "tiden før loven trer i kraft".

Lovens formuleringer om kommunen plikt til å "sørge for" og "medvirke til" at helsepersonell får "påkrevet" videre- og etterutdanning åpner for problematiske fortolkningsspørsmål. Noen mener at denne "retten" skal sees i inntektspolitisk sammenheng. NKS mener at alle spørsmål knyttet til videre- og etterutdanning må finne sin løsning gjennom forhandlinger mellom partene, mens representantene for faggruppene ønsker at dette er spørsmål som må reguleres gjennom sentralt utarbeidede forskrifter. Gruppa konstaterer at det vil bli vanskelig å innarbeide en gruppe med store videre- og etterutdanningsbehov i kommunens øvrige virksomhet. Det vil lett føre til press fra andre grupper om en tilsvarende rett til videre- og etterutdanning.

Forhandlingsordningen for de privatpraktiserende legene og fysioterapeutene kan resymeres slik: Ved budsjettforhandlingen hver høst vedtar Stortinget et rammetilskudd til den kommunale helsetjeneste. Rammetilskuddet bygger på den vedtatte fordeling mellom overføring til kommunene direkte og refusjonene gjennom trygdekontora. Stortinget vedtar også folketrygdens refusjonsutgifter for neste år basert på uendrede takster. På dette grunnlag føres forhandlinger med organisasjonene om den totale inntektsøkning. Når resulatet av disse forhandlingene foreligger, vil det i sin tur være gitt hvor stor del kommunene skal betale i form av driftstilskott. Det må imidlertid forhandles videre om fordelingen av økningen på de ulike praksisklassene. Videre må det forhandles om fordelingen på de ulike takster av den økningen som faller på den reduserte normaltariffen. Når alle disse forhandlingene er i havn, må økningen i stykkprisene fordeles på egenandeler og refusjoner og resultatet endelig legges fram for Stortinget i en egen proposisjon slik de har vært vanlig de siste åra.

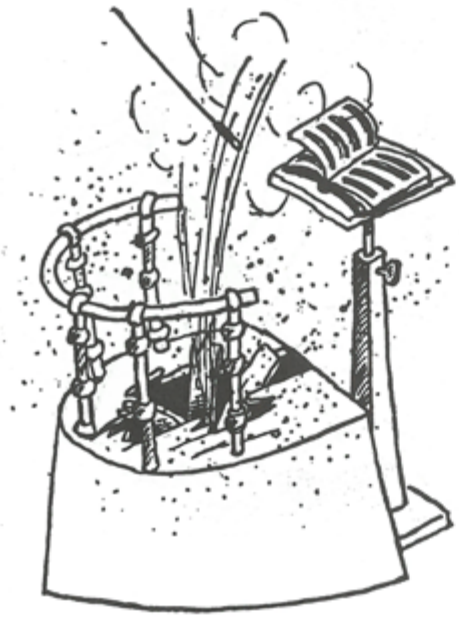
På kontoret her leser vi så øyet blir stort og vått og leter etter de forenklingene som nyordninga skulle medføre. En aner her konturene av en permanent og ressurskrevende forhandlingsfuror.

En konstaterer at arbeidsgruppa enstemmig fastslår at helserådsordfører har rett og plikt til å fortsette i dette vervet, men at det skal være den enkelte kommunes sak å bestemme hvilken lege som skal tillegges det medisinkfaglige ansvar som nevnt i lovens paragraf 3-4.

Arbeidsgruppa har ikke greidd å ta stilling til om distriktslegene fortsatt skal stå i Statens pensjonskasse eller om de skal overføres til Kommunal Landspensjonskasse. Kommunene skal i begge tilfeller betale arbeidsgiverdelen.

Arbeidsgruppa mener at det må forhandles om distriktslegenes tjenesteboliger, hus- og kontorleier uten at det er antydet noe om på hvilket plan disse forhandlingene skal legges.

Arbeidsgruppa er ikke blitt enige om prinsippa for hvordan driftstilskottets størrelse skal bli fastsatt. Vanskelige og prinsipielle spørsmål er skjøvet inn i framtida, og en må undres på hvordan hvordan de skal kunne avklares gjennom forhandlinger i løpet av de kommende månedene.



Om normaltariffen mener arbeidssgruppa "at det bør gjøres et planmessig arbeid med tanke på et forenklet takstsystem". Det er uenighet om normaltariffen skal forenkles mye eller lite. Gruppa er enig om at tidsdebitering (betaling etter medgått arbeidstid med hver pasient) ikke er noe realistisk alternativ.

Til slutt en ytterst interessant formulering for alle som idag har prosentavtaler med kommunen: "Unntaksvis kan det være aktuelt at kommunen bidrar med naturalia (kontor, hjelpepersonell), særlig der en nå har prosentavtaler. Vi må likevel sterkt advare mot at dette gjøres til et generelt alternativ, idet det kan medføre uoversiktilige forhold, særlig av inntektspolitisk art." Ingen dissens her. Formuleringa kan neppe tolkes på annen måte at de kollegene som har fått subsidiert kontorleie gjennom prosentavtaler vil bli stilt likt med privatpraktiserende kolleger med egen kontor. Dette åpner muligheten for kommunene til å forlange forretningsmessig kontorleie i sine lokaler. I nye helsesentra kan dette komme til å dreie seg om formidable årsleier. Det er her viktig å merke seg at arbeidsgruppa ikke kunne bli enige om variasjoner i lokalenes standard og husleie skulle influere på driftstilskottet til den enkelte lege. Distriktslegene i kombinert stilling vil nok med begjær kaste seg over en fastlønnsordning framfor å skulle forsvare en forretningsmessig husleie i et kommunalt helsesenter. Jeg grubler fortsatt på hvordan privatpraktiserende kolleger i moderne og forholdsvis dyre lokaler skal overleve med et uelastisk driftstilskott. Får vi en deportering av privatpraktiserende leger til markedets billigste og dårligste kontorlokaler? På bakgrunn av loven og signalene i denne rapporten er ikke dette et retorisk spørsmål.

De kommende månedene vil bli krevende både for myndigheter, interesseorganisasjoner og hver enkelt av legene i primærhelsetjenesta. Rapporten fra denne innflytelsesrike arbeidsgruppa bærer bud om at legnes arbeids- og lønnsvilkår ikke blir enklere enn før. Det var vel opprinnelig et viktig incitament til reformen at alle medlemmene i primærhelseteamet skulle ha identiske ordninger. Men det er kanskje ikke så viktig lenger?

En vurdering av hvordan ulike spørsmål skal finne sin løsning

	Stortinget vedtar	Staten forskrifts-regulerer	Kommunene avgjør	Dnlf og NFF forhandler med NKS/Oslo kommune. (Staten er observatør)	Dnlf og NFF forhandler med staten. NKS/Oslo kommune er observatører)	Lokale forhandlinger	
Generelt:							
Fastlønnsordning							
Avlønning				X			
Tjenesteplaner			X				
Refusjon til fastlønnsstillinger	X						
Videre- og etterutdannelse		(X)		X			
Eventuell sentral innstilling		X					
Turnustjeneste		X					
Privatpraktiserende leger og fysioterapeuter							
Definere hovederverv		X					
Kriterier for driftstilskudd		X 1.)					
Størrelse på driftstilskudd			X	(X)	X	X	2.)
Takstforhandlinger					X		
Avlønning for forebyggende arbeid				X			
Forpliktelser overfor kommunene				X		X	

1. Alternativt må dette være et rent forhandlingsspørsmål.

2. Det er forutsatt sentrale forhandlinger. Disse kan føres enten av staten eller av NKS/Oslo kommune på arbeidsgiversiden. Plassering i klasse skjer i den enkelte kommune.

Referat fra

FØRSTE STYRE-MØTE I NORSK SELSKAP FOR ALMENMEDISIN

Ved formannen,
prof. Chr. f. Borchgrevink

Norsk selskap for almenmedisin har hatt sitt første styremøte hvor også fem av de seks varamenn møtte. Janecke Thesen ble enstemmig valgt til viseformann og Olav Rutle til kasserer.

Første punkt i formålsparagrafen er å styrke lokale almenmedisinske miljøer. Vi vet at det er legegrupper, legeklubber og andre legefora for almenpraktikere spredt over hele landet, men vi vet ikke hvor mange, hvor store, sammensetning, hva slags type aktiviteter som forgår o.s.v., o.s.v..

Det første styret gjorde var derfor å påbegynne en kartlegging av denne aktiviteten. Ved hjelp av kontaktpersoner i hvert fylke vil vi prøve å registrere den lokale aktivitet. Med dette som utgangspunkt vil vi konkret arbeide med å stimulere virksomheten. Gjennom Norsk Medisinaldepot(NMD) kan vi få detaljert legemiddelstatistikk fra det enkelte apotek analysert for grupper av leger, eventuelt på den enkelte leges nivå. Denne statistikk kan egne seg godt som utgangspunkt til selvevaluering av egen mediskamentforskrivning. Det er nedsatt en gruppe under Selskapet som i samarbeide med NMD skal arbeide videre med dette. Tanken er at den samme gruppen skal utarbeide retningslinjer for selvvurdering av andre områder av medisinen, retningslinjer som skal stilles til disposisjon for almenpraktikere eller grupper av almenpraktikere som er interessert.

Selskapet har videre vært i kontakt med Universitetsforlaget om utarbeidelse av et eget almenpraktikerbibliotek, og de tre første bøkene vil sannsynligvis komme i løpet av året. Det dreier seg om: "Forskning i almenpraksis", "Attestbok" og "Smertebehandling i almenpraksis". Dessuten arbeides det med en bok om kreftbehandling i almenpraksis. Vi håper sammen med Universitetsforlaget å få utgitt 1-2 bøker pr. år, skrevet og redigert av almenpraktikere i samarbeid med spesialister. Styret mottar med takk forslag til emne og forfattere.

Høstens generalforsamling blir i Trondheim 21. og 22. oktober. Vi har vært så heldige at professor David Morrell kommer og gir en forelesning over "Outcome measures in general practice". Jeg tror at en av de fremste oppgaver styret bør prioritere er å finne frem til måter å måle kvaliteten av det arbeidet vi gjør. Morrells foredrag skulle derfor være midt i blinken, og kommer forhåpentligvis til å starte en debatt, slik at vi kan komme fra tanke og prat til handling.

Selskapets økonomi er bedrøvelig. Med en medlemskontingent på kr. 100.- pr. år, og med et avslag av prinsipielle gruner på vår søknad til fondet på kr. 20 000.- som startkapital, har vi ikke meget å rutte med. Stryret har prioritert arbeidet med å styrke økonomien, men personlig føler jeg ikke dette som et av de største problemene for styret, i alle fall ikke i øyeblikket. Det er så megen entusiasme og arbeidsvillighet ute og går, at pengemangel ikke skal stoppe oss. Men man kan selvsagt ikke i det lange løp drive et selskap uten en sikrere økonomi. Foreløbig er vi altså avhengig av medlemskontingenten, og de av Utpostens lesere som ennå ikke er medlem, kan sende inn kontingenten på postgirokonto nr. 21 25 847 (kr. 100.- for fullt medlemsskap avhengig av medlemsskap i Aplf eller Oll, kr. 50.- for assosiert medlemsskap)

Takk.

MØTE I ALMEN-MEDISINSK FORSKNINGS-UTVALG

Referat ved Per Fugelli

Den 7. april møttes Forskningsutvalget og behandlet følgende saker av almen interesse:

Almenpraktikerstipender andre halvår 1982.

Det hadde meldt seg syv søkere med ønske om tilsammen 18 måneders stipendium. Seks søkere fikk fordelt 12 måneder som sto til rådighet, slik:

Distriktslege Kristian Midthjell fikk tre måneder for å fullføre prosjektet "Diabeteskontroll i almenpraksis".

Distriktslege Nils Lønberg fikk en måned til "Kartlegging av journalføringsrutiner i almenpraksis".

Lege Erik Solberg fikk to måneder til "Bibliografi over norsk almenmedisinsk forskning 1950-82".

Distriktslege Gunnar Telnes fikk tre måneder til prosjektet "Psykofarmakaforbuket i et nordnorsk legedistrikt".

Bydelslege Haakon Aars fikk en måned til prosjektet "Handicappede og seksualitet".

Distriktslege Knut Holtedahl fikk to måneder til prosjektet "Helsestasjonens rolle i tidligdiagnostikk av cerebral parese og lettere koordinasjonsforstyrrelser hos spebarn".

Almenmedisinsk Forskningsutvalg -Norsk selskap for almenmedisin.

Almenmedisinsk Forskningsutvalg ble opprettet i juni 1974 som et fellesorgan mellom de almenmedisinske/samfunnsmedisinske institutter, Alment praktiserende lægers forening og Offentlige legers landsforening. Utvalget formål har, kort sagt, vært å stimulere forskning i almenpraksis. I februar 1983 ble Norsk selskap for almenmedisin stiftet. En av hovedoppgavene er "å virke for forskning i almenmedisin". Det er enighet blant medlemmene om at Forskningsutvalget bør gå inn i Selskapet, og det vil bli tatt opp drøftinger om en slik nyordning med det første.

Meriterende verdi av almenmedisinsk forskning.

På forrige møte ble det vedtatt at Bent Guttorm Bentsen og Kjell Johansen til vårmøtet skulle fremskaffe bakgrunnsmateriale og komme med forslag til endringer i reglene for tilsetting ved almenpraktikerstillinger samt reglene for almenpraktiker Dnlf-utdannelsen, med tanke på å gi forskningsaktiviteter større meritt. De to hadde utarbeidet en grundig betenkning som oversendes Den norske lægeforening sammen med følgende konkrete forslag:

1. Når det gjelder tilsetting i almenpraktikerstillinger, foreslår Forskningsutvalget følgende innarbeidet i regelverket:

a. Almenmedisinsk forskning teller med full tid i inntil to år som meritterende ved søknad til almenpraktikerstillinger. Tjeneste utover dette teller med halv tid, maksimalt ett års meritering.

b. I tillegg kan regnes inntil to merittår for publikasjoner, undervisning/foredrag etter skjønnsmessig vudering. En doktorgrad vil normalt gi to merittår.

2. Når det gjelder merittverdi av forskning med henblikk på den almenmedisinske spesialitet, vil Forskningsutvalget foreslå følgende:

a. I videreutdannnelsen til den almenmedisinske spesialitet teller almenmedisinsk forskning med full tid, inntil et halv år, i sideutdannelsen.

b. Forskning i almenmedisin blir et obligatorisk emneområde for kursene.

c. I etterutdannelsen teller almenmedisinsk forskning med inntil 20 timer pr. år og inntil 10 timer for undervisning, foredrag og publikasjonsvirksomhet. For universitetsstillinger opprettholdes reglene om tellende inntil 200 timer i kursdeltagelse under videreutdannelsen og med inntil 50 timer i året i etterutdannelsen for spesialister i almenmedisin.

Norsk utgave av "An international Glossary for Primary Care".

WONCA har utarbeidet "An International Glossary for Primary Care". I denne defineres de vanligste begrepene som anvendes i primærmedisinsk virksomhet og forskning. Formålet er blant annet å sikre at forskningsresultatene blir sammenlignbare over landegrensene. Almenmedisinsk Forskningsutvalg mener dette er et viktig arbeid som vi bør bidra til også i Norge. På sitt møte i november anbefalte Forskningsutvalget derfor "An International Glossary for Primary Care" til foreløbig bruk her i landet. Samtidig så vi behov for å få utarbeidet en liste i norsk språkdrakt og på enkelte områder tilpasset norske forhold. Bent Guttorm Bentsen og Steinar Nakrem tok på seg å lage et forslag til en norsk utgave. Denne forelå til dette møtet i en grundig utarbeidet og langt på vei ferdig form. Dog er det rom for forbedringer og Utvalget vedtok derfor å be de almenmedisinske/ samfunnsmedisinske institutter samt Alment praktiserende lægers forening og Offentlige legers landsforening om å gå gjennom dette utkast og kmme med kritikk og forbedringsforslag før den endelige utgave vedtas.

Forskningsdag på Beito-kurset og på Solstrand-kurset.

Også i 1983 har det vært en egen forskningsdag på Beito-kurset i regi av Almenmedisinsk Forskningsutvalg. I år som i fjor, er det Finn Nilsson som har bestyrt denne dagen etter følgende målsetting:

-Dels har formålet vært å belyse problemer som Forskningsutvalget har vært opptatt av, - f.eks. medikamentutprøvingsforsøk i almenpraksis.

