

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 3

1984

ÅRGANG 13



Landsbylegen (Honoré Daumier)

Av innholdet:

TEMA: ALLERGI I ALMENPRAKSIS

Se innholdsfortegnelsen på 2. omslagsside

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S
9652.63.00111

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

Magne Nylenna
Inst. for Almenmedisin
Fr. Stangsgt. 11/13
Oslo 2
Tlf. kont. 02. 56 37 80
Tlf. priv. 02. 87 11 93

Frode Heian
Tingvoll Helsecenter
6630 Tingvoll
Tlf. kont. 073. 31 100
Tlf. priv. 073. 31 437

Øystein Pedersen
Distriktslegekontoret
6400 Molde
Tlf. kont. 072. 55 036
Tlf. priv. 072. 51 066

Jon Hilmar Iversen
Distriktslegekontoret
6490 Eide
Tlf. kont. 072. 96 361
Tlf. priv. 072. 96 387

Abonnement: Kr. 100,- pr. år. Studenter og pensjonister: Kr. 50,- pr. år. Layout: Ulset form & profil. Trykk: ST-Trykk A/S, 7300 Orkanger

Til leserne

Disse siste linjene til månedens Utpost bli skrevet 11. april. Snøen ligger fortsatt meterdyp i Rindal, men den er råtten og bærer ikke en voksen skiløper lenger. En og annen leirfivel nikker småfrekt i veikanten, og det ser ut til at vi kan plukke gåsunger om noen dager. Leserne får tolke dette som et signal om at overgangen til kommunehelsetjeneste ikke har resultert i bevissthetstap, eller eventuelt verre ulykker. Både våren og kommunehelsetjenesta var velkomne her, og ingen ventet en rosenhage. Et stort spørsmål meldte seg etter siste helgevakt: Hvem tok initiativet til å innføre det nye systemet for å beregne skyssgodtgjørelse? Det heter at alt skal føres på det siste besøket. Det resulterer f.eks. at en 4-5 timers runde gjennom Rindal og nabokommunen Meldal ble belastet

regninga til en pasient som bor ca. 5 km unna, og som ble besøkt på hjemtur. Når det gjelder muligheter for kontroll og dokumentasjon er dette et utrolig stort tilbakeskritt både for leger og trygdeetat. Det var også en uventet overaskelse å finne at egenandel for behandling hos fysioterapeut ikke inngår i systemet. I høringsnotatet som ble forfattet av den interdepartementale gruppen som utredet egenandelene sist vår, var det i alle beregningsalternativ forutsatt at egenandeler for fysioterapi skulle regnes med. Egenandeler etter paragraf 2-13 (f.eks. briller til barn) er heller ikke tatt med. Høringsutvalget konkluderte med at ca. 1-3 % av befolkninga ville 'oppnå frikort i løpet av året. Tallet vil nå trolig altså komme til å bli lavere enn dette. Det er åpenbart at kostnadene for hver enkelt familie vil komme til å

stige betydelig med denne ordninga. Legene blir ikke rikere enn før, så det er nærliggende å konkludere at det er stor-samfunnet som skal spare penger. Penger spart er penger tjent: vi får håpe at disse pengene kan komme alle pasientene til gode via andre kanaler.

Vi håper at vårnummeret av Utposten faller i smak: temaet asthma og allergi skulle være aktuelt i disse tider. Alma-Ata-deklarasjonen er et dokument for alle årstider. Det kan kanskje være aktuelt å holde hverdagen i den nye kommunehelsetjenesta opp mot deklarasjonens idealer? Frokostvanene i Hammerfest vil kanskje ergre noen store men forhåpentligvis glede mange små epidemiologer. Bon appetit!

Ola

INNHOOLD:

| | |
|--|-------|
| Tema: ALLERGI I ALMENPRAKSIS | s. 62 |
| Øystein Pedersen: Kursreferat | s. 63 |
| Roald Bolle: Astma og allergi hos barn | s. 66 |
| Intervju med Kjell Aas: Allergi hos barn | s. 67 |
| Intervju med Gunnar Høvding: Atopisk eksem | s. 70 |
| G. Stang: Presentasjon av NAAF | s. 71 |
| Steinar Westin: Almenpraktikerbiblioteket | s. 74 |
| Synnøve Pettersen: Hvor viktig er frokosten? | s. 79 |
| Dag Bruusgaard: "Det angår ikke oss ---" | s. 81 |
| Ingvar Stokstad og Ola Nordviste: Videre/etterutd. | s. 84 |
| Bokanmeldelse: Håndbok i klinisk virologi | s. 87 |



"Medisinsk-faglig ansvar": Bjelken i vårt eget øye.

Begrepa "medisinsk-faglig ansvar", "sykepleielig ansvar" og sist også "fysioterapeutisk ansvar" har svevet rundt i helsevesenet som fargerike ballonger. Den ene av disse seilte like inn i paragraf 3-4 i kommunehelse-lova: til glede for noen og sikkert til sorg for andre. Det følgende er et alvorlig ment attentat mot "medisinsk-faglig ansvar" og homologe begrep som er dukket opp i debatten.

I mitt lønnskammer har jeg gang på gang forsøkt å fange begrepet "medisinsk-faglig ansvarlig" betraktet som en relasjon mellom et enkelt legemenneske og kanskje 50-100 stk. kommunale helsepersonell som daglig tar mange tusen enkeltavgjørelser av varierende kvalitet og finesse. Tåka har stått tykk som en vegg. Jeg kastet meg over et gruppearbeide fra Helsedirektørens kurs for offentlige leger fra høsten 1983. 8 gode kolleger samlet data fra mange kilder og har gjennomført en respektabel analyse av det de fant. Alt i alt må en kunne si at de vendte tomhendt tilbake når det gjelder sakens objekt: "det medisinsk-faglige ansvar". Konklusjonen er nemlig en etterlysning: "Det er behov for en avklaring av begrepet både når det gjelder det juridiske ansvar, det administrative ansvar og det faglige ansvar." Gruppen er konstruktiv nok til å be Helsedirektorat og Norske Kommuners Sentralforbund om å ta et initiativ til å utarbeide et sentralt forslag til instruks for den "medisinsk-faglig" ansvarlige kommunelege, og at forslaget bør sendes landets kommuner. En kan filosofere over om Helsedirektoratet og NKS makter å legge mer i begrepet nå enn i forbindelse med forarbeidene til lova.