-Dels har siktemålet med forskningsdagen på Beito vært å inspirere almenpraktikeren til selv å begynne med forskning. Dette har man blant annet forsøkt å oppnå gjennom den såkalte "Mini-kongressen" hvor almenpraktikere får tilmelde frie ti-minutters foredrag omhandlende egen prosjekter. Dettehar vært et vellykket oplegg som også blir en del av Beitokurset i 1984.

Også ved Solstrand-kurset er det nå innført en forskningsdag, i år omhandlende epidemiologi i almenpraksis.

Aktuelle almenmedisinske prosjekter.

Til dette møtet brakte medlemmene med seg ajourførte lister over almenmedisinske forskingsprosjekter som er i gang i de ulike regioner. I alt dreier det seg om ca. 60 arbeider. Det er laget en samlet oppstilling over disse prosjektene. Interesserte kan få oversikten ved å henvende seg til Forskningsutvalget eller til de samfunnsmedisinske/almenmedisinske instituttene.

Etisk komite for forskning i almenpraksis.

I mangel av et departementalt initiativ er flere av universitetssykehusene i Norge nå i ferd med å opprette etiske komiteer for medisinsk forskning. De etiske komiteers hovedopgave skal være å bidra til at forskningsprosjektene anlegges og gjennomføres i pakt med Helsinki-deklarasjonens prinsipper. Den etiske komite vil først og fremst virke som et serviceorgan ved å gi råd til forskere som legger tvilsspørsmål frem for komiteen. Men komiteen kan også på eget initiativ ta opp etiske/problematiske eller klanderverdige forhold ved forskningsprosjekter når komiteen får kjennskap til slikt. Etter forskningsutvalgets oppfatning bør vi ha et slikt etisk rådgivningsorgan også for den almenmedisinske forskning. Det mest praktiske og rasjonelle er antagelig å legge denne oppgaven til Forskningsutvalget. Vi har sendt forslag om en slik nyordning til Aplf, Oll og instituttene.

Henvendelse til Norges almenvitenskapelige forskningsråd om å styrke innsatsen for almenmedisinsk forskning.

Almenmedisin er i dag kke nevnt blant målområdene for Rådet for medisinsk forskning i NAVF. Dette er urimelig målt mot den organisatoriske og faglige opprustning almenpraksis nå er inne i. Forskningsutvalget vil defor ta kontakt med NAVF for å få dem til å gå mer aktivt inn i oppbyggningen av almenmedisinsk forskning.

BIBLIOGRAFI OVER NORSK ALMENMEDISINSK FORSKNING

Av Erik E. Solberg, Institutt for almenmedisin, Oslo

På initiativ fra Almenmedisinsk forskningsutvalg og lønnet med almenpraktikerstipend, arbeider jeg for tiden med en bibliografi over norsk almenmedisinsk forskning som skal inneholde alle norske almenmedisinske forskningsarbeider publisert i tiden 1950-82. Det vil bli gitt et kort sammendrag (annotering) av hver enkelt publikasjon. Bibliografien avsluttes med en analyserende del med refleksjoner over emneprioriteringer og utviklingstendenser.

Formål og bruk:

1. Kolleger som skal sette seg inn i et emne kan lett finne frem til det som er gjort tidligere av almenmedisinsk forskning på dette felt. En almenmedisiner som er interessert i f.eks. litteratur om hypertensjon, kan slå opp under dette emneord og finne artikler som tidligere er skrevet om dette i Norge av almenpraktikere.

2. De som vurderer å starte et forskningprosjekt, kan lett få oversikt over hva som er gjort av forskning på dette eller tilgrensende områder. Dette kan hindre unødig "dobbelforskning". Det kan sikre at nye prosjeker på-, utfyller eller blir sammenlignbare med tidligere arbeider.

3 Bibliografien vil forhåpentligvis virke som en idekatalog. Dels vil den indirekte blottlegge hvite flekker på det almenmedisinske forskningskartet, - avdekke områder som bør utforskes. Dels vil prosjektene som beskrives i bibliografien kunne stimulere til oppfølgende eller videreførende arbeider.

4. Bibliografien vil kunne være et viktig redskap i et identitetsskapende arbeid for faget almenmedisin og kunne virke som en kilde til selvforståelse. Det å prøve å erkjenne sin historie, både personlig og det som for oss her er interessant: vårt fagfelts historie, kan gi innsikt. Både som den historiske forståelse i seg selv, for å se seg selv og sitt fag pr. idag, og ikke minst: for å se fremover. Hva er ikke forsket på, bevisst eller ubevisst.

Vi har alle vår subjektive oppfatning av historien, både den personlige og som en del av en faggruppe. Den subjektive oppfatningen er formet av personligheten, utdannelsen, den faglige praksisen og fagmiljøet og kulturen du lever i.

Det kan være flere måter å prøve å objektivisere fagets historie på. En måte er å se på de bøker som er skrevet om almenmedisin, a la type "Mine erfaringer som distriktslege i..". Slike bøker er det ikke mange av i Norge. En annen er å skaffe seg et systematisk overblikk over hva som skjer og har skjedd i praksisene rundt om i landet. En tredje er å prøve å systematisere forskningsarbeidene, som vi har gjort. En slik systematisering og analyse av forskningsarbeidene vil allikevel være spekulativ og bør derfor heller ikke være enmannsverk, og slett ikke fra en ung stipendiat med begrenset klinisk og historisk erfaring. Allikevel, bakgrunnmaterialet og de slutninger som trekkes, vil trolig være av interesse som utgangspunkt for å belyse norsk almenmedisin.

Avgrensning:

Arbeidet med bibliografien reiser endel metodiske utfordringer. Den første: Hvordan avgrense en slik bibliografi? Hvilke publikasjoner skal tas med? Hvordan definere forskning?

Ved drøftelser på instituttet, i diskusjon med veilederen, Per Fugelli, i drøftelse med oppdragsgiver, ved egen tenkning og gjennomlesning av andre bibliografier (1,2), så er vi kommet frem til følgende hovedkriterier for opptak: Publisert originalforskning om norsk almenmedisin gjort av norske almenpraktikere i tiden 1950-82. Vi har valgt å tøye forskningsbegrepet noe, og vurderer for opptak også oversiktsartikler og litteraturstudier. Også debattinnlegg/korrespondanser blir vurdert når disse kan sies å bygge på systematiske observasjoner og å ha ettertidens interesse.

Svakheten ved en slik avgrensning kan være at en går glipp av verdifulle artikler om almenmedisinske emner skrevet av f.eks. en spesialist i et annet fag. Påden annen side ville en bok som inneholdt artikler spesielt nyttig for almenpraktikerens kliniske arbeid, bli en helt annen bok enn en bibliografi. I valget mellom nyanseriksom og struktur, så er altså det siste valgt i stor grad.

Hva er en almenpraktiker? For en del av yrkesprofesjonene er dette nokså greitt, distriktslegen, almenpraktikere, bydelslegen.... Men for f.eks.militærlegen, skipslegen o.l. kan avgrensningen bli mer diffus. Vi har valgt å definere almenpraktiker som en som har sin hovedgesjeft som dette. Vi har bl.a. brukt "Norske leger" (3,4)for å klargjøre hvor det har vært tvil.

Hvordan søke etter artikler?

Tidsskriftet, Nordisk Medicin og Utposten er gjennomsøkt i det nevnte tidsrom etter kvalifiserte artikler. Dessverre finnes ikke register som kan nyttes direkte til bibliografiens formål, så for Tidsskriftets del så er søkningen gjort manuelt vewd å bla fra side til side. Bibliografiarbeidet og en forespørsel etter artikler er annonsert i Tidsskriftet (5), brev er skrevet til de fire instituttene for almen- og samfunnsmedisin, til Avdeling for almenhelsetjeneste i Oslo, til SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning, til selekterte almenpraktikere som det er kjent har gjort forskning, og til NOMI og NO-RE-FARM for å spore opp aktuelle artikler publisert i de farmasøytiske tidsskrifter. Det er særlig artikler publisert utenlands og rapporter/monografier som vi på denne måten ønsker å få med.

Hvordan ordne en bibliografi?

Vi har valgt å lave en indeks for emneord. En artikkel kan ha flere emneord. Bibliografien har også et forfatterregister. Artiklene blir ordnet under følgende hovedkapitler: Praksisanalyser, helsetjenesteforskning, kliniske undersøkelser, legemiddelutprøvinger, epidemiologiske undersøkelser, sosialmedisinske undersøkelser, oversiktsartikler, litteraturstudier o.l., annet. Når det er tvil om hvilket kapitel artikkelen hører hjemme under, så er det valgt det hvor hovedtemaet i artikkelen naturlig tilhører.

Presentasjonen av artikkelen (forfattrnavn, tittel på artikkelen, publikasjonssted m.m.) følger i stor grad Vancouveravtalen (6).Ved flere forfattere er det tatt med alle navn. Det er bare når almenpraktikere står som førsteforfatter at artikler er tatt med. I sammendraget har vi prøv å få med følgende punkter. Vi følger her i stor grad den danske bibliografien (1):

a. Prosjektlokalisering. (Hvorfra er materialet hentet?)

b. Materialets art. (Hvem eller hva er det undersøkt på?)

c. Hovedvariabler. (Hva ønskes undersøkt)

d. Type data. (Journaldata, spørreskjema etc)

Dette har ikke alltid latt seg gjøre vellykket fordi nøyaktige opplysninger ikke har foreligget.

Sammendraget er altså en ren varedeklarasjon, sier intet om resultatet av undersøkelsene. Dette kunne kanskje vært ønskelig å ha, men det ville både sprenge bokens ramme og den tidsramme jeg har fått til å arbeide med prosjektet.

Bibliografien avsluttes med et forsøk på en "profilanalyse" av norsk almenmedisinsk forskning. For hver artikkel er det registrert emneområde som den faller inn under, tidsepoken den er skrevet i, hvorifra landet den stammer, kjønn på forskeren og om det er institutt-, solo- eller multisenterforskning. Slik vil man kunne si noe om: Fordelingen av emneområdene også korrelert til tidsepoke og om et er endringer i dette over tid. Eventuelt er det mulig å spore sammenhenger mellom emneprioriteringen, strømninger i medisinen, kulturen og samfunnet? Forskningsprofilene på de ulike institutene? Organisatorisk bakgrunn for undersøkelsene? (Multisenter-, institutt-, eller forskning av distriktslege, forskerens kjønn og hvor i landet forskningen er utført)

Avslutning:

Prosjektet legges frem som fritt foredrag på 3. Nordiske kongress i almenmedisin i Tammerfors i juni 1983. Utdrag fra kommentardelen av boken er planlagt i artikkels form, og bibliografien vil antagelig trykkes i løpet av høsten. Den kan kjøpes ved henvendelse til Institutt for almenmedisin i Oslo. Et eventuelt overskudd fra salget av boken vil gå til det nystartede Selskap for norsk almenmedisin.

Referanser:

1. Foldsprang A: Dansk forskningsarbeide i den primære sundhedstjeneste 1950-74. Statens trykningskontor.

2. US Dept. of Health and Human Service. National Library of Medicine Current Catalogue. July-September 1980. NIH publ. no. 81.

3. Getz B: Norske leger. Centraltrykkeriet. 1967

4. Kaada B: Norske leger. Centraltrykkeriet. 1976.

5. TDnlf. 103, s.88, 1983.

6. Nordisk Medicin. Nr. 8/9. S.209-212. 1981.

Vi minner om:

GRUNNKURS I ALMENMEDISIN

Første delkurs, med hovedtema "Forebyggende almenmedisin", foregår på Sanner Turisthotell, Hadeland, i tiden 10-14. oktober 1983.

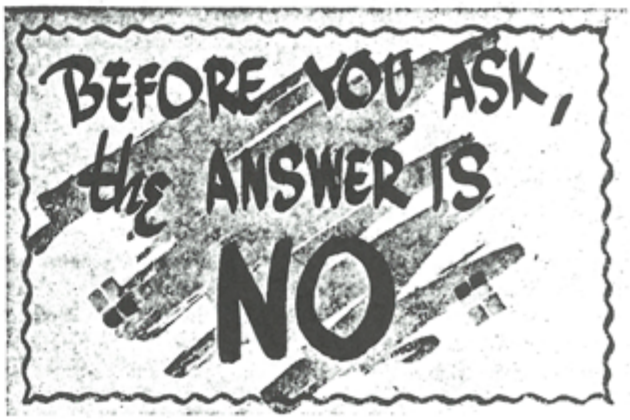
Kurset er lagt opp med tanke på almenpraktikere både med lang og kort erfaring, og vil foregå i form av gruppearbeid, diskusjoner og foredrag. Det blir lagt stor vekt på egenaktivitet fra deltakerne.

Kurset er lagt opp som et internatkurs med maksimum 30 deltakere. Det er ønskelig at deltakerne følger alle 4 kurs.

Se kurskatalogen for nærmere opplysninger.

Kurskomite: Førsteamanuensis Dag Bruusgaard, bydelslege Kirsti Malterud og distriktslege Janecke Thesen.

Påmelding til sekretær Karin Dolven, Institutt for almenmedisin, Fr. Stangsgt. 11-13, Oslo 2, så snart som mulig og helst innen 1. juni 1983.



A HISTORY OF THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS

Av professor Chr. F. Borchgrevink

Professor Chr. F. Borchrevink ble av redaktøren i British Medical Journal bedt om å anmelde boken som beskriver Royal College i de første 25 år. I dagens situasjon med det nystiftede Norsk selskap for almenmedisin ansees denne bokanmeldelsen aktuell også for Utpostens lesere.

The Royal College of General Practioners is 30 years old. The history of the College during the first 25 years is now published. It is a beautiful publication. It is a pleasure to page through the book with the delicate paper and print.

Since Norway established a College of General Practioners in February 1983, I was most keen to read the history of The Royal College, but frankly, and I hate to admit it, I was disappointed. Most probably my expectations were too great. I felt like the thirteen year old pupil who had been to an excusion with her class to a factory and was later to describe her impression: "It was most interesting, but mainly dull".

This may be unfair to the authors, for whom I have the greatest respect. But except for the first chapter and part of the last, I don't feel the book conveys much of the problems and controversies, excitement and frustration which must have been part of The College's life and made the College what it is today, "the academic headquarter of general practice"(page 102).

Norwegian general practice is at great debt to English general practice, and The Royal College which for many years has been an inspiration and a source where we would find knowledge and skill and care. We admire The College's contribution in raising the standard and the status of general practice, which I understand from the book was low just after The Second World war. We are impressed by the research carried out both by individual members of The College and by the research organization which successfully carried out the important oral contraception study where 1400 doctors participated, and more than 40000 women were followed for ten years.

The College has played an important role in forming a vocational program, and in establishing departments of general practice in most medical faculties. John P. Horder, President of The College from 1980-82, writes in an article in the Norwegian Medical Journal: "The last chief medical officer in our Department of health said in public that he regarded our College as the most important development in British medicine since The Second World War". Without knowing too much about British medicine, I wouldn't be surprised if that was correct.

Many Norwegian general practioners and particularly the ones who are now working in Department of General Practice at our 4 universities are grateful to The College for everything it has meant to us and for the hospitality we have met.

History has probably always meant more to the British than to the Norwegians "the longer you look back, the longer you can look ahead". It is interesting, but also strange, to learn that The College has its own grace, and I like that The College has an owl for their crest, not because the owl is connected with wisdom, but has to do with nightcalls! Personaly I would have preferred to read more about the importance and influence of the ethical committees. My main disappointment, however, is that I feel that many problems are hardly touched upon. It is only briefly mentioned that The British Medical Association, and in particular Sir George Pickering, were opposed to the introduction of an examination to become a member of The College, but their arguments are not referred. (Maybe they are the same as Zuzanne Jane Savage gave in her recently published paper in BMJ "Why one should not take the MRCGP-examination"). It is stressed several times that The College is concerned with research and education and not with medico-political matters. This to me is amost remarkable statement. Has The College really overlooked that research and more education are probably the main tools to control health politics, or.....? I can well understand that there have been crises between BMA and The College; when the Government sought the advice of The College, or when The College produced accurate evidence about the average hours of work of general practioners, just before The Association was making a claim for more pay, which stated a much higher figure. But why not be more frank about it at the 25th anniversary? And what about the problems when you divide the general practioners in members or non-members of The College. Many British GP's must have felt that The College tried to establish an elite of people who believed themselves to be better than their collegues. There is nothing about such a problem in the book. Instead I felt overwhelmed by dry facts: names, without telling anything about the persons, money and housing, library and archives, colleges overseas and reward committees. Important facts in itself, but not really what I was looking for. Maybe the book should be read as an enormous understatement. I love the British way of understatements, but there must be limits.

As the reader will understand, I am most impressed with the work of The College, but less with the book. I wish The College further growth and progress and that will continue to have a marked influence on British general practice. This will be of great importance for the progress of general practice in other countries. I feel British general practice, all inn all,is the best in the world (and I am sure my British collegues will agree with me), and I hope that the book published to the 50 years' anniversary of The College will be a bit more eciting reading.

Fry J, Lord Hunt of Fawley & Pinsent RJF: A History Of The Royal College Of General Practioners. The first 25 years. MTP Press. 1983.

Helse — ditt eget eller samfunnets ansvar

Møtereferat ved Erik E. Solberg

Dette var tittelen på Helsepolitisk debattforum 5. mai 1983. Sonja Stenmark, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Børre Pettersen, LO, og statssekretær Astrid Nøkleby Heiberg, Sosialdepartementet, innledet.

Sonja Stenmark tok opp de frivillige organisasjoners betydning for folkehelsen og det passiviserende i at eksperter, profesjonalistene, styrer vår helse. Hun mente at dette kan ta fra folk eget initiativ og ansvar. Hun nevnte også resultatet av undersøkelsen fra Sogn og Fjordane om hvordan folk ville ha helseopplysning. TV var den foretrukne informasjonskanal. Hun var positiv til helseopplysning, men mente at det var ikke bare et gode, men kunne også lede til selvopptatthet.

De frivillige organisasjoners betydning som Sonja Stenmark tok opp har i den siste tiden vært i skuddet, ikke minst i narkotikaomsorgen. Svakheten i debatten om de frivillige helseorganisasjonene synes å være at deres betydning ikke er dokumentert på samme måte som f. eks. tradisjonelle medisinske , profesjonelle, institusjoners behandlingsformer.Mange mener at de frivillige organisasjonene yter et stort og meget viktig bidrag til folkehelsen. Her ligger det vel en forskningoppgave i å klarlegge og å dokumentere slike organisasjoners betydning.

Børre Pettersen kritiserte helseopplysningen fordi den ikke i tilstrekkelig grad tok hensyn til at folk hadde ulike forutsetninger for å ta imot helseopplysning og bruke informasjon til å forandre livsstilen sin. Han nevnte eksemplet med en fabrikkarbeiderske som slutter klokken fem om ettermiddagen og som så skal stelle middag og hus etter tradisjonelt mønster. "Kan vi vente at hun skal ut å jogge klokken ti om kvelden?" spurte Børre Pettersen retorisk. Han mente at det også lå en fare i at helseopplysning skaper uheldige holdninger hos folk i retning av at de oppfatter sykdom som deres egen skyld. I tråd med LO's målsetting poengterte Børre Pettersen sterkt samfunnets ansvar for folkehelsen, eksempelvis trafikksikkerheten, bedriftsidretten og yrkesmiljøet.

Det kom tydelig frem at det var stor grad av enighet om viktigheten av helseopplysning, - spørsmålet var mer måten det skulle skje på. I spissformuleringen " ditt eget eller samfunnets ansvar" var vel alle enige om at i refomuleringen burde "eller"skiftes yt med "og".

Det spørs også om den gamle skarpe motsetningen, særlig fra 60-tallets politiske debatter, mellom individ og samfunn er så fruktbar lenger. Antagelig er samfunnet tjent med at individene erkjenner uheldige forhold på en måte som gjør at de kan ha styrke og klarhet nok til å snu på disse også i makrostrukturen, i samfunnet. Individ og samfunn behøver ike være polariteter, kan heller være fruktbare forhold til hverandre.

Astrid Nøkleby Heiberg la i sitt meget velformulerte innlegg hovedvekten på kampanjene. Hun nevnte flere eksempler på helsekampanjer, analyserte dem og nevnte hvilke resultater som hadde kommet ut av kampanjene. Hva var det virksomme i kampanjene? Når det både var informasjon, egenaktivitet hos mottagerne av informasjonen, oppfølging fra helseinstitutsjonen og kanskje også med påbud om helseforhold, så ga dette de beste resultater i forhold til om bare ett element var tilstede i kampanjen.

"I'm sorry, sir. No vomiting before take-off."

Det er altså ikke bare å informere. Folk må forstå det meningsfulle i den informasjonen de får, og det må på et eller annet vis påvirke folks livspraksis og aktivitet. Hun syntes også å være på linje med Sonja Stenmark i at en for ensidig tro på at samfunnet hadde ansvar kunne virke passiviserende.

Etter innleggene fulgte en livlig debatt. Tobakk- og alkoholproblemet var i skuddet. Noen stikkord: Kjell Bjartveit nevnte at tobakksindustrien i verden brukte 13 milliarder kroner på PR hvert år. Dessverre hadde den samme industri ennå ikke anerkjent at lungekrefttilfeller kan være forårsaket av tobakksrøyking.

Trond Viggo Torgersen refererte en fornøyelig historie fra en barnelege som hadde vært hos en familie og sagt at de små barna hadde en infeksjon, - de burde nok ha penicillin. Men barna hadde sett Trond Viggo på TV i serien "Kroppen" de, og svarte at neida, de hadde både pol'ticeller og detektivceller, så penicillin, det trengte de slett ikke. - Dette ikke som feilslått helseopplysning (kanskje barna burde hatt penicillin?), heller om resultatet av identifikasjon med helseopplysning og med opplevelsen av kroppens egen styrke.

Astrid Nøkleby Heiberg avsluttet med å definere den offentlige oppgaven slik: "Det offentliges ansvar er å gjøre det sunne valg til det letteste valg".

Vi kan ikke de mange gode og interessante innleggene rettferdighet i dette referatet, men det er tydelig at temaet kalte på folks debattlyst, en vakker vårdag i mai til tross. Temaet er jo også svært "in" i tiden, med knappe bevilgninger og nødvendigheten av å få mer helse ut av hver bevilget krone. Det synes også som om debatten "egenomsorg versus offentlig ansvar" har gyldighet langt utover helsevesnets rekker. Og nyansene i denne polariteten krystalliserer seg tydelig ut akkurat i debatten om helsevesnet.

Møtelederen, Aril Bjørndal, erklærte seg meget godt fornøyd med kvelden, annonserte neste møte i Helsepolitisk debattforum i september. - temaet ennå ikke fastlagt.

SKADER OG FOREBYGGENDE ARBEID I EN KOMMUNE

Av Gunnar Tellnes, distriktslege i Værøy

Bearbeidet etter foredrag holdt på stiftelsesmøte for Norsk selskap for almenmedisin 17.februar 1983.

De politiske myndighetene vil i de kommende år legge større vekt på forebyggende medisin og da vesentlig gjennom helseopplysning. Det hevdes at legene bør engasjere seg mer for å påpeke sykdomsfremkallende faktorer i samfunnet. For oss primærleger vil dette blant annet si at vi må bli mer lokal samfunnsmedisinsk orientert.

Jeg har nå vært distriktslege på Værøy og Røst i 4 år. Jeg er bosatt og har en-delt vakt på Værøy som er den største av de to kommunene i distriktet. Avstanden inn til kysten er lang, og fra Værøy til til nærmeste sykehus i Bodø er det 80 km åpent hav.

Værøy ligger ytterst i Lofoten og det bor 1060 innbyggere i kommunen. 3/4 av de sysselsatte driver med fiske eller fiskeindusrti. Det bor like mange kvinner som menn på øya, men bare 1/5 av de sysselsatte er kvinner.

RESULTATER:

Per Fugelli og jeg ønsket å se nærmere på skadeforekomsten på Værøy fordi skader var den største sykdomsgruppen på Værøy og Røst ved undersøkelsen i 1970-72. Fra nov. 1979 og i ett år framover registrerte vi alle skadene som skjedde på Værøy og som førte til legekontakt der.

Totalt registrerte vi 231 skadetilfeller og tabell 1 viser at sår var den hyppigste diagnosen mens forstuvninger, kvestelser og støt forekom nesten like ofte.

De fleste skadene skjedde i mars måned (Fig.1). De 86 yrkesskadenes andel er skravert, og vi ser at også denne skadetypen forekom hyppigst i mars måned som er på den årstiden da Lofotfisket fører til maksimal aktivitet i fiskeindustrien.

Fig.2 viser at det forekom flest skader på fredager. Yrkesskadenes andel er skravert, og vi ser at disse øker gradvis fra mandag til fredag.Fig. som viser skadene fordelt på klokkeslett, forteller at over halvparten av skadetilfellene skjedde mellom kl. 1000 og kl. 1600.

Tabell 2 viser skadene fordelt på skadetyper. Yrkesskadene dominerer og utgjør 37% av alle skadetilfellene. Det viste seg at nesten halvparten av de 86 yrkesskadene på Værøy forekom blandt fiskebruksarbeidere. (Tabell 3)

I undersøkelsen la vi vekt på å få klarlagt årsaken til den enkelte skade. Vi fant at ved 20% av alle skadetilfellene forekom det svikt i vernetiltak. Eksempler på dette var manglende bruk av vernemaske ved sveising og manglende bruk av vernesko i fiskeindustrien. Muligheter for forebyggende tiltak ble påvist i nesten halvparten av alle skadetilfellene.

FOREBYGGENDE ARBEID:

Dette er bakgrunnen for at Værøy heleråd nå har satt i verk en skadeforebyggende kampanje i kommunen. Opplysningene blir fremmet på to plan: individplanet og miljøplanet. Det arbeidsprogrammet vi hadde som utgangspunkt faller i stor grad sammen med de tiltak som er gjennomført de to siste år. Jeg vil derfor fortelle om de erfaringer vi har fra vårt skadeforebyggende arbeid:

1.Helsestasjonen på Værøy har økt sitt skadeforebyggende arbeid blant mor og barn. Informasjonen blir gitt i form av personlig veiledning, utdeling av brosjyrer, samtale om farene på de ulike alderstrinn osv. En egen plastmappe, som inneholder slikt opplysningsmateriell, blir utlevert til hvert barn fra fødselen av og supplering tilpasset barnets alder blir lagt inn etter hvert. Gjennom svangerskapskursene og plakater på venterommet blir informasjonen ytterligere styrket. Vi arbeider dessuten med å få til en utstilling som presenterer verneutstyr som kan hindre barne- og hjemmeulykker.

2.Skolehelsetjenesten på Værøy har økt sitt skadeforebyggende arbeid ved å undervise i klassene om de ulykker som er typisk for de ulike alderstrinn. De yngst er særlig utsattfor fallskader fra lekestativ, fall fra hest under riding, fall fra sykkel osv. På ungdomstrinnet er det fall fra motorsykkel (uten hjelm) og arbeidsulykker som dominerer. På Værøy deltar barn og ungdom i Lofotfisket med lineegning, agnskjæring og tungeskjæring. Aktiv forebygging av skader forbundet med dette, som f.eks. bruk av vernehansker, riktig redskap og riktig arbeidsteknikkhar vist seg å gi resultater. Klassesett med skadeforebyggende brosjyrer og hefter er sat i biblioteket og lærerværelset. Dett kan nå brukes av lærerne til undervisning i hjemmekunnskap og samfunnskunnskap.

3. Bedriftshelsetjeneste for fiskere er nå innført på Værøy og det skadeforebyggende arbeid er her et viktig ledd. De mest typiske yrkesskadene blandt fiskerne er fallskader ombord i fiskebåten, kutt i fingre, fiskegalle i øyet og sveisblink. En delrapport som særlig tar for seg skader blant fiskere og fiskebruksarbeidere er utarbeidet og sendt til de lokale målgruppene, men også til Norges Fiskarlag og til Norsk Nærings- og Nytelsesmiddelarbeiderforbund. (NNN)

4. Fiskeindustribedriftene oppsøkes for samtale med ledelsen og de ansatte om skadeforebyggende tiltak. Plakater blir hengt opp og verneutstyr demonstrert. En del skepsis for nye pålegg og økonomisk belastning har vi nok møtt, men totalt sett har interessen dominert.

5. Offentlige bygninger og butikker er steder der folk møtes. Dette er plasser vi henger opp plakater og annet informasjonsmateriell. Vi har dessuten prøv å få butikkene til å ta inn diverse verneutstyr som vi anbefaler. Dette har gått litt tregt, så vi har da heller selv besørget utstyr til interesserte.

6. Værøyposten er et informasjonsblad som sendes til alle husstandene i kommunen en gang pr. måned. I denne enkle avisen tar vi med skadeforebyggende opplysning i hvert nummer. Her kan vi peke på skader som dominerer i de ulike årstider. Dersom en skadetype viser seg å forekomme hyppig, kan vi raskt informere befolkningen om hvilke forebyggende tiltak som bør settes i verk, og ulykkestypen kan da stoppes på et tidlig tidspunkt.

7. Informasjon til husstandene gjennom posten: Vi bruker også denne metoden for å formidle skadeforebyggende opplysning. HUMBU sin brosjyre om det landsomfattende arbeid som dette HandlingsUtvalget Mot BarneUlykker driver, er et eksempel på materiell vi sender til alle husstandene. Vårt nære samarbeide med HUMBU har dessuten ført til at vi i helserådet har nedsatt et "Lokalt handlingsutvalg mot barneulykker på Værøy". Da den første snøen falt nå høst, sendte vi ut til alle husstandene et skriv med opplysninger om betydningen av å strø glatte inngangstrapper, veier og kaier med sand eller salt for å hindre fallskader og benbrudd.

8. Massemedia: Lokalavisene som trykkes i Bodø og Svolvær har flere ganger skrevet om de skadene som er typisk på Værøy og om de skadeforebyggende tiltak vi prøver å sette i verk. Det samme gjelder TV og radio. Vi tror at skadeforebyggende informasjon best trenger inn i folks bevissthet dersom det presenteres på ulike måter, dvs på audiovisuelt og gjennom lesning.

9. De offentlige myndigheter: Vi har sendt brev og gjort henvendelser til kommune og fylke for å påvirke disse til å gjøre vedtak som er skadeforebyggende. En kan her nevne arbeidet med å få utført skilting av veiene i kommunen. Dessuten har vi gjort fremstøt for å få utført bedre strøing av offentlige trapper, veier og kaier. Myndighetenes ansvar med at det henger livbøyer på alle bryggene og skikkelige leidere ned fra kaiene er viktige tiltak mot drukningsulykker. Våre henvendelser til de offentlige myndigheter har ført til reelle forbedringer i kommunen.

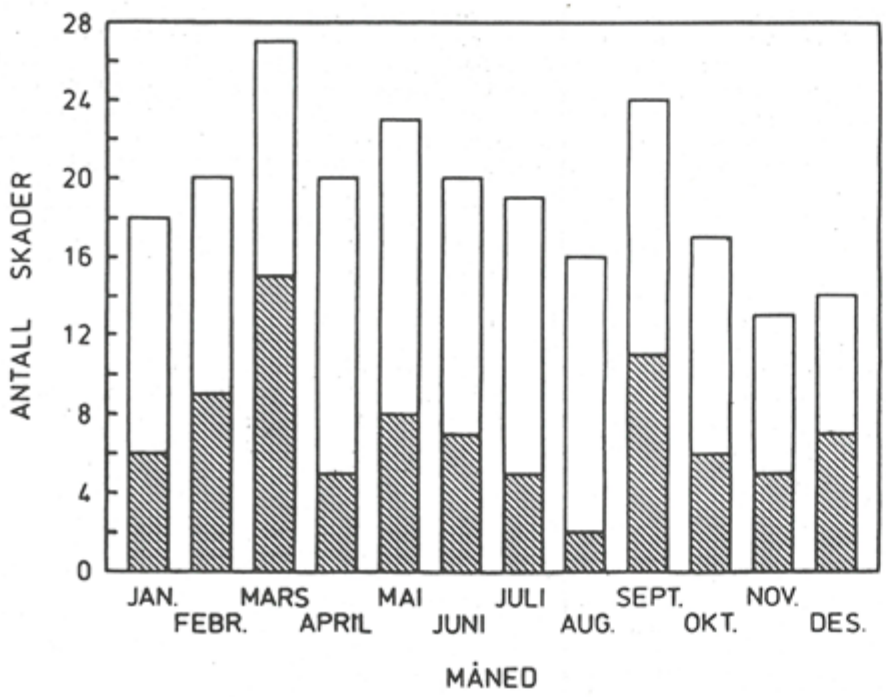
10. Frivillig foreninger og organisasjoner: Helserådet har også tatt kontakt med en del frivillige foreninger for å få disse til å delta i det skadeforebyggende arbeid. Dette gjelder husmorlag, velforening, helselag, NNN, fiskarlag og kvinnefiskarlag. Responsen har vært blandet, men vi håper å kunne bygge videre på den ressurs som ligger i slike foreninger.