Begrepet ansvar assosieres i to retninger. Det peker i retning av den skyldige når noe går galt, og det peker i retning av noen som har makt eller innflytelse, i denne sammenheng ofte kalt "instruksjonmyndighet". Ideelt angir det en enkelt adressat både

for ros og ris. Virkeligheten er naturligvis nesten aldri så rettferdig og enkel.

Når det gjelder helsepersonells faglige feildisposisjoner kan disse sorteres over et spektrum som på den ene enden faller inn under bestemmelser i Straffeloven og Skadeserstatningsloven. "Skyld" i forhold til andre helsearbeideres disposisjoner må det være helt urimelig å skulle føre over til den medisinsk-faglig ansvarlige kommunelege. I den andre enden av spektret har en kanskje en kollega som er ukritisk i sin forskrivning av antibiotika eller lette ataraxica. Vi har vel også vondt for å akseptere at en enkelt kollega i kommunen skal opptre som politi i en slik sammenheng. Denne delen av det faglige spektret hører naturlig inn under den kollegiale virksomheten til de yrkesfaglige foreningene. Her tør det vise seg vanskelig å rydde en plass for den "medisinsk-faglige" i dette spektret.

Mange vender nå blikket i en annen retning: prioritering og styring gjennom kommunehelse-tjenestas budsjett og drift. Dette er oppgaver hvor ansvaret utvilsomt ligger hos politikerne. Skal en her se for seg et kommunalt politisk styre i tospann med en eller to leger? Hvilken myndighet ville legen ha i en konflikt? Skulle ho true med å si opp stillinga eller eventuelt automatisk si opp hver gang konfliktene ikke lar seg løse ved kompromiss? Dette ville bli en lite attraktiv gisselsituasjon. Den eneste instans som har reell makt i forhold til kommunens politiske organer er Helsedirektoratet som kan holde tilbake rammetilskudd dersom ordningene ikke holder mål faglig.

For å komme videre er nødvendig å vende blikket innover i oss sjøl som helsepersonell i sin alminnelighet. For å bruke et bibelsk bilde: kan vi makte å se bjelken i eget øye?

Helsepersonell sleper fremdeles på en ideologisk arv fra en faren tid. Alt personell var en gang "legens medhjelper". Legene var faglig suverene og satt på forskjellige topper i mer eller mindre spisse maktpyramider. I noen få enklaver i medisinen er dette fortsatt en nødvendig organisasjon: en narkose eller et komplisert kirurgisk inngrep krever at alle aktørene viser en faglig disiplin som underveis ikke gir rom for personlig utfoldelse. Ute i kommunehelse-tjenesta beveger vi oss idag i et faglig landskap med en helt annen topografi enn i sykehusa. Den forskjellen har alltid vært der, men vi må også erkjenne kommunehelsetjenesta i 1980 åra er svært forskjellig fra det den var bare for 10-20 år sia. Våre medarbeidere er bedre skolert enn noen gang tidligere. Mange forvalter spesielle kunnskaper og ferdigheter. Både i sin primære utdannelse, gjennom erfaring og etterutdannelse når mange en faglig modenhet som vi må passe oss for å undervurdere. Uroa rundt oss er altså ikke bare ideologiske etterdønninger etter "studentopprøret" i 1968 eller manifestasjoner av kvinnenes likestillingskrav. Industrien har forlenget eliminert rigide makt-hierarki i sine organisasjons-strukturer. Fordeling av ansvar øker både trivsel og produktivitet. Dette er ideer som rører ved fundamentale psykologiske behov hos oss alle: autonomi er forbundet med frihet og kreativitet. Autonomi er kjernen og appellen i budskapet om sjølsomsorg.

Etter alle diskusjonene vant altså legene prisen: "det medisinsk-faglige ansvar" kom inn i loven om kommunehelsetjenesta og ble koblet til legeprofesjonen. Jeg tror dette var en Pyrrhos-seier for oss. Måtte denne paragrafen få slumre inntil neste korsvei i Stortinget. Da bør den kunne fjernes.

Og hvor blir det så av Ansvaret?
 I samsvar med vår demokratiske

tradisjon må det ligge i de folkevalgte organer. Kommunene kan velge å organisere helse- og sosialtjenesta nær sagt som de vil, men fagråd med representanter for de forskjellige yrkesgruppene vil det alltid være mulig å sette sammen. Slike fagråd ville trolig kunne avklare de fleste faglige spørsmål som i neste runde angår prioritering og fordeling av ressurser. Legenes vurderinger ville ikke drukne i et slikt forum. Noen ganger kan et slikt råd bare enes om et slags minste felles multiplum, men oftere vil dialogen lede til løsninger som både faglig sett er bedre, og som også viser seg adskillig mer levedyktige ute i terrenget.

Når fagrådet ikke når fram til enighet, så må de være de folkevalgtes privilegium å ta den endelige avgjørelse. Demokratiets essens er at også den som ikke vant fram med sitt syn er stor nok til å arbeide lojalt videre. Samtidig er det naturligvis også en demokratisk rett å kunne trekke seg helt ut dersom kursen stikkes i en retning som går imot overordnede faglige eller almenmenneskelige normer. Men det er stoff for en annen leder.

Ola L

TEMA:



i almer

Mangfold er et av de mest markerte særpreg ved almenmedisinen. I allergologien er dette særdeles velutviklet, på godt og vondt. Skikkelig allergologisk utredning og derpå følgende samarbeid med pasient, evt. foreldre, skole osv., -er mer sårbart for tidspress og normaltariff enn mange andre sykdommer. Dessuten er praksis kanskje vel mye avhengig av personlig stil. Spesialistene er heller ikke enige i alt, og hva som gir gode resultater på lengre sikt er om diskutert. Reklamefremstøt for tallrike midler får derfor friere spillerom. En mer enhetlig praksis både når det gjelder utredning og behandling i almenpraksis er utvilsomt ønskelig. I så måte vil de følgende innslag i dette nr. av UTPOSTEN forhåpentlig vekke tanker i riktig retning. En helhetlig og samlet behandling av tema bør kunne være en ide for publiseringsutvalget i Almenmedisinsk selskap (se innslag om dette på s.74).

KURS _____

Fra allergiseminar 19.09.83

ved barneavd. i Tromsø

Kursleder: ass. overlege

Roald Bolle

Ved Øystein Pedersen

Allergi almenpraksis

Etter en generell introduksjon som allergologiske problemstillinger hos barn, med fokus på allergi-problemer i almenpraksis, bestod kurset i hovedsak av praktisk rettet gruppe-undervisning om allergologisk diagnostikk i praksis.

A l l e r g i er en immunologisk betinget hypersensitivitet, der flere reaksjonsmåter kan være involvert (type I-IV). Denne hyper-sensitivitet resulterer i symptomer oftest fra hud, conjunctiva, nasal- og bronkialslimhinner eller mave-tarm-tractus.

Med **a t o p i** menes en arvelig tendens til økt dannelse av IgE med økt risiko for utvikling av astma, eksem, rhinconjunctitt m.m. Avgjørende for allergiutviklingen er både disposisjonen (f.eks. atopi), eksposisjonen (f.eks. katt) og tillegg-faktorer (f.eks. forkjølelse).

Tidlig diagnostikk og behandling er viktig for å redusere plagenes omfang og varighet. I dette arbeidet står almenpraktikeren sentralt, ikke minst fordi han/hun er den lege som møter familien med barnet som stadig har utslett, luftveisproblemer,

diare o.l., og må avklare om allergiske forhold eller atopi kan være av betydning.

Allergi eller ikke allergi?

Her vil anamnesen være almenpraktikerens viktigste arbeidsredskap. Oftest er de differensialdiagnostiske vurderinger i forhold til infeksjon viktige initialt. En kartlegging av atopisk disposisjon (arv) og allergeneksposisjon (miljø) hører med ved recidiverende luftveisin-feksjoner hos barn.

Den kliniske vurdering og de objektive funn gir ikke alltid noen sikker avklaring på problemstillingen, og følgende hjelpemidler kan være nyttige:

1. Hb, SR, Hvite, blodutstryk, sirkulerende eosinofile.
2. Måling av lungefunksjon (PEF, spirometri).
3. IgE/RAST (sirkulerende reaginer).
4. Eosinofili i sekret.
5. Kutan testing (reaginer i hud).
6. Provokasjonsforsøk (reaginer i provokasjonsorganet).

IgE og RAST

Med **R I S T** måler man den totale konsentrasjonen av IgE. I praksis er det strengt tatt ikke nødvendig å rekvirere IgE når man vet at pasienten har allergi. Derimot bør IgE tas ved mistanke/usikkerhet om hvorvidt allergi kan foreligge. (Høye verdier taler for reagin-allergi eller parasittinfeksjon, men normale IgE-verdier utelukker ikke helt allergi.)

Indikasjon for **R A S T** foreligger hos pasienter med reagin-allergi der man savner opplysninger og funn om hvilke allergener som betyr noe for pasientens sykdom.

Vurderingen av **R A S T**-resultatene byr ikke sjelden på problemer, og prøven er i tillegg kostbar, p.t. kr.80,- pr. allergen, slik at man bør bruke dette hjelpemidlet med omhu. I dag er det ingen hensikt i å rekvirere husstøv-RAST. Husstøv består bl.a. av dyrehår og midd, og det er da disse allergenene man i stedet skal undersøke på. Hvis anamnesen på f.eks. katt er helt sikker, så blir man jo ikke særlig klokere av å få vite at RAST katt er positiv! Ved mistanke om gresspollen-allergi bør man rekvirere kun timotei, da det foreligger uttalt kryssreaktivitet mellom de forskjellige gressortene, og timotei er det hittil best undersøkte på våre breddegrader.

Kostallergenene - bortsett fra fisk - er generelt mindre gode i RAST-analysen, og kan forvolde store problemer med hensyn til tolkningen og derav følgende eliminasjonsforslag. Når RAST-svaret ikke passer med anamnesen, er det den gode anamnese det bør legges størst vekt på. Tolkninger og undersøkelser utover dette bør overlates til spesialisten.

Eosinofili i neseseekret

er en undersøkelse som sikkert burde anvendes oftere i almenpraksis. Eosinofile celler i neseseekret er ved allergi mer konstant enn i blodet (store døgnvariasjoner). Selv om allergisk betinget neseseekret oftest er blankt, kan purulent sekret bestå hovedsaklig av eosinofile!

Førgemetode

Slimet (representativt) fordeles på objektglass, minst mulig manipulasjon!

1. Preparatet lufttørres.
2. May-Grünwald farge i 3-4 minutter.
3. 1-2 dråper destillert vann, la stå i 1 minutt.
4. Spyl forsiktig med destillert vann.

Preparatet kan nå lufttørres, men man vil oppnå bedre farge-kvalitet ved:

5. Giemsa farge (10 dråper farge i 10 ml destillert vann) i 3-4 minutter.
6. Spyl forsiktig med vann.
7. Preparatet lufttørres.

Mikroskopering med oljeimmersjon.

Hurtigmetode for farging av blodutstryk gir også utmerket resultat på neseseekret.

Manglende eosinofile utelukker ikke allergi, mens rikelige mengder eosinofile bekrefter allergimistanken. Samme metode kan forsøksvis benyttes ved undersøkelse av conjunctivalsekret og slim i avføringen!

Prikktesting

Burde kanskje benyttes i større utstrekning av almenpraktikere. Resultatet leses av etter 15-20 min. og kan ofte spare en for å sende inn serum til RAST-analyse. I tillegg til de(t) allergen(er) man vil undersøke på må man også bruke en positiv (histamin) og en negativ (saltvann) kontroll. Ved å teste med et fåtall allergener (f.eks. hund, katt, timotei, bjerk og midd) samt nevnte kontroller kan man løse nokså mange diagnostiske spørsmål på kontoret. Selvsagt fordrer dette at man ikke foretar tolkninger som er uforenlige med anamnesen. Kutantesting vil aldri være mer enn et godt supplement til en god anamnese. Det anbefales at man tar kontakt med områdets spesiallege for å få metoden "i fingrene" før man gir seg i kast med allergentesting. Men det er neppe tvil om at den som vil ta opp denne metoden også vil bli bedre bruker og tolker av RAST-svarene.