11. Samtale med den skadede eller dens pårørende: Som den eneste lege i kommunen kommer jeg regelmessig i kontakt med de som utsatte for en skade. I forbindelse med behandlingen prøver jeg å drøfte årsaken til at skaden oppsto. På denne måten håper jeg å kunne oppnå større forståelse for det forebyggende arbeid som utføres. Vider vil den skadede kunne få økt interesse for saken og gjennom diskusjon med sine nærmeste kunne formidle skadeforebyggende informasjon.

EVALUERING AV FOREBYGGENDE TILTAK: Fra 1. mai 1981 ble det på ny satt i gang registrering av alle skadene på Værøy og dessuten alle skadene i nabokommunen Røst. Hensikten med denne oppfølgende undersøkelsen som nå pågår, er å se om skadeforekomsten avtar i Værøy kommune i takt med det skadeforebyggende arbeid som utføres. Røst kommune fungerer som en kontrollbefolkning, og der blir det foreløbig ikke utført skadeforebyggende arbeid utover det som er naturlig i et hvert legedistrikt.

KONKLUSJON: Vi synes dette prosjektet har vist hvordan primærlegen på en rasjonell måte kan samle og ordne sin erfaring fra den kurative virksomhet for så å bruke denne kunnskap til profylaktisk arbeid i lokalmiljøet. Vi mener også å ha fått erfaring for at forebyggende tiltak bør skreddersys i samsvar med de lokale forhold som preger det enkelte distrikt. Denne form for forebyggende arbeid kan gjøres som en integrert del av det kurative arbeid. Det er for meg en glede og tilfredsstillelse å kunne veksle mellom kurativt og forebyggende arbeid. Disse to arbeidsmåter er jo egentlig to sider av samme sak. Dette er noe befolkningen mer og mer er blitt klar over, og samarbeidsviljen har derfor vært god når jeg har presentrt mine tiltak for myndighetene, bedriftene og enkeltpersoner. Vi primærleger som skal fremme den samfunnsmedisinske offensiv, bør benytte den interesse som ligger i tiden til å øke vårt forebyggende arbeid. Min erfaring er dessuten at det å kunne veksle mellom kurativt og profylaktisk samfunnsmedisinsk arbeid virker mentalhygienisk positivt i en ellers slitsom hverdag.

Tabeller og figurer:
Se neste side



FIGUR 1. De 231 skadene på Værøy vist etter måned. De 86 yrkesskadenes andel er skravert.

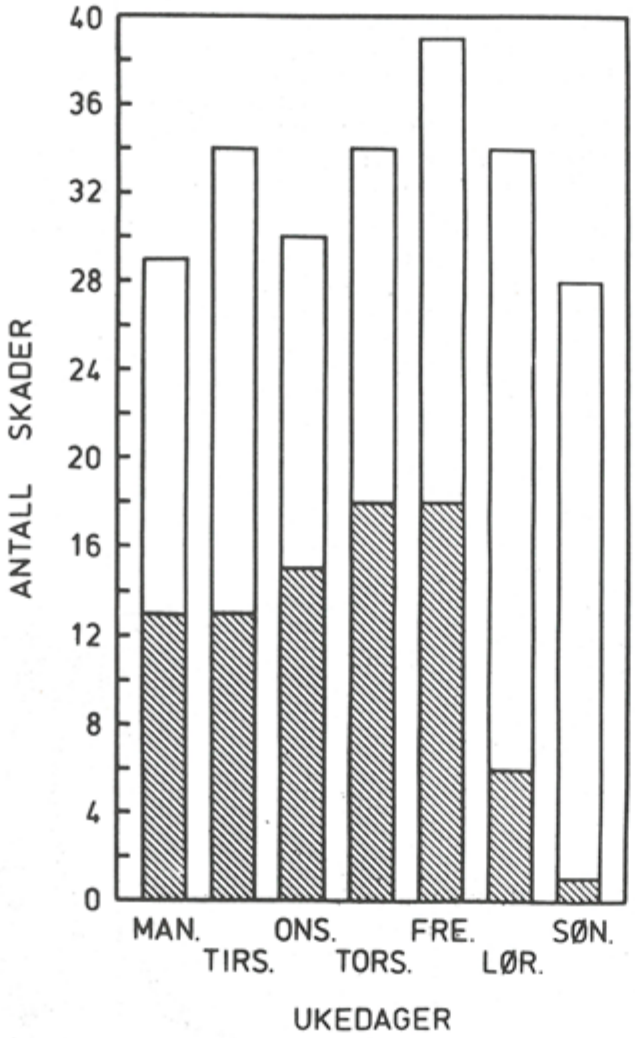
TABELL 1. De 231 skadene på Værøy prosentvis fordelt på diagnosegrupper.

DIAGNOSEGRUPPE	PROSENT
Sår	42
Forstuvning/støt	37
Brudd	11
Fremmedlegeme i øyet	5
Andre	5
SUM	100

TABELL 2. De 231 skadene på Værøy prosentvis fordelt på skadetyper.

SKADETYPE	PROSENT
Yrkesskade	37
Hjemmeulykke	22
Trafikkskade	11
Andre	30
SUM	100

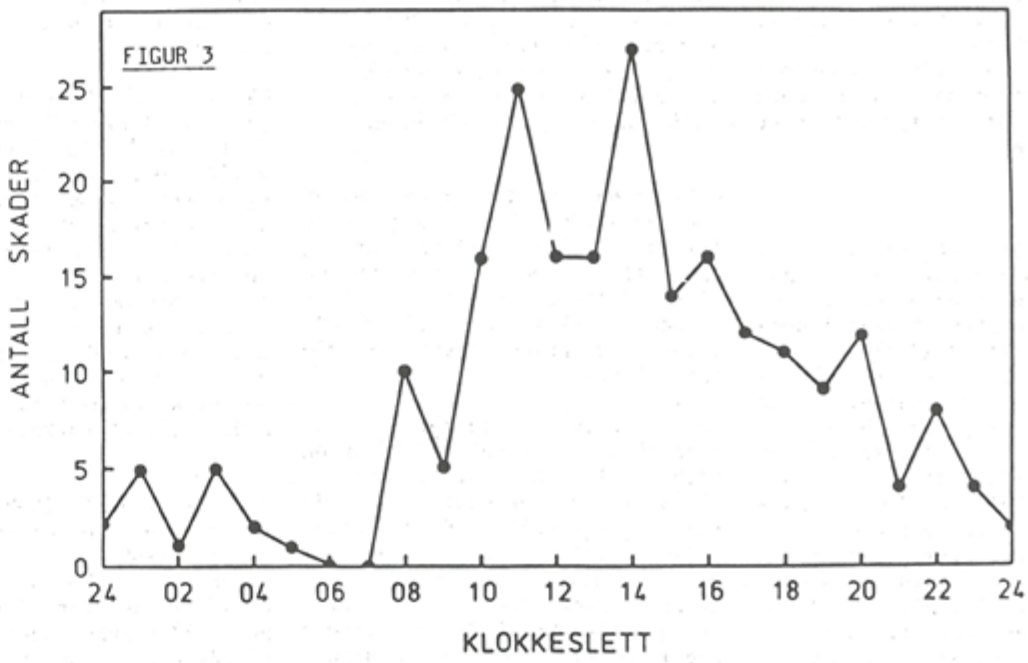
Tabeller og figurer til artikkel av Gunnar Telnes



Figur 2 viser at det forekom flest skader på fredager. Yrkesskadenes andel er skravert og vi ser at disse øker gradvis fra mandag til fredag.

TABELL 3. De 86 yrkesskadene på Værøy prosentvis fordelt på yrker.

YRKE	PROSENT
Fiskebruksarbeider	45
Fisker	29
Andre kroppsarbeidere	18
Diverse	8
SUM	100



Figur 3 som viser skadene fordelt på klokkeslett, forteller at over halvparten av alle skadene skjedde mellom kl. 1000 og kl. 1600.

Å leve med diabetes ....

Forts. fra side 10.

Dette vil kunne styrke både sykehusenes og den enkelte leges arbeid med pasientene, og den ressurs som diabetikerforeningene utgjør vil kunne utnyttes bedre. Samlet vil dette gi en bedret diabetesomsorg som vil gjøre det enklere og bedre for mange å leve med sin diabetes.

LEVEREGLER FOR DIABETIKERE.

1. Bli medlem av Norges landsforbund for sukkersyke.
2. Kontakt den lokale diabetikerforening.
3. Ha alltid med deg eget diabetiker-identitetskort.
4. Lær deg behandlingsprinsippene ved sukkersyke.

   Kostregulering og diett.
   Aktivitetsregulering.
   Evt. medikamentbruk.
5. Lær deg egenkontroll og bruk kontrollkort for sukkersyke.

   Urinundersøkelse.
   Evt. blodsukkerundersøkelse.
6. Lær deg faresignalene ved dårlig regulert sukkersyke.

   Symptomer på for lavt blodsukker (trolig)
   Symptomer på for høyt blodsukker.
7. Ha alltid med deg sukkerbiter e.l.
8. Vær obs. på langtidskomplikasjoner ved sukkersyke og hvordan disse kan forebygges.
9. Gå til regelmessige legekontroller.

UNGDOMSMILJØET I SMØLA

En lokal sosialmedisinsk registrering

Av distriktslege Magne Nylenna, Smøla

Lokale registreringsundersøkelser med et pedagogisk preg har etterhvert fått en viss utbredelse i norsk helsevesen. Undersøkelser omkring arbeidsmiljø, skader, trafikksikkerhet og barneulykker har blitt presentert. I det følgende presenteres en enkel registrering omkring ungdomsmiljøet i øykommunen Smøla i Møre og Romsdal med spesiell vekt på alkohol og tobakksforbruket blant ungdommen.

Bakgrunn:

Initiativet til undersøkelsen kom fra de kommunale politiske organer. Man ønsket en oversikt over ungdommens oppvekstvilkår i kommunen; spesielt ungdommens fritidstilbud. I en tro på at ungdommens bruk av rusmidler har sterk sammenheng med helse og trivsel ble en kartlegging av ette også inkludert. Det ble nedstt et lokalt ungdomsmiljøutvalg med representanter fra skole, politi, kirke, sosial- og helsevesen, og distriktslegen fikk en naturlig plass i dette arbeidet. Mandatet til utvalget var å foreta en slik kartlegging i aldersgruppen 12-18 år.

Metode:

Det ble gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant alle kommunens ungdommer i alderen 12-18 år. Det ble utarbeidet et spørreskjema med i alt 25 spørsmål med angitte svaralternativer. Undersøkelsen ble gjennomført gjennom skolene og for de i de eldste aldersgrupper som ikke gikk på skole ble posttilsendte skjemaer benyttet.

Absolutt anonymitet ble tilstrebet. Databehandlingen ble gjort manuelt, og det ble utarbeidet et vel 60 siders hefte der resultatene ble fremlagt.

Resultater:

Noen av de viktigste resultatene skal kort gjengis:

Deltagelsen var totalt 83%, 292 av 352.

Halvparten av de spurte deltok sjelden eller aldri i organisert fritidsaktivitet, men det var dog bare 11.3% som opplyste at de aldri deltok. Det var en klart økende inaktivitet med økende alder. 73% ønsket flere aktivitetstilbud.

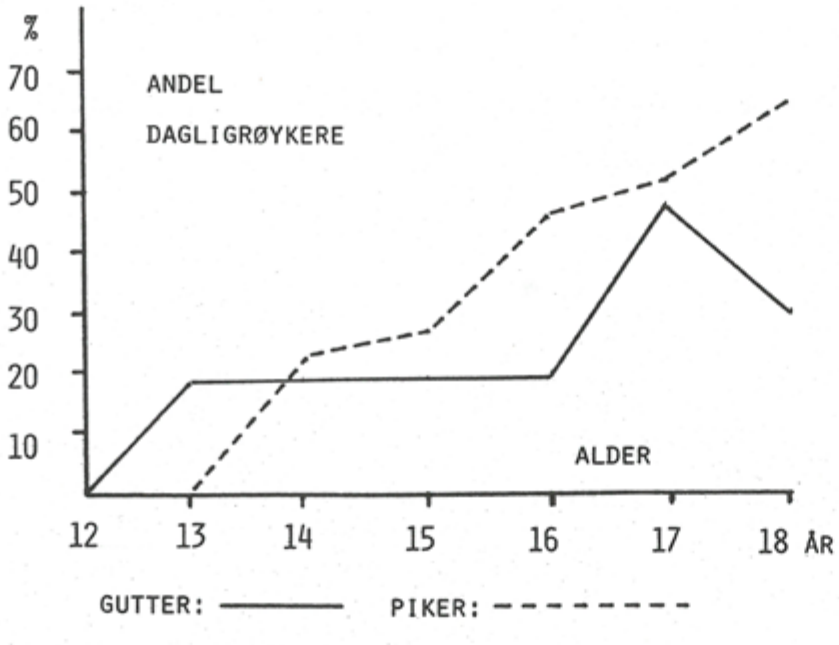
På spørsmålet "røyker du for tiden?" svarte totalt 38.4% ja og 61.6% nei. 26.5% av jentene og 18.4% av guttene opplyste at de var dagligrøkere. Sammenhengen mellom andel dagligrøkere og alder fremgår av figur 1. I aldersgruppene 16-18 år var 52.9% av jentene og 29.7% av guttene dagligrøykere, dette er en signifikant forskjell ($p<0.05$).

Spredningen i antall røykte sigaretter pr. uke var stor, tendensen var at jenter som røykte røykte mer enn guttene.

På spørsmål om foreldrenes røykevaner opplyste 73.7% at en eller begge foreldrene røykte. Sammenhengen mellom foreldrenes og barnas røykevaner var sterk. Hvis ingen av foreldrene røykte, var det blant barna 26% røykere. Hvis en eller begge foreldrene røykte, var 42.8% av barna røykere ($p<0.01$). Sammenhengen mellom venn/venninnes røykevaner og egen røyking var også sterk. Av de som opplyste at en venn/venninne ikke røykte var det 9.5% som røykte mot 67.6% dersom venn/venninne røykte.

På spørsmålet "har du lov hjemmefra til å røyke?" svarte 39.1% "vet ikke". 18.8% svarte ja og 42.1% nei. Sammenhengen mellom egen røyking og eventuell tillatelse var sterk. Av de som ikke hadde lov til å røyke var 20.3% røykere mot 76.4% av de som hadde lov ($p<0.001$). De som "ikke visste" kom i en mellomstilling med 39.5% røykere. Kun 13 personer opplyste å ha blitt tilbudt narkotika og bare 5, altså 1.7%, hadde forsøkt narkotiske stoffer selv.

Når det gjaldt alkohol hadde de aller fleste en eller annen gang smakt alkohol. På spørsmål om aktuelle drikkestatus opplyste 41.4% at de aldri drikker alkohol. 27% drikker sjelden og 30.8% månedlig eller oftere. Sammenhengen med alder fremgår av fig. 2.



FIGUR NR. 1

De som drikker alkohol synes å begynne med det i 14-15 års alder. Opp til og med 15 års alder var det 24.9% som oppga øl som den viktigste alkoholholdig drikken og 13% brennevin, mens det hos de eldste var 38% som oppga øl og 35% brennevin.

Det var to "drikkesteder" som pekte seg ut som de vanligste, nemlig hjemme hos andre og på forsamlingslokaler.

Også for alkohol var det hele 34.3% som svarte "vet ikke" på spørsmålet om de hadde lov hjemmefra. 14% svarte at de hadde lov og 51.7% at de ikke hadde. Som for røyking var det en sterk sammenheng mellom egne vaner og lov hjemmefra. Av de som ikke hadde lov hjemmefra til å drikke alkohol var det 61.3% som aldri drakk. Av de som svarte "vet ikke" vasr det 27.7% som aldri drakk og av de som svarte at de hadde lov var det tilsvarende tall bare 2.5 %.

Diskusjon:

Resultatene samsvarte med tilsvarende undersøkelser andre steder i landet. Det syntes dog å være flere dagligrøykere, særlig blant de eldste jentene. Til gjengjeld var narkotikaproblemet minimalt.