Provokasjonsforsøk

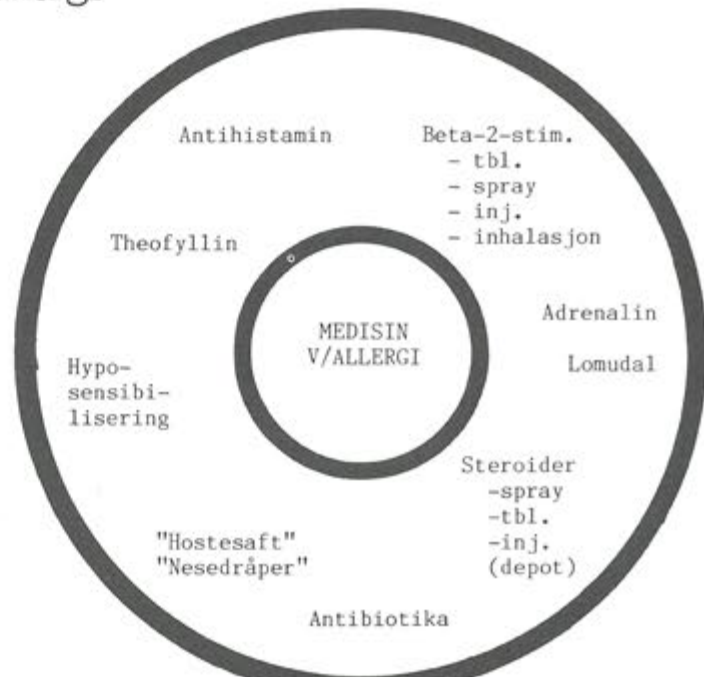
er spesialistens arbeidsfelt og bør ikke benyttes på barn i almenpraksis. Høy risiko for anafylaksi ved ukynlig og ukritisk bruk. Benyttes mest ved kartlegging av allergenenes betydning ved barneastma, evt. rhinocconjunctivitt, der kutantesting supplert med RAST ikke gir konklusive svar.

Eksempel på hvordan resultater av anamnese, RAST og/eller kutantest kan kombineres for å få fram en sannsynlig allergidiagnose:

| Anamnese: | Ganske sikker | Sannsynlig | Mulig |
|------------|---------------|------------|----------|
| A | | | |
| Score: | 3 | 2 | 1 |
| | | | |
| RAST: | Klasse 3-4 | Klasse 2 | Klasse 1 |
| B | | | |
| Score: | 3 | 2 | 1 |
| | | | |
| Prikktest: | >3+ | 3+ | 2+(1+) |
| C | | | |
| Score: | 3 | 2 | 1 |

Total score ≥ 5 vil gi diagnose i de fleste tilfeller (A+B, A+C eller A+B+C).
(Fra Ahlstedt et al. 1974 og Foucard 1975)

Behandlingsalternativer ved allergi



Hvordan behandler man en pasient med allergisk lidelse? Noen enkel og effektiv måte å helbrede allergien finnes ikke. Dersom pasienten kan holdes symptomfri, mener man at dette på sikt kan øke toleransen og redusere risikoen for utvikling av nye allergier. Man må derfor tenke "flerdimensjonalt" i behandlingen av allergipasientene: Profylakse? Prodrombehandling? Symptombehandling? Kausalterapi? Hvordan orientere seg i det virvar av preparater som finnes, med ulike virkningsmåter og ulike administrasjonsformer: Mixtur, dråper,

tabletter, stikkpiller, injeksjoner, inhalasjoner!?

Det er neppe noen eneste riktige måte å behandle disse sykdommene på, og ulike sykehusavdelinger har ulik praksis.

I Tromsø har man ved barneavdelinga forsøkt å standardisere behandlingen av astma og bronkitt etter følgende skjema:



Behandling av astma og obstruktiv bronkitt (astma/bronkitt)

Ved begynnende tegn til forkjølelse, hoste eller pipende pust gis:

- 1) H o s t e d i s i n med efedrinklorid:
_____ml 3 ganger daglig. Maksimalt 1 uke i trekk.
- 2) Ved snue anbefales tidlig start med n e s e d r å p e r:
_____dråper i hvert nesebor _____ ganger daglig.
Maksimalt 1 uke i trekk.
- 3) Hvis denne rubrikken er fylt ut, betyr det at legen mener at et antiallergisk medikament (a n t i h i s t a m i n) kan være gunstig ved begynnende symptomer:
_____mikt./tabl. _____ml/tablet. _____ ganger daglig.

Ved bedring anbefales gradvis minskning av medisinene.

Hvis pustebeåret ikke gir seg med ovenstående tiltak eller viser tegn til økning allerede fra starten av, gis i t i l l e g g til punkt 1) og 2) følgende "l u f t r ø r s å p n e r" (B e t a - 2 - s t i m):

- 4) _____mikt./tabl./spray _____4 ganger daglig.

Gir heller ikke dette bedring, anbefales i t i l l e g g "m e d h j e l p e r e n" (t e o f y l l i n):

- 5) Stikkpiller: Teofyllin (finnes i stikkpiller a 75 og 250 mg)
(styrke: _____mg pr stikkpille)
_____ stikkpille 3 ganger prdøgn, dvs hver 8.time.

Tabl.: Theodur/
(styrke: _____mg pr tablett)
_____ tabletter morgen og kveld, dvs hver 12.
time.

Mixt.:

Ved bedring minskes medisinene gradvis, gjerne slik at (5) stoppes først. (1) skal ikke brukes mer enn 1 uke i trekk. For (4) gjelder ingen spesiell tidsbegrensning.

Observer altså at nevnte hostemedisin (1), "luftørørsåpneren" (4) og "medhjelperen" (5) kan kombineres! Den vanligste feil i

behandlingen er at man starter for sent med medisiner og gir sjeldnere og mindre enn det legen har anbefalt. Anfallene varer da lengre, og det totale medisinforbruk blir gjerne større.

Hvis ovenstående tiltak ikke er tilstrekkelig, hvis barnet blir raskt dårligere eller hvis det har høy feber/langvarig feber, bør lege kontaktes. (Av og til kan det bli nødvendig å gi et antibiotikum mot infeksjon, for eksempel lungebetennelse. Allergikere skal som regel ikke ha vanlig penicillin. Erythrocin anbefales vanligvis som første middel).

Medisin som skal gis daglig:

Ved lettere anfall med pustebevar:

Ved moderat astma med hoste, surklung og pustebevar:

Ved økende plager er det viktig å holde barnet i ro i sanert seng i hvilestilling. Gi rikelig med varm drikke. Frisk, helst litt fuktig luft i sykerommet. Opptre rolig og prøv å avlede barnets oppmerksomhet ved å fortelle historier, lese høyt eller liknende. Fortsett med å gi medikamentene som er nevnt og søk legehjelp dersom tilstanden ikke bedrer seg raskt. Dersom barnet har feber samtidig med økende astma, må lege alltid kontaktes.

Vis alltid dette behandlingsskjema til lege ved konsultasjon eller innleggelse.

Behandlingsforslag for legen:

Adrenalin 0,1% s.c. _____ml. Dosen bør gjentas flere ganger med _____min. mellomrom.

Aminophyllin langsomt i.v.: _____mg. med 8-12 timers mellomrom, hvis pasienten ikke har fått theofyllinpreparater de seneste 8 timer.

Ved kliniske tegn til infeksjon bør man overveie å gi et bredspektrert antibiotikum (f.eks. erytromycin) i 8-10 døgn i stedet for penicillin.

Igangsetting av hyposen-sibilisering på barn er en spesialistoppgave. Det er bare unntaksvis aktuelt å hypsensibilisere overfor andre allergener enn pollen, en behandling som bør starte raskest mulig etter pollensesongen. Hypsensibilisering kan være aktuelt der allergeneliminering ikke lar seg gjennomføre, og der akseptabel medisinerings ikke er tilstrekkelig. Minst 3 års behandling.

Viktige momenter i den medikamentelle allergibehandling:

- Et skikkelig prodromalopplegg kan forebygge mye unødvendig antibiotikabehandling.
- Antihistaminbehandling ved astma må seponeres ved forverring av tilstanden.
- Som "Hostesaft" kan benyttes:

Efedrinklorid 0,3
Sorbitol 75
Solbærsaft 45
Renset vann ad 300

Evt. Efedrinklorid 0,3 i
Frølich mixt. 300.

Dosering: 1-3 mg efedrinklorid pr kg legemsvekt pr døgn delt på 3-4 doser. Maks. 1 uke i trekk.

- Depotsteroider bør man ikke benytte hos barn med langvarig allergi. Har kun kortvarig effekt, inntil 3 uker.
- Steroidspray kan være nyttig der annen symptomatisk behandling har liten effekt. Bør institueres av spesialist når det gjelder barn.
- Lomudal kan tas periodisk på høyrisikodager eller i høyrisikoperioder. Et bra alternativ der antihistaminer gir mye tretthet. ■

Av Roald Bolle
Spesialist i barnesykdommer
Børneavd. i Tromsø

Astma og allergi hos barn - almenpraktikerens kontra spesialistens oppgaver

Det angis i diverse arbeider at allergi forekommer i 10-20% av befolkningen, enkelte bruker enda høyere tall. Det sier seg selv at primærlegen må ta seg av de fleste pasienter i denne sykdomsgruppen: det verken er eller bør være en spesialistoppgave å ta seg av flertallet av allergikere.

Allergiprofylakse under graviditet og ammep periode

Hvis der er en familiær belastning for atopi, må det - ut fra det vi vet i dag - være riktigst å gi forsiktige råd til gravide: Vis måtehold med allergifremkallende stoffer som er spesielt kraftige, først og fremst nøtter, erter, skalldyr, egg og sitrusfrukter. Vi vet for lite om dette til å si at mødre skal holde seg borte fra disse tingene, men regelmessig bruk og konsentrerte mengder bør unngås. Både ubalansert informasjon og for lite informasjon skaper problemer. Det viktigste i allergiprofylaksen i spebarnsalderen er å gi brystmelk. Undersøkelser, bl.a. i Tromsø, har vist at det lar seg gjøre å ha barn utelukkende på brystmelk opptil 10 måneders alder, men man vil i dag anbefale vitamintilskudd etter vanlige retningslinjer (-citrus). Det er ernæringen de 6 første månedene som sannsynligvis er det viktigste fra et profylaktisk synspunkt. Ved behov for noe annet enn brystmelk for 6 måneders alder kan man bruke soyavelling eller vellinger basert på ris, og da ikke tilsette kumelk, men vann eller soyamelk. Egg og fisk bør unngås de første 9-12 måneder.

Det anbefales at brosjyren "Hvordan forebygge allergi i svangerskapet og første leveår", utgitt av Norges Astma- og Allergi-

forbund, Prinsensgt. 22, Oslo 1, er tilgjengelig ved alle helsestasjoner.

Obstruktiv bronkitt

Det angis at 10-20% av alle barn har pipende respirasjon en eller flere ganger i småbarnsalderen. Til å begynne med bør man bruke diagnosen obstruktiv bronkitt - termen astmabronkitt bør utgå. 1-2% av alle barn har astma bronchiale, men til å begynne med kan astmapasientene være helt umulig å skille ut fra den førstnevnte gruppen. Hvis det foreligger hereditet for atopi og/eller et annet atopisk symptom hos barnet og/eller hvis symptomene på obstruktiv bronkitt melder seg mer enn 3-4-5 ganger, ja, da begynner det å bli nokså sikkert at det dreier seg om hyperreaktive bronkialslihinner på atopisk grunnlag, altså at astmadiagnosen er den riktige.

Hos disse recidivantene brukes det generelt for mye kjemoterapeutika/antibiotika. I småbarnsalderen er de obstruktive symptomene aller oftest utløst av virale luftveisinfectionsjoner, evt. anstrengelser og uspesifikke irritantfaktorer som kald og rå luft. Det allergenutløste anfallet melder seg oftest noe senere. Men vi skal huske at vi står overfor potensielle allergikere og sette igang profylaktiske sneringstiltak - og forklare hvorfor vi gjør det. Medikamentelt bør foreldrene utstyres med et prodromal-behandlingsopplegg med tidlig innsettning av slimhinne-avsvellende (alfa-stimulerende) midler, som f.eks. en efedrinklorid-mikstur, evt. nesedråper, og ved behov tillegg av et beta-2-stimulerende medikament. Disse risikobarna bør kontrolleres hvert halvår, da man så tidlig som mulig ved anam-



nese og evt. supplerende serum (RAST)- og/eller hudprøver bør diagnostisere begynnende allergier og gi råd i henhold til dette, samt justere medikasjonen. Det er jo disse barna som rekrutterer astmagruppen og kronikerne, og det er all grunn til å tro at jo bedre vi stiller med dem på et tidlig tidspunkt, jo bedre vil de få det fysiske, psykiske og sosialt. Hvem som skal utføre kontrollen på dette stadium av astmasykdommen, almenpraktiker eller spesialist, må bero på interessen for og kunnskapen om disse tingene hos almenpraktikeren.