Et gjennomgående trekk var den nære sammenheng mellom tillatelse hjemmefra og egne røyke- og alkoholvaner. Interessant var det også at så mange opplyste at de "ikke visste" om de hadde lov hjemmefra til å røyke eller drikke alkohol.

Ungdommen alkoholvaner syntes, ikke overraskende, å være nær knyttet til festkulturen.

Selv om ikke resultatene på noen måte kan sies å være ekstreme og ikke karakteriserte smølaungdommen hverken som "bedre" eller "verre" enn ungsom flest, vakte resultatene betydelig interesse og reaksjon. Delvis ble det sådd tvil om resultatenes riktighet, og delvis ble presentasjonen oppfattet som "uthenging" av ungdommen. Debatten var livlig og aktiviteten stor.

Resultatene av undersøkelsen sammen med et punktvis handlingsprogram for de berørte problemområder ble overlevert fra ungdomsmiljøutvalget til de kommunale organer og har bl.a. blitt benyttet som bakgrunnsdata i forbindelse med planleggingen av sosialtjensten og helsetjenesten utenfor institusjon i kommunen.

Konklusjon:

Den rent kunnskapsmessige gevinsten ved en slik enkel registrering i lokalmiljøet kan selvsagt diskuteres. Jeg tror likevel at det er viktig at vi som leger initierer og deltar i slike prosjekter. På den måten har vi en god mulighet til å øke både egen og andres viten om det miljø i arbeider og lever i.

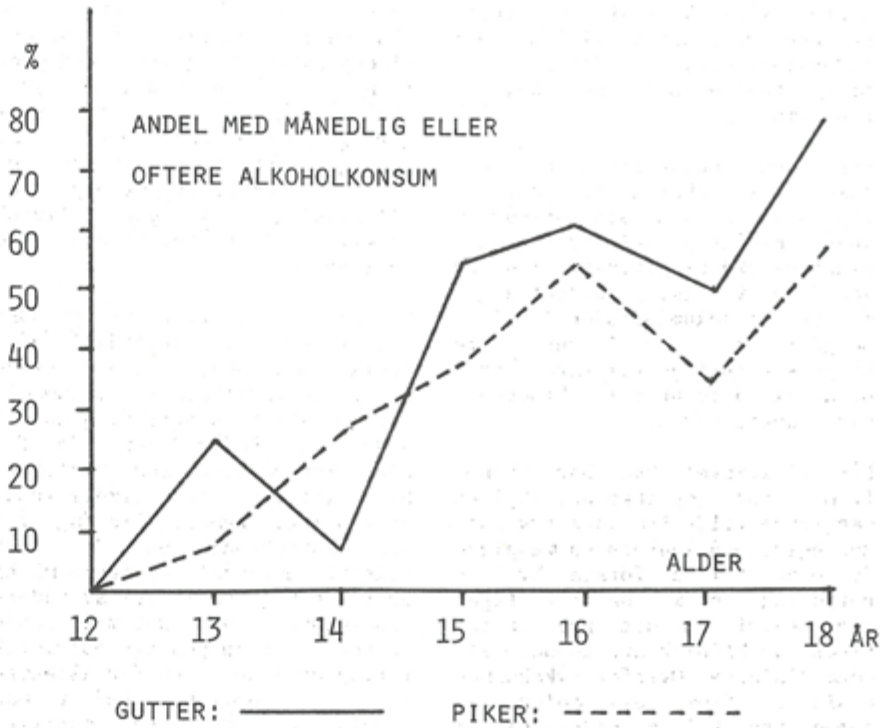
Det er særlig tre aspekter ved slike prosjekter jeg vil fremheve:

1. Samarbeid: Det tverrfaglige samarbeid som slike undersøkelser forutsetter er nyttig og utviklende. Det lærer oss at også vi som leger bare har eiendomsrett til en del av virkeligheten. Et tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for et planmessig forebyggende helsearbeid i lokalmiljøet.

2. Aktivisering: Gjennomføringen av slike undersøkelser har en aktiviserende effekt egentlig uavhengig av undersøkelsen resultater. Prosjekter som det beskrevne kan være et godt pedagogisk virkemiddel for å øke interessen og aktiviteten omkring et problem.

3. Identifiseringen: Slike lokale og enkle undersøkelser gir en helt annen nærhet og identifisering med resultatene enn større og eventuelt "finere" prosjekter fra andre steder, selv om resultatene i og for seg kan være identiske. Folk kan vanskeligere fortrenge eller benekte fakta når de så og si er innsamlet utenfor stuedøra.

Jeg tror vi har mye å utrette ved å gjennomføre slike enkle prosjekter i lokalmiljøet. Mulighetene begrenses nesten bare av fantasien alene.

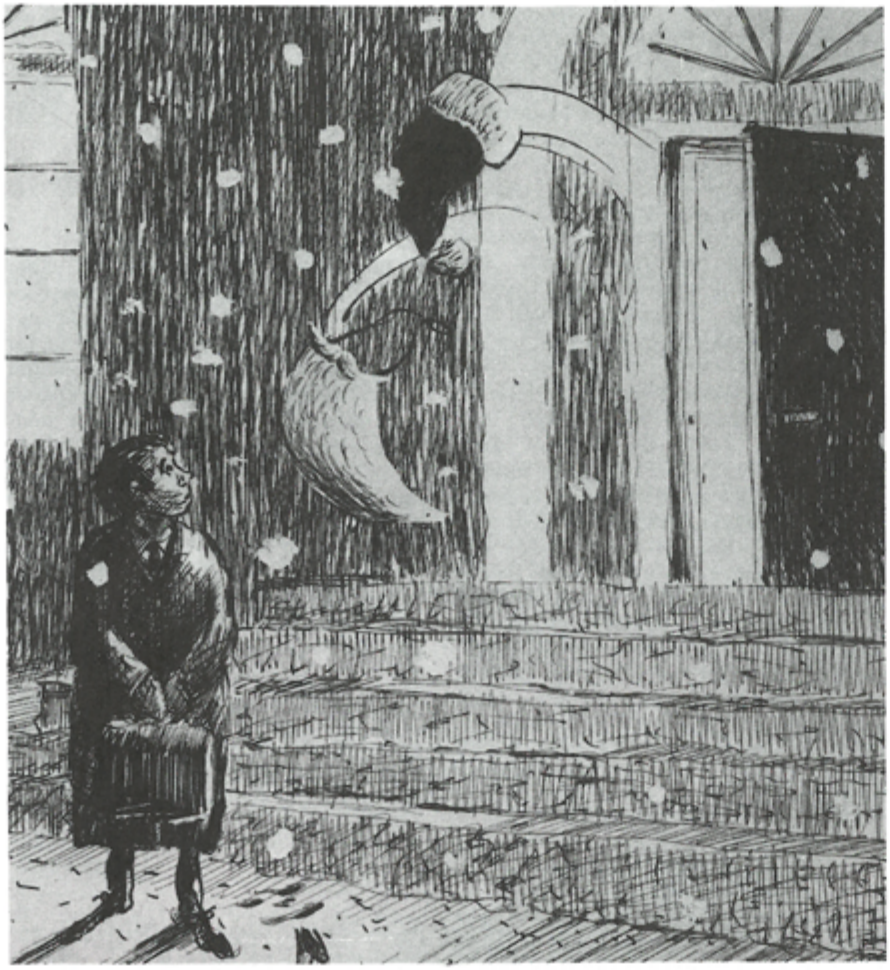


FIGUR NR. 2

Tiderne er efterhånden blevet sådan, hvis man opfører sig normalt, så er man ikke rigtig klog.

Skal almenpraktikere forelese for medisinske studenter?

Av Steinar Westin



Det går hett for seg når Utpostens redaktører, i dette tilfelle de nylig avgåtte, skriver sine ledere. Et av temaene i lederen for nr. 7/8 1982 var nedskjæringen av timelærermidler for 1983, som blant annet fører til at Institutt for Samfunnsmedisin i Trondheim ikke lenger får anledning til å benytte almenpraktikere og distriktsleger som forelesere i almenmedisin. Den oppmerksomme leser la sikkert også merke til at dette tema også prydet bladets forside. Jeg antar at det er distriktsnissen vi ser, kastet ut av akademiets varme stue.

Lederen tar opp et brennbart problem på en slik måte at det frister til en bredere diskusjon. La oss gå tilbake til lederens sentrale innhold:

"Årets julegave fikk almenpraktikere og distriktsleger fra Universitetet i Trondheim, Avdeling for medisin. Etter å ha drevet banebrytende integrert undersvisning i almenmedisin i de fleste av studiets terminer i fakultetets første seks år, ble samtlige eksterne lærere oppsagt i sitt undervisningsengasjement som fag-/timelærer.

Eksterne lærere hadde til nå "blitt engasjert på ledige lønnsmidler", fra stillinger i andre medisinske fag som ikke var blitt besatt. Tenke seg almenpraktikere hadde fått lov til å leke vikarlærer til mesteren tiltrådte stillingen. Fremtidig undervisning i faget almenmedisin må nå så å si utelukkende skje av folk som har gitt seg vitenskapen i vold og sagt farvel til praksis og pasienter. Det synes som om faget advokater har vært for svake eller for distrahert av andre ting og derved blitt et lett bytte for andre faggruppers opportunister. Det hadde vært ønskelig at de som skulle drive undervisning i almenmedisin var leger som drev almenpraksis og kunne bruke sine pasienter i undervisningen, og ikke bare var opptatt av forskning og kongresser."

Som en av de almenmedisinere som "har gitt seg videnskapen i vold" kan jeg uten videre slute meg til den skuffelse og harme som uttrykkes. Men når det antydes at vi her ved Institutt for Samfunnsmedisin skulle ha vist unnfallenhet i våre forsøk på å sikre våre klinisk arbeidene kolleger muligheten til å bidra i undervisningen, er det en grov misforståelse som ikke skal få stå uimotsagt.

Utpostens redaktører er muligens ikke tilstrekkelig orientert om den harde dragkamp som foregår om knappe midler på universitetene i disse nedskjæringstider. I denne saken har vi lagt på bordet argumenter og dokumentasjon i slike mengder at ingen i vårt nære universitetsmiljø vil være i tvil om at vi fullt ut deler Utpostens syn i denne saken.

Når vi likevel ikke har vunnet frem, tror jeg ikke det skyldes manglende vilje fra våre sykehuskolleger, men snarere en manglende evne til å forstå hvilken betydning det kan ha for faget almenmedisin at det også undervises av klinisk arbeidende almenmedisinere. Overfor sykehusmedisinere (som selv føler seg kompetente til å undervise i almenmedisin!) er det vanskelig å vinne forståelse for at vi som universitetslærere i faget ikke synes vi kan gi tilstrekkelig klinisk relevant undervisning i alle delene av faget.

Vi har hevdet, og kommer fortsatt til å hevde, at det bør være like naturlig for et universitetsinstitutt som skal forestå undervisning i almenmedisin å benyttet almenpraktikere og distriktsleger i undervisningen, som at en sykehusavdeling benytter sine overleger og reserveleger. Dette er av særlig stor betydning for et institutt som er bygget opp uten tilknytning til egen klinisk praksis, slik tilfellet er i Oslo og Tromsø.

Nå skal vi ikke bidra til på spre den forestilling at Avdeling for medisin har nedprioritert timelærerundervisningen i almenmedisin i større utstrekning enn i andre fag. Reduksjonen i de ledige lønnsmidler som tidligere har vært benyttet i timelærerundervisning, rammer alle fag, med den konsekvens at de fast tilsatte universitetslærere må ta en vesentlig større del av undervisningsarbeidet. Det man kunne ønsket, var en positiv oppprioritering av denne form for almenmedisinsk undervisning ved at man beholdt det etablerte undervisningsprogrammet, men nedskjæringen skulle ramme andre fagområ-

der. Vi synes det hadde vært helt i tråd med ønsket om å vinkle medisinerutdannelsen noe mer i retning av primærhelsetjenesten, i denne perioden der vi vet at over halvparten av de uteksaminerte kandidatene kommer til å finne sitt framtidige arbeid i almenpraksis.

Men skal ikke bare se det mørke i situasjonen. et avgjørende lyspunkt er at praksistjenesten ikke er berørt av de nevnte nedskjæringene. Denne praksistjenesten, fire dager i propedeutisk termin og to uker i 9. termin, ser vi som helt sentrale deler av vårt undervisningsopplegg. Her yter almenpraktikere og distriktslegene i regionen en førsteklasses innsats, som studentene gang på gang verdsetter med superlativer.

Hvis verden går videre, og det får vi tro, er heller ikke siste ord sagt i denne saken. I vårt orienteringsbrev til de kollegene som har bidratt med forelesninger for studentene, har vi optimistisk gitt uttrykk for at de ikke skal brenne sine forelesningsnotater, men vente på bedre tider for faget. Tiden arbeider for oss.Om det i mellomtiden kan være en trøst, kan jeg referere at det engelske tidsskriftet for almenmedisin, Journal of the Royal College og General Practioners, i 1980 hadde en leder (1) som tok opp omtrent de samme poengene som Utposten nå har behandlet. Her klages det over de dårlige finansieringsordningene som bys almenmedisinere ved de medisinske skolene, og det heter blant annet: "It is widely recognized that undergraduate teaching from general practice plays a crucial part in the basic training of all future doctors, whether they later work in hospital or in a community. If university departments of general practice now fail because there is no proper financial support for the teaching, the cost will be born not only by general practioners, but by the profession as a whole and by our patients."

Eget hell er bra, som det heter, men naboens uhell er heller ikke å forakte! Her ser vi i hvert fall at de problemene faget står overfor ikke er noe særnorsk, enn si midtnorsk fenomen.

Før vi avslutter disse betraktningene, skal vi minne om at det ligger en annen fare på lur for fagets undervisningsinteresserte kolleger. Det er noe som heter undervisningstretthet, og den er vi heller ikke vaksinert mot i vårt fag. I de årene vi står foran, vil vi helt sikkert oppleve en ganske annen utfordring til fagets utøvere til å bidra aktivt i undervisningssammenheng, både i grunn- videre- og etterutdannelsen. Det kommer en spesialitet i almenmedisin, kurstilbudene skal bygges ut, og almenmedisinens plass i grunnutdannelsen vil ganske sikkert øke, selv om motvinden er følbar akkurat nå. Det er ikke lenge før vi som danskene må stille spørsmålet "Hvordan lever vi op til en øget undervisningsforpligtelse? (2) Også her dreier det seg om en leder, i Tidsskriftet for Det Danske Selskapet for Almenmedicin, der det pekes på at den første tidens stormende entusiasme blandt almenpraktikereover å få lov til å undervise de medsinske studentene, var i ferd med å vike plassen for en viss undervisningtretthet.

Om slike tendenser skulle dukke opp blandt våre praksislærere her hjemme, får vi håpe at det nystartetde Norsk Selskap for Almenmedisin kan bli en inspirasjonskilde. De lokale gruppene som etter hvert dannes (3) bør kunne bidra til en faglig utvikling som også kommer undervisningen og undervisningsentusiasmen tilgode.

Til Utpostens avgåtte redaktører og de andre kollegene som har forlest for studentene vil jeg si: Det er undervisningsprogrammet dere har bidratt til å utvikle innenfor rammen av den såkalt integrerte undervisning har skaffet oss verdifull erfaring med en undervisningsform som vi tror på, og som flere andre medisinske skoler prøver å etablere. (4) Vi vet også at dette undervisningssamarbeidet mellom kolleger innenfor og utenfor sykehus er blitt oppfattet som faglig inspirerende for begge parter. Endelig kan vi fortelle dere at de medisinske studentene stadig etterlyser mer av denne slags undervisning.

Referanser:

1. Teaching undergraduates in general practice. J R Coll Gen Pract 1980; 30: 259.

2. Backer P: Hvordan lever vi op til en øget undervisningsforpligtelse? DSAM Orientering nr.9. Oktober 1979.

3. Bjertnes, Aa: Tolvmannsforeninger, fremtidens struktur for almenpraktiserende legers videre- og etterutdannelse? Utposten nr. 5/6 1982; 11: 6-8.

4. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Trondheim. Vedlegg 2 til Årsmelding for 1982.

Norges landsforbund for sukkersyke ....

Forts. fra side 11.

Det økonomiske grunnlag for drif - ten og kursvirksomheten skapes gjennom kontingent, landslotteri, enkeltbidrag fra medlemmer og testamentariske gaver. Offentlig tilskudd beløper seg til omlag 10 % av våre budsjetterte utgifter.

Norges Landsforbund for Sukkersyke har i mange år forestått godkjen - ning av diabetikervarer.Denne prosedyren har vi tilbakeført til Helsedirektoratet fra 1. januar i år, men fortsatt vil NLS-symbolet være kjennetegn på varene en tid fremover.

Gjennom mange år har Forbundet gitt økonomisk støtte til forskning som har betydning for diabetikerne. Det er opprettet egne fonds, og stipendier utlyses årlig.

Vi legger meget stor vekt på samarbeidet med helse- og skoleinstitusjoner, fordi neppe noen annen pasientgruppe er så avhengig av egenomsorg/egenkontroll som diabetikerne. Vi mener derfor at det er svært viktig at alle som har daglig eller periodisk kontakt med diabetespasienter støtter opp om, eller er med i opplæringsprosessen.

KOMMUNE HELSE DATA (KHD)

Av Jon Hilmar Iversen

Et nytt data og oppgjørssystem for primærhelsetjenesten i kommunene under utvikling.

En arbeidsgruppe bestående av dr. med. Jan-Ivar Kvamme (Alta, pt. USA), almenpraktiker Anders Smith (Markveien legesenter i Oslo) og distriktslege Jon Hilmar Iversen (Eide på Nordmøre) holder på å utarbeide et nytt data og oppgjørsskjema for primærhelsetjenesten i kommunene.

Systemets grunnversjon bygger på et pasientkartotek på EDB som gir grunnlag for on-line registrering av medisinske og administrative data, slik at det kan hentes ut driftstall, epidemiologiske statistikk og samlet oppgjør med trygdekassen (både i et normaltariff- og et fastlønnssystem).

Systemet skal bli enkelt og relativt billig å bruke i grunnversjonen uten pasientjournal på EDB. Følgende oppsett er planlagt:

0: Papirskjema som tilsvarer dagens regningskort. Sendes bunkevis til datasentral for inntasting. Gir ønsket statistikk og avregning med trygdekassen.

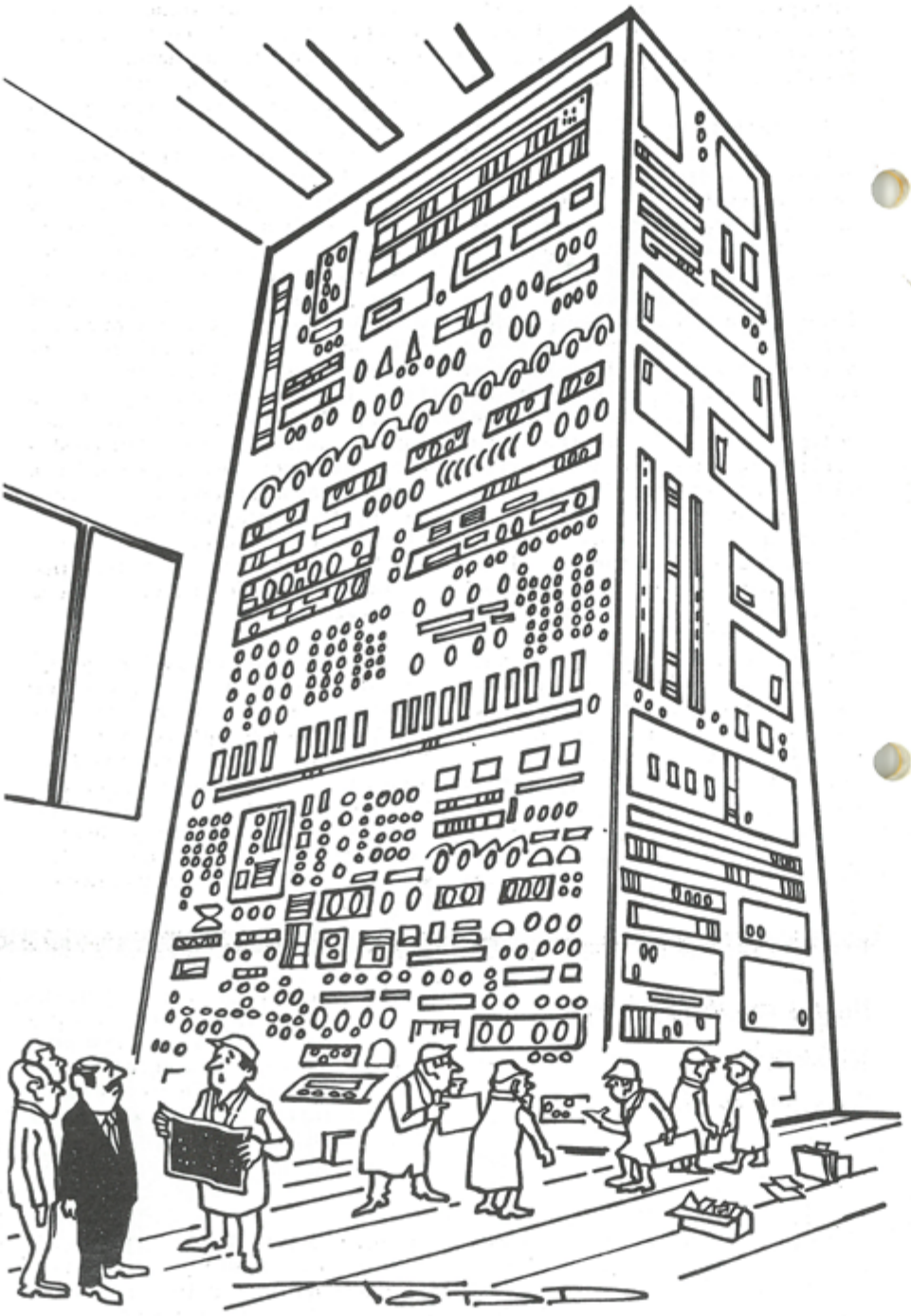
1: Mikromaskin i resepsjonen med pasientkartotek på EDB og registrering av kontaktdata fra internt registreringsskjema, eventuelt med automatisk utskrift av resepter, sykemeldinger, skysslapp o.l.. Det skal kunne kobles til ekstra skjerm for samtidig tekstbehandling o.l..

2: Skjerm på alle legekontorer og i resepsjonen erstatter registreringsskjema på papir.

3: Skjerm på alle legekontorer og i resepsjonen og laboratoriet med full pasientjournal på EDB.

EDB-løsningene skal utføres av Kommunedatasentralen for Øst-Norge (KDØ) i Sarpsborg. Planen er å utvikle grunnversjonen først i løpet av 1983, og deretter den utvidede versjonen med full pasientjournal på EDB.

For nærmere opplysninger kan kontaktes: Kommune Helse Data (KHD), c/o almenpraktiker Anders Smith, Markveien legesenter, Postboks 2102, Grunerløkka, Oslo 5. Tlf. 02-37 70 62.



"I know it's been three days since installation, as soon as we find the OFF-ON switch you can start operations."

Den nye redaksjonen

KOMMER IGJEN FRA MØRE OG ROMSDAL

Presentert av Jon Hilmar Iversen

Består av ansvarlig redaktør Ola. Videre har vi de almenmedisinske redaktører Øystein og Frode og de samfunnsmedisinske redaktører Magne og Jon Hilmar. Vi var rause med å gi hverandre titler på det konstituerende redaksjonsmøtet. Vi savnet kvinner på det møtet, men det skal vi forsøke å ta igjen i det praktiske arbeidet og når vi knytter faste medarbeidere til bladet.

OLA LILLEHOLT

Uten ham ingen redaksjon.

Uten ham hadde det ikke blitt noen ny redaksjon fra Møre og Romsdal. han er initiativtakeren, inspiratoren og den alltid begeistrede.

Ekstrem generalist og interesserer seg for alt mulig på en gang, både faglig og privat. Føler lett angstblandet glede foran kommunehelsetjenesten, men finner eksistensiell trøst i Kurt Vonnegut's humanisme.

41 år ung, gift for andre gang og har 3+2 barn. Hun heter Kristine og er distriktstannlege.

Neste 5-10 år regner han fortsatt med å være distriktslege i Rindalen, til beste for pasienter, familie og Utposten.

Han tok eksamen i Oslo i 1967 og turnus i Kristiansund N. og Rødøy. Kir. avd. Rana sykehus 6 mnd i 1970. Deretter distriktslege Halsa (1970-75), Surnadal (1975-80) og Rindal (1980-) Vikariater med. og kir. avd. på Orkdal sykehus. Almenpraktiker Dnlf i perioden 1977-82: har ikke greidd å kapre vikariat til å dekke den siste nødvendige måneden av sykehustjenesten.

FRODE HEIAN

Fastlønnet profet for egenomsorg. Har den kvalifiksjon for redaksjonarbeid i Utposten at han er gift med en fysioterapeut. Hun heter Kari Torvik. De har 3 barn i alderen 3-8 år. Selv er han 36 år.

Eksamen fra Oslo 1974. Turnus på Vefsn (Mosjøen) og Askvoll). Som sivilarbeider var han ass.lege på rtg.avd i Tromsø i 15 måneder. Ass.lege barneavd. samme sted i 1 1/2 år. Deretter privatpraktiserende lege lege på Tingvoll i 6 mnd før han ble kommunelege med fast lønn på Tingvoll de siste 4 1/2 år.

Hans hovedinteresse er forebyggende helsearbeid. Han arbeider emd et hefte om egenomsorg til utdeling til alle innbyggere i kommunen. Som en del av det forebyggende arbeid interesserer han seg også for helsestasjonen, skolehelsetjenesten og pediatri.

Planene fremover er å arbeide mer med forebyggende helsearbeid og å skolere seg almen- og samfunnsmedisinsk, blant annet til glede for Utposten. Foran kommunehelsetjenesten føler han økonomisk usikkerhet: for helsetjenesten!

MAGNE NYLENNA

Sunnmøring.

Forøvrig 30 år, gift med lærer Ellen, barna Astrid er 3 år og Mathias 1/2 år. ingen typisk hobby, ingen dyr, BMW 1982-modell (den er dyr nok). Avisoman (Sunnmørsposten) og litteraturinteressert (krim).

Eksamen i Oslo i 1977. Turnus i Kristiansund N. og Smøla. Distriktslege med verv som helserådsordfører på Smøla fra 1979. Kurs i offentlig helsearbeid for leger høsten 1980 og 3 mnd på med. avd. i Kristiansund i 1981. Fra 1983 forskningspermisjon: Stipendiat ved Institutt for almenmedisin i Oslo for å gjennomføre prosjektet "Kreft i almenmedisinen", en kartlegging av almenpraktikeren og kreftsykdommene.

Hovedinteresser er almenmedisin, samfunnsmedisin, helseadministrasjon og helsepolitikk. Lunkne følelser framfor den nye kommunehelsetjenesten. Hele tiden vært motstander av kommunalt ansvar for helsetjenesten. Arbeidet for en god primærhelsetjeneste må nå gjøres på lokalplanet.

ØYSTEIN PEDERSEN

Nord-Norges innslag i redaksjonen.

Han kommer fra Tromsø og lover å aktivisere ressurspersoner nordpå for å lage et så distriktsorientert Utposten som mulig.

Almenpraktiker Dnlf med interesser for almenmedisin og sosialmedisin. Etter Oslo-eksamen i 1974 tok han turnus i Volda og Lenvik. Deretter ass.lege ved avdelinger for øyensykdommer, ØNH og psykiatri i Tromsø. Distriktslege i Tromsø by 1980-82 og almenpraktiker i Molde by fra 1982.

Forts. neste side

Den nye redaksjonen ...

Forts. fra forrige side

Gift med Ingvild Torp som er sosionom. De har to barn, Anne Marte er 7 år og Anders er 10 år. Selv er han 34 år og halvveis til pensjonsalderen.

JOH HILMAR IVERSEN

EDB-frelst og vanlig frelst.

Den i redaksjonen som har vanskeligst for å holde frister. Det skyldes unødig mange interesser, livslyst og båt på fjorden. Gift med Signy som er lærer og har tre barn: Matias 8 år, Anette 7 år og Kristoffer 5 år. 34 år.

Det som betyr noe for Utposten er en slags eksamen fra Oslo i 1977. Turnus i Ålesund og deretter Eide på Nord-Møre hvor han foreløbig har grodd fast, nå som fastlønnet distriktslege uten verv som helserådsordfører. 3 leger på 3000 mennesker (pasienter) og 5-delt vakt.

Hovedinteresser er samfunnsmedisin, for tiden med vekt på samarbeid mellom profesjonen i primærhelsetjenesten og mulighetene for å få epidemiologisk og administrativ orden på kommunehelsetjenesten ved hjelp av EDB-teknologi.

Kurs i offentlig helsearbeid for leger høsten 1981. 2 mnd som almenpraktiker på barneavdelinga i Kristiansund 1981/83. Forøvrig litt menighetsarbeid, litt lokalpolitikk og litt hagearbeid - sår litt og luker litt.

Planlegger å bli på Eide i de nærmese årene framover, Eide er jo så nær både sykehuset, fylkeslegekontoret og flyplassen i Molde (30 minutter), at det lett kan oppleves som Norges mest sentrale utkant.

SKRIV SELV!

NY LÆREBOK I ORTOPEDISK MEDISIN

Av Ola Lilleholt

James Cyriax var trolig den som introduserte begrepet ortopedisk medisin om de lidelser i bevegeapparatet som åpenbart ikke behov for ortopedisk kirurgisk behandling. Hans lærebøker i ortopedisk medisin har vært , og er,viktige inspirasjons- og kunnskapskilder for de leger og fysioterapeuter som arbeider i første linje. Den ortopediske medisinen befatter seg med det som i engelsk faglitteratur noen ganger kalles soft tissue lesions, utgjør en karakteristisk og viktig del av almenlegens hverdag. Ved siden av Cyriax' bøker har en i Norden hatt lærebøker av Ove Bøje (Fysiurgisk diagnostik og terapi), og Brodin/ Bang/Kaltenborn/Schiøtz (Manipulation av rygraden). Mange kolleger har kanskje også orientert seg i osteopatisk litteratur, der Alan Stoddard og J. F. Bourdillon har skrevet interessante lærebøker. I norsk medisin har Henrik Seyffart med en utrettelig entusiasme formidlet kunnskap om den ortopediske medisinen. Sist år ble vi beriket med en ny lærebok fra tre amerikanere: Sheon, Moskowitz og Goldberg. Sjøl om det i tittelen er angitt at dette er en bok om soft tissue rheumatic pain, omfatter beskrivelsene naturlig nok smertetilstander med origo både i ledd, intervertebralskiver og nerver, muskler, sener og andre bindevev. På bokas nærmere 300 sider finnes beskrevet ca. 150 entiteter. Forfatterne er udogmatiske og er åpne for alle de hvite flekkene på kartet i denne delen av medisinen. Problemstillingene egner seg ikke for double blind-eksperimenter. Den lite utviklede nosologiske taxonomien har vært en alvorlig hemsko for andre naturvitenskapelige tilnærmingsmåter. Litteraturhenvisningene i denne boka er imponerende tallrike og vitner om mange arbeider systematisk med å vinne ny innsikt disse lidelsenes patogenese og behandling. Vi kjenner alle til at dette er et ingenmannsland der mange har plantet sine faner: spesielle retninger innen fysioterapien, akupunktører og soneterapeuter. Sheon, Moskowitz og Goldberg har et entydig medisinsk utgangspunkt. Ingen vil finne på å tro at dette er en endelig og i alle detaljer avklaret bok om ortopedisk medisin. I denne korte anmeldelsen finner en det derfor lite hensiktsmessig å kommentere i detalj sterke og svake sider i framstillinga. Alle som driver almenmedisinsk praksis vil finne matnyttig stoff her. Lest med kritiske øyne turde boka kunne bli til glede både for practici og pasienter fra første dag av. Den er hermed anbefalt!

Sheon RP, Moskowitz RW & Goldberg M: Soft Tissue Rheumatic Pain. Recognition, Management, Prevention. Lea & Febiger. Philadelphia 1982. Pris kr. 244.-.

KLIPP: Ny variant av «svenske tilstander».

”Sjukhusen är felorganiserade”

I höst får även Göteborg privatägd akutmottagning

Stockholm (G-P):
— Akutvården på sjukhusen är felorganiserad, säger Joachim Santesson grundare till city-akuten i Stockholm i en intervju till G-P. Vården kan vara både bättre och snabbare. Santesson avslöjar också att han har planer att öppna en city-akut i Göteborg till hösten.