Asthma bronchiale

Det er ingen tvil om at det finnes en hel del forsømte astmatikere i barnealderen rundt omkring i landet. Hoste kan være et astmatisk eller et preastmatisk symptom. Astmatikere kan ha normale lungeauskultasjonsfunn, men likevel gå subklinisk obstruktive og ha behov for justeringer i behandlingsopplegget. Auskul-

tasjonsfunn er ofte lettere å høre ved forsert expirasjon ved kompresjon av thorax i expirasjonsfasen. Av og til er det kun spirometri evt. PEF-undersøkelser både før og etter bronkolytika som kan gi diagnosen. Enkle, billige PEF-målere finnes i handelen og bør finnes på ethvert legekontor, helst også bringes med i sykebesøk. En forskjell i PEF-verdien på 15% eller mer før og etter inhalasjon av beta-2-stimulant taler klart for at det har foreligget en obstruksjon. I dag bør man i prinsippet ikke være fornøyd med seg selv som doktor hvis pasienten går obstruktiv - da bør man spørre seg selv om det ikke er noe som kan gjøres bedre. Ikke nødvendigvis først og fremst på den medikamentelle siden, men man må prøve å vurdere hele årsakskomplekset til pasientens astma og så sette i verk tiltakene deretter. Saneringssiden er ofte det svakeste leddet i behandlingsskjeden, men problemene kan ligge i den psykososiale situasjon, i hjem-

met, på skolen, i gjengen. Både når det gjelder hjembesøk og når det gjelder å rulle opp den psykososiale problematikken, har almenpraktikeren ofte det beste utgangspunktet. Men utredningen av barneastmatikeren som har mer en en helt lett astma, bør være en spesialistoppgave. Og veien bør gå tilbake til spesialisten for reevaluering så snart almenpraktikeren føler at hun/han ikke er i stand til å bedre situasjonen for astmatikeren.

Fysisk trening er av meget stor betydning for astmatikerne. Treningssgrupper for astmatikere er organisert på en del steder. De positive effektene fra slike treningssgrupper er så klare at man i dag våger følgende påstand: På ethvert større sted der det befinnes seg en del astmatiske barn, er det et klart manglende medisinsk tilbud hvis ansvarlige helsearbeidere på stedet ikke har gående et tilbud om regelmessig fysisk trening for sine astmatikere. ■

ALLERGI HOS BARN-

et intervju med spesiallege Kjell Aas.

□ Ved Frode Heian □



Kjell Aas er foregangsmann i allergologien både når det gjelder forskning, klinisk arbeid og opplysning. Han er spesiallege ved VOKSEN-TOPPEN (Norges røde kors' institutt for barn med astma og allergi) som er en spesialavdeling under Rikshospitalet.

Alle almenpraktikere utreder og behandler moderate allergier selv. Hvilket inntrykk har du av legens primærutredning hva angår anamnese, bruk av laboratorieprøver etc.?

Hvordan det er for de pasienter som ikke henvises vet jeg naturlig nok ikke. For de pasienter som jeg har sett i forskjellige sammenhenger synes jeg forarbeidet har virket forholdsvis

bra, men selvfølgelig med enkelte unntagelser. Jeg har derfor stor tillit til mange kolleger i praksis. Jeg vet imidlertid også om mange tilfeller av ukvalifisert diagnostikk. PRIST og RAST har jeg inntrykk av brukes riktig av mange, men feilaktig av fler. Det er mange feiltolkninger ute og går. Laboratoriet som utfører analysene bør være behjelpelig med tolkning og advarsler mot vanlige feiltolkninger.

Jeg satt for noen år siden i et utvalg for å utarbeide retningslinjer for bruk av disse analysene. De er såpass kostbare at misbruk fort er med på å tære på vår felles økonomi. Arbeidet strandet imidlertid på rigide konvensjoner og frykt for nytenkning. Her vil jeg gjerne få understreke at legeforeningen var med på å ville prøve nye veier. Utvalget ble oppløst uten å få gjennomført noe i denne retningen. Jeg har møtt mange i almenpraksis som imponerer meg med sine kun-

nskaper og sin innsats innenfor dette området. Det er imponerende sett i lys av at almenpraktikeren skal ha kunnskaper over et så bredt spektrum av forskjellige områder.

På den annen side er det mange klienter som er misfornøyde med "sin lege". Noen ganger synes ikke klagen å være berettiget, men ganske ofte er de det.

Hva er forskjellen på de "gode" og de "dårlige" legene?
Er det kunnskapene som mangler?

Det skyldes nok tildels for dårlige kunnskaper. Dels beror det vel kanskje vel så meget på holdninger, på feilaktig selvbilde i forhold til reelle kvalifikasjoner, på personlige prestisjehensyn, på manglende kommunikasjon med pasienten eller med kolleger som forutsettes å ha mer kunnskap og erfaring. Men det er jo forhold som ikke bare gjelder for almenpraktikeren, det gjelder like meget eller kanskje enda mer for enkelte mer eller mindre overordnede sykehusleger. Personlig tror jeg mange legers prestisjebARRIERER er vanskeligere å forsere enn enn fylkenes økonomiske barrierer.

Du har gitt en lang rekke medisinerkull undervisning både i pediatri og allergologi og har holdt, og medvirket ved et utall av etterutdanningskurs. Hvordan vil du karakterisere kunnskapsnivået generelt hos praktiserende leger i Norge hva angår allergi og atopiske sykdommer?

Fra topp til bunn. Dette må man også forvente, da man for noen studenter har fått kvantitativt og kvalitativt dekkende undervisning. Men mange har fått lite undervisning om dette, og undervisningen har vært usystematisk, tilfeldig og dårlig. De som virkelig har bruk for etterutdannelse i dette området møter vanligvis ikke opp til etterutdanningskursene, eller har for svakt startgrunnlag til å nyttiggjøre seg dem.

Når du er så kritisk mot undervisningen, hvorfor har du da selv sagt opp din stilling ved universitetet?

Det var et vanskelig valg, men det var mange forhold som talte for det. Viktigst var at jeg hadde for mye å gjøre til å legge tilstrekkelig kvalitet og utdypning i alt. I en slik situasjon er det naturlig å kutte ut den type arbeid som man tror minst på. Jeg er i prinsipp uenig i opplegget for studentundervisningen uten å ha mulighet for å bli hørt og være med på å på-

virke opplegget.

Dette gjelder både den kunnskap og de holdninger som formidles, og her er vi jo tilbake ved hva pasientene opplever av kunnskapsnivå og holdninger hos sin lege.

Er det for mange eller for få som henvises fra almenpraksis?