Det är kö ända ut på trottoaren n[illegible] i kommer till city-akuten vid Hötorget i Stockholm. I väntrummet står stolar uppradade efter varandra — alla är upptagna. Och många patienter står längs väggarna. En del verkar snuviga och hostar, andra har bandage kring händer eller fötter. En del småpratar litet glatt, andra sitter tysta med sina plågor.

☐ *Fint och fort*

Vi träffar Rune Everklint just som han är på väg ut. Han har en sko i ena handen och ena foten i paket. Skon säljer han billigt nu, skojar han. Han har rest från Örby, som ligger två mil söder om Stockholm. Han arbetar på ICA och fick nageln krossad när han tappade en fryst kyckling på tårna.

— Det gick fint och fort här inne. Jag blev behandlad på en [illegible]e och 10 minuter, berättar h[illegible]

Förkylda Valborg Tönnerfors från Söder i Stockholm, som står kvar här inne och väntar på en väninna, berättar att hon fick vänta över två timmar.

— Men det var mödan värt, på Södersjukhuset har jag fått vänta fem till sex timmar ibland.

— Att det är så fullt här visar ett behov, säger en trejde patient. Det behövs någonting centralt också.

Initiativtagare till den privata akutmottagningen i Stockholm är narkosläkaren Joachim Santesson, 37 år. Han har cirka nio års erfarenhet av akutsjukvård och har arbetat på nästan alla akutmottagningar i Stockholm.

— Grundidén till den här mottagningen är att akutsjukvården är felorganiserad i Sverige, liksom i många andra länder. Det är organisationsformen som är intressant och inte om mottagningen är privat eller ej. Nu blir i genomsnitt 15 procent av de som kommer till akuten inlagda på sjukhus. Det är trafikolyckor, hjärtinfarkter eller blindtarmsinflammationer. De andra 85 procenten kan diagnostiseras, behandlas och sedan skickas hem. Men akutmottagningarna är inte planerade för de 85 procenten utan för de förstnämnda 15 procenten. Och man kan säga att 85 procent av personalens tid läggs ner på 15 procent av patienterna. När läkarna tagit hand om de svåra fallen går de iväg och opererar. De andra patienterna får vänta. Alla prover går också in bland sjukhusets alla prover på laboratoriet så det är inte konstigt att det tar tid.

Joachim Santesson heter den omdiskuterade man som menar att distriktsläkaren fyller en social funktion och är bra på att bota snuva men inte på att ta hand om akutfall.

☐ *Specialister*

— Men tar man ut de 85 procenten för sig, som kan behandlas direkt kan man också ha personala apparater för sig och göra det effektivt, fortsätter Joachim Santesson. Samhället kan också tjäna pengar, det behöver inte vara ett endagsprojekt att gå till doktorn. På city-akuten har vi röntgen och akutlaboratorium så att vi kan få svar på några minuter. Vi har specialister på kirurgi och på invärtes medicin (d v s läkare med fem års specialiststudier utöver sin grundutbildning). På sjukhusens akutmottagningar har läkarna inte samma kapacitet. De har mest doktorer under utbildning. Och på vårdcentralerna vid storstäderna har de inte tillräcklig utbildning för att ta hand om akutfall. En distriktsläkare har t ex ingen kirurgi i sin specialistutbildning.

Ett besök på city-akuten kostar 45 kronor, på sjukhusen kostar det cirka 30 kronor. Mottagningen får pengar av sjukkassan.

Sedan öppnandet förra tisdagen har det strömmat in fler patientern än planerat. Lokalerna är byggda för 100 patienter om dagen, med en ungefärlig väntetid på 15 minuter. Men vissa dagar har det kommit 300 patienter och då blir väntetiden längre.

— Vi håller reda på och bygger till väntrummet plus ett rum till, säger dokter Santesson. Vi skall också bygga fler akutmottagningar, två till i Stockholm och sannolikt en i Göteborg. Om vi inte trampar för mycket folk på tårna och blir stoppade, tillägger han. Vi skall ner i nästa vecka och titter på lokaler i centrum av Göteborg. Om vi hittar en bra lokal öppnar vi till hösten.

— Landstingsförbundet upplever vår verksamhet som en oduglighetsförklaring. Lyckas vi skulle man kunna lägga ner några sjukhus, t ex S:t Eriks sjukhus, eftersom det finns för många sängplatser på sjukhusen i Stockholm.

— Är det en lönande verksamhet?

— Ja, det är klart att vi hoppas tjäna en slant.

City-akuten ägs av Praktikertjänst, en kooperativ sammanslutnikng av tandläkare, läkare och sjukgymnaster. Den privata akuten har mötts med kritik från politiker och landstingsanställda, bland annat från sjukvårdslandstingsrådet Leni Björklund som tycker att sjukvården skall skötas av landstinget. Hon vill skärpa restriktionerna mot etablering av privatläkare.

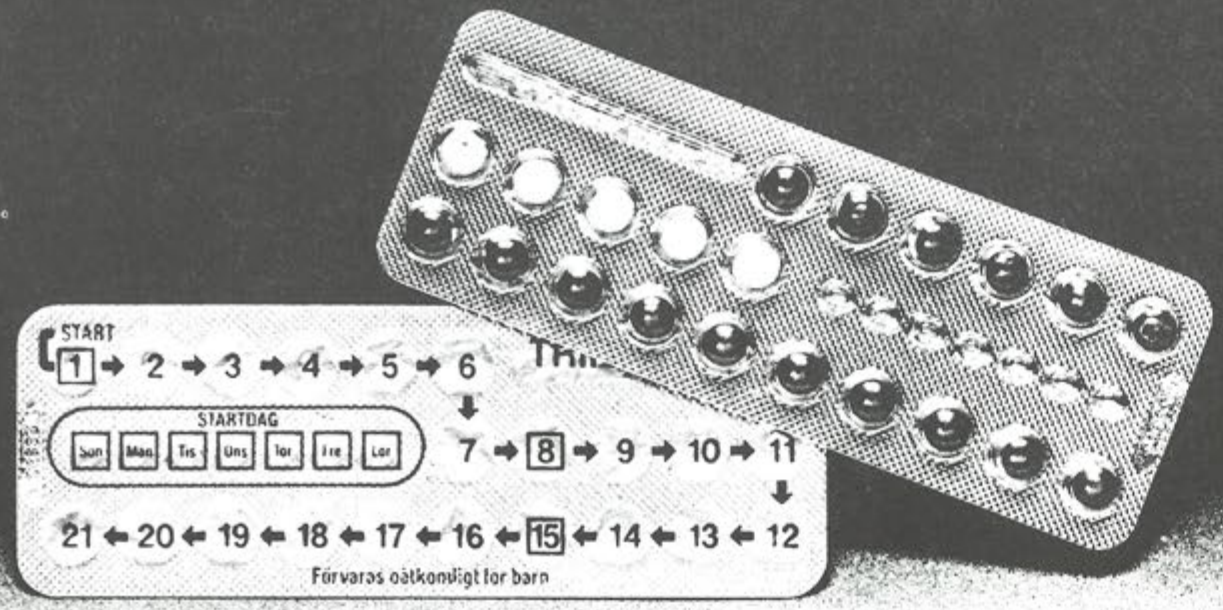
— Tar de bort sjukkassestödet måste vi ta mer betalt och det vore tråkigt för då kan inte alla komma, säger doktor Santesson.

MADELEINE GRIVE

Gøteborgposten 23. februar 1983.

TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE



TRINORDIOL gir bedre blødningskontroll og like høy sikkerhet som lavdose-pillene – men med **40% lavere gestagenmengde.**

- Høy sikkerhet
- Cyklustilpasset hormontilførsel
- God blødningskontroll

TRINORDIOL har lavest hormonmengde, og er i størst mulig grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmønster under cyklus.

TRINORDIOL* – 80-årenes p-pille

*etinyløstradiol + levonorgestrel

1.10.81

KabiVitrum

Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
Telefon: (02) 54 29 50

TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE

Antikonsepsjonsmiddel

Referanser

(1) LACHNIT-FIXON U: Münch. med. Wschr. 121, Nr. 43: 1421-1426, 1979.
(2) ZADOR G: Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 88: 43-48, 1979.
(3) BRIGGS M: The Proceedings of a special Symposium held at the Xth World Congress on Fertility and Sterility, Madrid, July 1980.
(4) LARSSON-COHN U et al: Fertility and Sterility, vol. 35, No. 2, Feb. 1981.

TABLETTER:
7 brun tablett inneholder: Etinyløstradiol 30 ug + levonorgestrel 50 ug, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.
1 hvit tablett inneholder: Etinyløstradiol 40 ug + levonorgestrel 75 ug, const. q.s.
1 gul tablett inneholder: Etinyløstradiol 30 ug + levonorgestrel 125 ug, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.

EGENSKAPER:
Klassifisering: Trinordiol representerer en ny generasjon kombinasjonspiller av trefasetypen med lave østrogen- og progestogen-mengder.
Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervixsekretet således at spermienes passasje vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon.
Absorbsjon: Absorberes hurtig og nesten fullstendig. Maksimal serumkonsentrasjon: Etinyløstradiol ca. 1 time og levonorgestrel 1 - 2 timer etter oral inngift.
Halveringstid: Etinyløstradiol ca. 26 timer og levonorgestrel ca. 24 timer.
Metabolisme: Begge hormoner metaboliseres i leveren.
Utskillelse: Via urin og faeces.
Overgang i morsmelk: Begge stoffer passerer over i morsmelken, men i så små mengder at risiko for å påvirke barnet neppe foreligger ved terapeutiske doser.

INDIKASJONER:
Antikonsepsjon.

KONTRAINDIKASJONER:
Absolutte: Østrogenavhengige tumorer. Trombophlebitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Utpreget familiær disposisjon for kardiovaskulære sykdommer eller trombose. Aktiv leversykdom. Leverfunksjonsforstyrrelser. Dubin-Johnson - syndrom, Rotor-syndrom, Graviditetsicterus. Sicklecelleanemi. Herpes gestationes. Udiagnostisert genitalblødning. Graviditet. Residiverende urinveisinfeksjoner.

Relative:
Ikke etablert regelmessig menstruasjon. Amming.

BIVIRKNINGER:
Trinordiol er en cyklustilpasset p-pille med lavt hormoninnhold. I størst mulig grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmønster under cyklus. Bivirkningsfrekvensen er lav sammenlignet med p-piller med konstant sammensetning. Uregelmessige blødninger kan forekomme, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Amenorre av varierende lengde kan opptre etter seponering. Mastalgi, kvalme, hodepine, migrene, ødemer, tretthet, nedstemthet, fett hår og benkramper kan forekomme. Endring av vekt og libido. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Tilfelle av leverforandringer (adenom, fokal noduler hyperplasi) er beskrevet. Symptomer kan være akutte buksmerter eller tegn på intraabdominal blødning. Gallesten er noe hyppigere hos dem som anvender p-piller av kombinasjonstypen.

FORSIKTIGHETSREGLER:
Som for alle preventivtabletter gjelder at man før behandlingen gjennomgår gynekologisk undersøkelse (omfatter også mammae). Sukker i urinen og blodtrykk måles. Dette bør gjentas en gang hvert halvår. Forbindelse mellom bruk av perorale antikonsepsjonsmidler og tromboemboliske komplikasjoner ansees som sannsynlig. Opptrer tegn på tromboemboli under behandlingen skal preparatet umiddelbart seponeres.
Bruk av preventivtabletter må også avbrytes 14 dager før kirurgiske inngrep. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte-kar-sykdommer. Denne risikoen er ytterligere økt hos kvinner som røker og hos kvinner som er over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer migreneliknende hodepine og/eller synsforstyrrelser skal behandlingen avbrytes. Hos kvinner med sykdommer som erfaringsmessig forverres under graviditet bør preventivtabletter ordineres under streng legekontroll. Anvendes med forsiktighet ved epilepsi, otosklerose, multipel sklerose, porfyri, tetani, hypertoni, diabetes, myoma uteri og nyrelidelse. Klinisk-kjemiske normalverdier og tester kan endres. Chloasma kan opptre. Uteblir blødningen to ganger etter hverandre, bør det utredes om pasienten er gravid eller ikke. Bør ikke anvendes hos kvinner med tidligere oligomenoré eller amenoré, da slike kvinner vil være disponert for langvarig amenoré med infertilitet etter at preparatet er seponert. Kvinner med regelmessig menstruasjon kan også risikere en slik komplikasjon som imidlertid er sjelden, og vil i de fleste tilfelle reagere gunstig på behandling.

INTERAKSJONER:
Interaksjoner sees med perorale antikoagulantia, fenytoin, rifampicin og vitamin B_{12}. (I : 55 e, steroider, antikonsepsjonsmidler, perorale).

DOSERING:
Antikonsepsjon: 1 tablett daglig i 21 dager fra cyklus 1. til 21. dag. Etter 7 tablettfrie dager følger ny behandlingsperiode. Oppstartingsfasen: Begynn alltid i forbindelse med en menstruasjon: 1 brun tablett daglig i 6 dager med start 1. menstruasjonsdag (1 - 6 på brettet). Deretter 1 hvit tablett hver dag i 5 dager (7 - 11). Resterende 10 gule tabletter tas de neste 10 påfølgende dager (12 - 21).
Fortsatt behandling: Etter inntak av de første 21 tabletter gjøres 7 dagers opphold.

PAKNINGER OG PRISER:
1 tablettbrett inneholder: 6 brune, 5 hvite og 10 gule tabletter.

3 brett x 21 stk.
6 brett x 21 stk.
13 brett x 21 stk.

NB!! Begynn alltid 1. blødningsdag - også ved overgang fra andre p-piller.

KabiVitrum
Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
Telefon: (02) 54 29 50

SURMONTIL® 10 mg

trimipramin

Justeringsdose
med DELESTREK!

INDISERT
ved
ANGST og SØVNFORSTYRRELSER

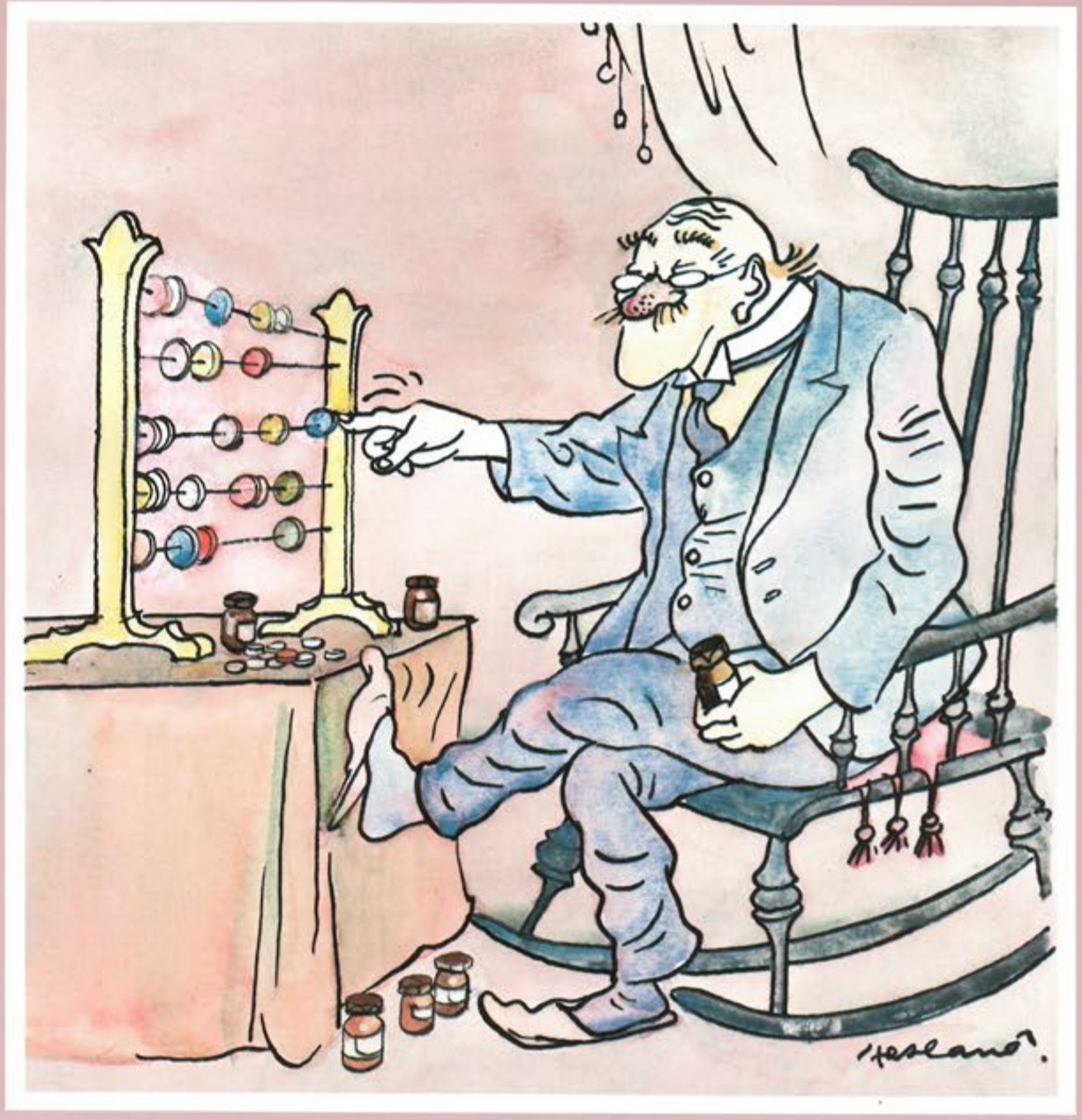
Pakninger à 30 og 100 stk.
M.h.t. bivirkninger, kontraindikasjoner og
forsiktighetsregler: Se Felleskatalogen.

RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR

Skårerveien 150 . Postbox 20 . N-1473 Skårer . Tlf. (02) 70 55 20

RHÔNE POULENC

Det kan være nok med 1*



Det finnes kanskje viktigere grunner enn den enkle doseringen til å velge Tenormin. Men enkel behandling synes å være en forutsetning for at pasienten skal gjennomføre den medikamentelle behandling nøyaktig slik legen har bestemt. Ikke minst gjelder dette behandling av kroniske sykdommer som hypertoni og angina pectoris.

*
Hos de fleste pasienter vil 100 mg/døgn, fordelt på 1 eller 2 doser, gi tilfredsstillende effekt, men lavere initialdose bør forsøkes. Ved dosering 1 gang pr. døgn, som administrasjonsmessig er fordelaktig, må større svingninger i blodkonsentrasjonene forventes. Pasientene må derfor overvåkes nøyere med hensyn til bivirkninger, men dosering 1 gang daglig er vist å gi tilfredsstillende klinisk virkning.

Tenormin Enkelt.

atenolol

Ett av alternativene i behandlingen av de aktuelle lidelser.

Tenormin

atenolol

INDIKASJONER: Hypertoni. Angina pectoris.

KONTRAINDIKASJONER: Absolutte: Ukompensert hjertesvikt, AV-blokk grad II og III.

Relative: Hjertesvikt, bradykardi, arteriosclerosis obliterans, insulintrengende diabetes mellitus, metabolsk acidose, Raynaud's syndrom. graviditet (se Forsiktighetsregler). Pasienter med latent og manifest hjertesvikt må digitaliseres.

Betablokkerere dessuten kontraindisert hos pasienter på verapamilbehandling. Ønsker man å erstatte betablokkerer med verapamil eller vice versa, må den nye terapi ikke institueres før atskillige dager etter seponering av det tidligere preparat. Anbefales ikke til barn p.g.a. manglende erfaring.

BIVIRKNINGER: Maskering av kardiale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner, kalde hender og føtter, Gastrointestinalt ubehag, søvnvansker, hjertesvikt og nedsettelse av lungefunksjonen kan forekomme, likeledes muskeltretthet (særlig initialt).

I forbindelse med bruk av flere betablokkerere er det rapportert tilfelle av hudutslett og/eller tørre øyne. Den rapporterte hyppighet er liten, og symptomer har i de fleste tilfelle forsvunnet etter seponering. Seponering bør overveies dersom de nevnte hud- og øyenreaksjoner ikke kan forklares på annen måte. Seponering av betablokkerer må skje gradvis.

FORSIKTIGHETSREGLER: Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktiv luftveislidelse. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning i luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av $beta_2$ – spesifikke bronkodilatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøye. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkerere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkerere virker uten å oppheve digitalis' positivt inotrope effekt på hjertemuskelen. Betablokkerere og digitalis virker additivt på nedsettelse av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overledning øker når medikamentene gis sammen. Som under enhver behandling kan sykdommer utvikle seg videre uavhengig av behandlingen. Pasienter som står på betablokkerere – særlig eldre – bør derfor regelmessig undersøkes med henblikk på utvikling av hjertesvikt. Forsiktighet bør utvises ved metabolsk acidose, til gravide og under eter- eller kloroform-anestesi. Da utskillelsen av absorbert atenolol hovedsakelig skjer renalt, bør dosen og evt. doseintervallet justeres hos pasienter med sterkt nedsatt nyrefunksjon. Hvor det er spesiell grunn til å seponere preparatet før kirurgisk inngrep, bør seponeringen skje gradvis i løpet av ca. 1 uke.

Hos pasienter på samtidig behandling med klonidin og betablokkerer, må eventuell seponering av klonidin ikke finne sted før atskillige dager etter seponering av betablokkereren. Betablokkereren må seponeres først for å unngå en sterk «rebound» blodtrykksstigning etter seponering av klonidin.

INTERAKSJONER:

Betablokkerere C01D	Beta-stimulerende adrenergika	blokkerer beta-adrenerg effekt (VIb)
	antidiabetika	økt hypoglykemisk effekt (VIa)
	antihypertensiva/ diuretika	økt BT-senkende effekt (VIa)
	digitalis	bradykardi, arytmi (VIa, VII)
	disulfiram	dempet disulfiram/etanol reaksjon (VII)
	etanol	risiko for nedsatt etanol toleranse
	generelle anestetika	myokarddepresjon (VII)
	kolinesterase-hemmere	økt risiko for bradykardi (VIa)
	sekalealkaloider	økt risiko for perifere karspasmer (VIa)
	verapamil	økt risiko for myokarddepresjon (VIa)

ICI-Pharma
Drammensveien 126, Oslo 2
Tlf. (02) 55 90 04

Otto Falch as - Oslo

Når hjertet skal beskyttes . . .

Seloken® (metoprolol)

Den eneste selektive β_1-blokker med indikasjonen: «Sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt»

«Strictly speaking the effects on morbidity and mortality observed in longterm trials of antihypertensive drugs or drug combinations apply only to the drugs studied»

Jan Koch-Weser M.D.: Metoprolol, The New Engl. J. of Med., sept. 27, 1979.

Indikasjoner: Hypertensjon. Angina pectoris. Sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt. Arytmier, spesielt ved supraventrikulær takykardi, for reduksjon av kammerfrekvensen ved forkammerflimmer og ved ventrikulære ekstraslag. Hypertyreose; symptomatisk behandling.

Kontraindikasjoner: *Absolutte:* Ikke kompensert hjertesvikt. AV-blokk II og III, eternarkose, kardiogent sjokk. *Relativ:* Metabolsk acidose, hjertesvikt, bradykardi, arteriosclerosis obliterans. Reynauds syndrom.

Graviditet og amming: Blokade av beta-adrenoceptorer reduserer uterus' evne til relaksasjon og kan derfor tenkes påvirke forløsningsarbeidet. Betablokkere kan også gi bradykardi hos foster og barn. I siste del av graviditeten og under fødselen bør derfor nytten for moren veies mot risikoen for barnet. Metoprolol passerer over i morsmelk, men risiko for påvirkning på barnet synes liten ved terapeutiske doser.

Bivirkninger: Tretthet, svimmelhet, søvnforstyrrelser, mareritt kan forekomme samt enkelte tilfeller av psykiske reaksjoner (depresjoner, hallucinasjoner). Gastrointestinale besvær. Kalde hender og føtter kan forekomme. Overfølsomhetsreaksjoner fra huden er beskrevet i sjeldne tilfeller. I likhet med andre betablokkere kan intravenøs inngift gi et klinisk signifikant blodtrykksfall i enkelte tilfeller.

Forsiktighetsregler: Kan gis til pasienter med obstruktive lungesykdommer. Også β_1-selektive substanser kan imidlertid gi en økning i luftveismotstanden hos enkelte pasienter, og slike bør ha β_2-stimulerende medikamenter (f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol) tilgjengelig og bør instrueres i bruken av dem hvis symptomer på bronkialobstruksjon skulle tilstøte. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av beta-blokkere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt.

Pasienter som står på beta-blokkere – særlig eldre – bør derfor regelmessig undersøkes med henblikk på utvikling av hjertesvikt. Beta-blokkere påvirker imidlertid ikke digitalis' positive inotrope effekt på hjertemuskelen. Pasienter med hjertesvikt må derfor digitaliseres på forhånd og/eller behandles med saluretika. Beta-blokkere og digitalis virker additivt på nedsettelsen av AV-ledningen.

Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overledning øker når medikamentene gis sammen, slik at pasientene da må følges nøye. Forsiktighet bør utvises ved ukontrollert eller vanskelig innstillbar insulinkrevende diabetes mellitus. Hypoglykemi antas å forekomme sjeldnere ved bruk av β_1-selektive blokkere enn ved ikke selektive. Man bør imidlertid være oppmerksom på muligheter for hel eller delvis maskering av føling-symptomer. Kan benyttes ved nedsatt nyrefunksjon uten endring av doser. Kan med fordel kombineres med en vasodilatator ved sterkt nedsatt nyrefunksjon. Intravenøs administrering bør ikke benyttes hos pasienter med et systolisk blodtrykk mindre enn 110 mmHg. Dersom man ønsker å seponere preparatet før f.eks. kirurgiske inngrep, bør seponeringen skje gradvis i løpet av 7–10 dager, og bør være gjennomført minst 24 timer før inngrepet, unntatt i spesielle tilfelle som hypertyreose og pheokromocytom.

Interaksjon: (I: 34 e).

Dosering: Dosen bør alltid tilpasses individuelt. Peroralt: *Hypertensjon:* Startdose: 100 mg pr. døgn. Lavere initialdose kan forsøkes. En eventuell doseøkning over 100 mg pr. døgn bør skje gradvis over 1–3 uker, for å sikre at det nye trykknivå er stabilt. Effektivt doseområde 100–200 mg pr. døgn fordelt på en eller to doser. Engangsdose bør gis om morgenen. Dosen kan økes til 300 mg, men kombinasjon med diuretikum eller vasodilatator bør forsøkes. Dosering en gang pr. døgn vil i likhet med andre beta-blokkere medføre større svingninger i plasmakonsentrasjonen, hvilket kan medføre forandringer i effekt og bivirkningsmønster. *Angina pectoris:* Individuelt. Startdose 50 mg 2 ganger daglig første uke. Dosen kan deretter økes til 100 mg morgen og kveld. Vedlikeholdsdose: 100–300 mg pr. døgn. *Arytmier:* 100–200 mg/dag fordelt på 2–3 doser. Ved behov kan dosen økes. *Hypertyreose:* 150–200 mg daglig fordelt på 3–4 doser. Ved behov kan dosen økes. *Hjerteinfarkt:* Seloken kan gis intravenøst så snart som mulig etter at pasienten ankommer sykehuset (se under «parenteralt»). Femten minutter etter avsluttet intravenøs behandling gis 50 mg peroralt og deretter 50 mg hver 6. time i 48 timer. Dersom full intravenøs dose ikke tolereres, innledes den orale behandling med en lavere dose, f.eks. 25 mg hver 6. time i 48 timer. Vedlikeholdsdose etter akutt fase: Vanligvis 100 mg morgen og kveld. *Parenteralt:* Parenteral administrering av Seloken skal overvåkes av erfarent personell under nøye observasjon av blodtrykk og EKG. Nødvendige ressurser for gjenopplivning skal være tilgjengelig. *Arytmier:* Initialt: Inntil 5 mg med en hastighet av 1–2 mg/min. Dosen kan gjentas med 5 minutters intervall til tilfredsstillende effekt er oppnådd. Vanligvis er en totaldose på 10–15 mg tilstrekkelig. Maksimal intravenøs dose: 20 mg. *Akutt hjerteinfarkt:* 3 ampuller (15 mg) fordelt på tre injeksjoner. Initialt: 1 ampull (5 mg) gis hurtig intravenøst og gjentas med 2 minutters intervaller avhengig av den hemodynamiske effekt. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å redusere dosen. Femten minutter etter siste injeksjon startes peroral behandling.

Overdosering/forgiftning: Som antidot, dersom uttalt blodtrykksfall og/eller bradykardi skulle opptre ved inntak av høye doser metoprolol, gis i første rekke 1–2 mg atropin intravenøst. Hvis ønsket effekt ikke oppnås, kan Hyprenan (prenalterol) Hässle forsøkes (2–5 mg i.v., 1 mg/min max dose 20 mg, for å motvirke terapeutiske betablokkerdoser. Ved inntak av beta-blokkerdoser som klart overstiger den terapeutiske, er større doser prenalterol nødvendig. Doser opp til 50–150 mg/døgn er gitt). Glucagon 1–5 (10) mg kan også benyttes. Agonister med uttalte β_2-reseptorstimulerende egenskaper bør ikke benyttes. Pasienter bør om mulig overvåkes hemodynamisk.

Pakninger og priser (pr. 1. jan. 1983): Injeksjonsvæske: 5 amp å 5 ml: kr. 58,95. Tabletter: 50 mg: 100 stk. kr. 104,15. 100 mg: 250 stk. kr. 348,05. Enpac: 20 stk. kr. 40,60, 100 stk. kr. 157,55.

Hässle hjerte kar

ASTRA FARMASØYTISKE A/S
Skårerveien 116
1473 SKÅRER

metoprolol

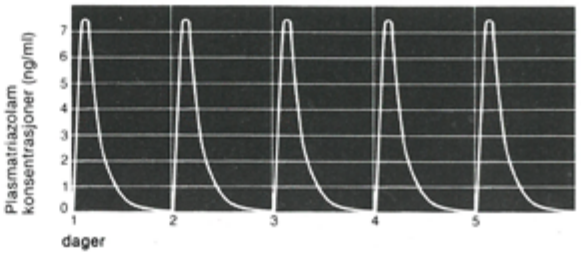
Seloken®

Når hjertet skal beskyttes . . .

enten pasienten har hypertensjon,
angina pectoris eller hjerteinfarkt

Halcion®

(triazolam)



Plasmanivåer av triazolam etter gjentatt administrasjon.

Hypnotikum

Tabletter:
Hver tablett inneh.: Triazolam 0,125 mg resp. 0,25 mg. Fargestoff: 0,125 mg: Indigotin, erytrosin. 0,25 mg: Indigotin.

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

Indikasjoner:
Alle typer søvnløshet, både vanskeligheter med å falle i søvn og hyppige og/eller tidlige oppvåkninger. Akutte og kroniske medisinske situasjoner som krever rolig søvn.

Kontraindikasjoner:
Hypersensitivitet for legemidlet.

Bivirkninger:
Hovedsakelig doseavhengige. Døsighet, omtåkethet, svimmelhet, ørhet og nedsatt koordinering har forekommet. I likhet med andre benzodiazepiner har det vært rapportert en lav forekomst av paradoksale reaksjoner og også spredte tilfeller av anterograd amnesi.

Forsiktighetsregler:
Bør ikke brukes sammen med alkohol eller sentralt virkende farmaka. Teratogen virkning er ikke påvist, men preparatet bør likevel ikke gis gravide kvinner, særlig ikke i første trimester. Da det ikke kan utelukkes at virkestoffet går over i morsmelken, bør preparatet ikke gis til diegivende. Anbefales foreløpig ikke til personer under 18 år. Kan, avhengig av dosen, påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet av bilførere og personer som betjener farlige maskiner eller har annet risikofylt arbeid inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Alvorlig sedasjon og nedsatt koordinering er indikasjoner på legemiddelintoleranse eller overdosering.

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

Pakninger og priser:
0,125 mg: 30 tabl. kr. 28,80 – 100 tabl. kr. 71.05
0,25 mg: 30 tabl. kr. 36,35 – 100 tabl. kr. 92,30

PRODUCT OF
Upjohn
CNS RESEARCH

Registrert varemerke: HALCION

Upjohn Informasjon, Solvikvn. 12, 1310 Blommenholm, tlf. (02) 53 98 06

4.83

Upjohn Central Nervous System Research

Et betydelig fremskritt i behandlingen av søvnløshet

Halcion®

(triazolam)

Bedret søvnkvalitet uten uttalt effekt på neste dags aktivitet

- kort innsovningstid
- normal søvnlengde med færre nattlige oppvåkninger
- ingen signifikant residualeffekt neste morgen
- pasienten opplagt neste dag