Noen henviser for mange og noen for få. De siste vil jeg anta er i flertall og det er kanskje en medvirkende grunn til at mange pasienter helt uten grunn i sykdommens alvorlighet henvender seg til såkalte naturleger av forskjellig slag. Det behøver ikke være noe tegn på manglende kunnskap å henvise pasienten til andre. Erfaringene her på Voksnetoppen er nettopp den at de legene og avdelingene som har best kvalifikasjoner og dypest innsikt faktisk hører til de som henviser flest pasienter - og alle henvisningene er i høyeste grad berettiget. Det å identifisere risikokasus som man bør rådføre seg med andre om, er legekunst og en utfordring til almenpraktikeren.

Til studentene pleide jeg å si: utviklingen av allergisk sykdom og hvor alvorlig den blir avhenger av fem faktorer, nemlig arvelig disposisjon, aktuell eksponering, uspesifikke faktorer som påvirker mikrosirkulasjonen, andre miljøfaktorer og pasientens livssituasjon, og endelig: primærlegen.

Er pasientene godt informert?

Mitt inntrykk er at mange pasienter er meget godt informert, selv om kunnskapene ikke alltid er godt nok balansert. Mange leser ganske mye aktuell litteratur som er tilgjengelig for dem, og særlig grundig det som har relasjon til deres egne erfaringer. Allergiene kan som kjent være individuelt veldig forskjellige og derfor vet pasienten og de pårørende ofte mer enn legen de kommer til, om akkurat den typen allergi som de selv har. Da gjelder det at ikke legen setter seg på sin høye allviterhest, men heller lytter til pasienten. Så hører pasienten også mer på legen i neste omgang.

Når det gjelder allergi i alle fall, kan man ofte lære mer av praktisk nyttig medisin ved å lytte til pasientene enn ved å lytte til dosentene og profesorene. En kombinasjon er kanskje det beste.

Kan også moderat astma gi destruktive lungeforandringer over tid? En del barn har jo mer plager enn omgivelsene har in-

ntrykk av. Det er vel viktig å behandle også slik astma relativt intensivt, prodrombehandling-skjemaene som deles ut fra barneavdelingene burde kanskje anvendes på langt flere pasienter?

Det er helt klart at det er mye skjult astma og subklinisk obstruksjon hos både barn, unge og voksne med astma. Mange går også med lett obstruksjon som bare merkes ved legens undersøkelse. Moderat astma er forsåvidt ikke destruktivt for lungevevet. Utviklingen av emfysem f.eks. krever mer bronkitt enn astma.

Det kan imidlertid være destruktivt for lungefunksjonen og for barnets og den unges funksjon i sin helhet sammen med andre jevnaldrende. Bruken av medisiner må tilpasses dette, men ofte er det også andre tiltak som må til. Dette er en medvirkende grunn til at alle pasienter med astma og ganske spesielt barn og unge med denne sykdommen må til grundig undersøkelse av spesialist med tilstrekkelige kvalifikasjoner. Ved mild og moderat astma kan oppfølging skje relativt sjelden hvis samarbeidet kollegene imellom er relativt godt.

Ved alvorligere astma, og jo mer den griper inn i barnets og familiens funksjon og livssituasjon, jo mer kreves det av spesialistkvalifikasjoner, og for de alvorligste er det nødvendig med dyptgripende og kompetent tverrfaglig innsats.

Det er som kjent her Voksnetoppen kommer inn med sine oppgaver på landsbasis. Også i forhold til Voksnetoppen synes det imidlertid å være kollegiale prestisjebARRIERER mer enn fylkesregionale økonomiske restriksjoner som gjør at barn med et uttalt behov for Voksnetoppens tjenester ikke blir henvist. Den fylkesvise fordeling av henvisninger til oss står ikke i forhold verken til fylkenes befolkning, pasientgrunnlag eller til de medisinske og tverrfaglige kvalifikasjoner innenfor fylkene. Vi har en rekke henvendelser pr. telefon og brev fra pårørende, fra praktiserende leger og fra ikke minst helsesøstre som ber oss om hjelp til barn som vi selv tror vi kan hjelpe bedre enn andre. De kommer imidlertid ikke forbi henvisningsblokkeringer.

Vil det si at du er imot gjestepasientordningen?

Nei, jeg vil langt på vei være en forkjemper for den bare den kunne gjøres noe mindre rigid og pasientene hadde en slags appellrett. Ordningen har uten tvil ført til bedre utnyttelse av de lokale ressurser og bør kunne utvikle til ennå bedre nytte for pasi-

entene. Det samme systemet burde egentlig fungert uten økonomiske regler hvis samarbeidet mellom legene på forskjellige arbeidsområder og kommunikasjonen oss imellom var bedre. Når samarbeidet er godt, finner man vanligvis frem til den løsningen som er best for pasienten innenfor de gitte rammer. Voksnetoppen får faktisk henvist forholdsmessig flest pasienter fra fylker som har aller best utbygget helse- og omsorgstjeneste innenfor det vi driver med: Alvorlige og særlig vanskelige allergiske sykdommer, alvorlig astma og spesielt vanskelige andre lungesykdommer der sosialpediatri og tverrfaglig ekspertise, spørsmål om rehabilitering o.l. - er aktuelt.

Mange av de medisinene som brukes kan ha ganske betydelige bivirkninger. Burde vi i stedet være mer aktive på saneringsiden og for eks. bruke mer Lomudal i stedet for antihistaminer?

Bivirkninger, særlig hos barn, er nok undervurdert fordi barnet ikke verbaliserer plagene. Det er nok utvilsomt at man ofte kunne klare seg med mindre medisiner av de som gir bivirkninger, og Lomudal kan nok være forsøket verd. Dette er imidlertid veldig individuelt.

I praksis vil legen ofte være i tvil om hva som er beste valg, men da vil jeg minne om at telefonen ofte er legens beste instrument. Almenpraktikeren og spesialisten bør oftere bruke den til å snakke med hverandre.

På Voksnetoppen har jeg som du kanskje vet, åpen telefon for alle fagfolk innen helse- og omsorgstjenestene og skolen hver dag fra kl. 10 - 11. Over den forsøker jeg å gi råd og veiledning ut fra mine forutsetninger. På den måten får jeg kontakt med mange dagligdagse spørsmål fra det praktiske liv, ikke minst fra leger i almenpraksis, turnuskandidater, og fra helsesøstre, sosialkontorer og skoler.

Parallellt har vi en liknende rådgivningsvirksomhet pr. korrespondanse. Dette hører med til Voksnetoppens utadrettede funksjoner og alle er velkomne til å bruke dem hvis man ikke får svar innenfor eget distrikt, fylke eller region.

A propos dagligdagse spørsmål, - hvorfor får ikke almenpraktikere teste på penicillin RAST?

Det ble bestemt i sin tid av to grunner. Mistanken om penicillinallergi reises i et meget stort antall tilfeller og er ofte ubegrunnet. Mange av de tilfeller der penicillin kan mistenkes har

manifestasjoner som i så fall skulle skyldes andre immunreaksjoner enn de som RAST kan påvise. Det kreves særskilte kunnskaper for å skille ut tilfeller der denne diagnostikken er relevant. RAST for penicillin er heller ikke særlig pålitelig selv ved relevant problemstilling. Derfor står man overfor stor fare for utstrakt feilbruk og mange feiltolkninger. Analysen er derfor ganske dyr.

Til for 2-3 år siden var hyposensibilisering en utbredt behandling ved astma. Barneavdelingene har nå sluttet helt med dette, tross i at det er kommet stadig nye høyrensede ekstrakter på markedet. Informasjon om dette kom ikke videre fra barneavdelingene i særlig grad og enkelte almenpraktikere sitter kanskje og hyposensibiliserer ennå. - Kommentarer til det?

Da vi oppdaget hvor dårlige mange av allergenekstraktene som ble brukt til hyposensibilisering var, stoppet vi all hyposensibilisering med de ekstraktene. Etterhvert blir det utviklet høyrensede ekstrakter og de som er utviklet i Norge er de absolutt mest avanserte i så måte. Etterhvert som slike ekstrakter kommer på markedet tror jeg nok at hyposensibilisering vil bli mer anvendt igjen, men ikke i så stor utstrekning som før. Det er jo samtidig utviklet bedre medikamenter for profylakse og terapi. Hyposensibilisering er jo også noe som bør iverksettes av kvalifisert spesialist og også spørsmålet om vedlikehold etter 2-3 år og eventuelt seponering bør avgjøres i samråd mellom almenpraktikeren og spesialisten.

Kan du si noe om prognosen ved astma hos barn nå i forhold til før, - vokser de den av seg i større grad enn før, blir det mindre av kroniske lungelidelser med astma som årsak?

Vi har ikke noen tall å holde oss til p.g.a. manglende registreringer opp gjennom årene. Det som med sikkerhet kan sies er at barn med allergier og astma får et meget bedre tilbud fra helse-tjenestene enn tidligere. Det er mange almenpraktikere og spesialister som gjør en kjempefin jobb for disse pasientene. Det er også kommet bedre terapeutiske tilbud og hvis alle nivåene av helse-tjenesten i Norge ble utnyttet fullt ut i forhold til barnets og familiens behov vil situasjonen være lys for de fleste. Det er vel ikke flere barn nå som "vokser av seg" sin astma enn før, men barn med astma av forskjellig alvorlighetsgrad kan ha

det meget bedre på tross av sin astma enn tidligere.

Til slutt: kan du si noe om fremtidsutsikter når det gjelder behandling og prognose ved allergiske lidelser?

Allergier, allergiske sykdommer og astma vil nok fortsette å være folkesykdommer. Det vil utvikles stadig bedre og mer presise diagnostiske metoder, og spekteret av forskjellige medikamenter med forskjellig virkemåte vil øke. Hvordan dette vil virke inn på pasientene vil være avhengig av legenes kunnskaper og holdninger, oppbyggingen av helse- og omsorgstjenester og kommunikasjonen oss imellom og med pasientene. Det vil også avhenge av hvor mye informasjon, forståelse og innlevelsesevne man kan få spredt til folk flest, dvs. naboer, slekt, venner og mennesker man møter i skoler og yrke.

Hvis du kan fortelle meg hvordan disse faktorene kommer til å utvikle seg i fremtiden, så kan jeg fortelle deg hvordan prognosen blir for sykdommene og for barn og voksne med disse sykdommene.





Kältz

Atopisk eksem

Gunnar Høvdning
 ass. overlege, Hudavdelingen,
 Haukeland Sykehus

intervjuet av Frode Heian

Gunnar Høvdning er en "grand old man" i dermatologien. Han gikk for vel et år siden av med pensjon fra sin stilling som dosent ved Hudavdelingen, Haukeland sykehus.

Hvilket inntrykk har du av primærlegens håndtering av pasienter med atopisk eksem?

Stort sett et godt inntrykk, men enkelte ganger synes mangelfull informasjon og overdreven poengtering av corticosteroidpreparatens potensielle skadevirkninger å ha medført frustrasjon hos pasienter og pårørende. Enkelte primærlegers tro på nytten av allergologisk utredning

bidrar ytterligere i så måte.

●
 Så er altså ikke atopisk eksem en allergisk sykdom?

En kapasitet som professor Rajka oppfatter ikke atopisk eksem som en atopisk sykdom, men en sykdom hvor allergiske faktorer er mer eller mindre til stede. Under enhver omstendighet er det lite fruktbart fra et terapeutisk synspunkt å betrakte atopisk eksem som en allergisk sykdom.

●
 Mener du derved at allergologisk utredning er uten verdi?

Når atopisk eksem er en solitær manifestasjon av atopi må det være tillatt å mene at inngående allergologisk utredning, rigorøse kost-/miljørestriksjoner etc., er malplassert.

Mens forhøyet IgE har klinisk signifikans ved respiratorisk atopi er dette ikke tilfelle ved atopisk eksem bortsett fra en minoritet med svære utbrudd. PRIST og RAST har derfor en ytterst begrenset verdi ved atopisk eksem. Det samme gjelder intracutanprøver som oftest viser liten korrelasjon mellom utfall av prøvene, klinikk og provokasjonforsøk.

Selvsagt skal man ikke helt lukke øynene for at et eller annet allergen kan spille en rolle, særlig hos småbarn. En nøyaktig sykehistorie, eliminasjons- og eksposisjonsforsøk vil i så fall være på sin plass, og som regel overflødiggjøre en kostbar allergologisk utredning hos spesialist. Det er også generell enighet om at hyposensibilisering ved atopisk dermatitt er uten verdi.

●
 Hvilke retningslinjer har du for behandling av atopisk eksem?

Majoriteten av dem som henvises er barn, og nøktern informasjon til pårørende, praktisk orientering om behandlingens gjennomføring og råd om profylakse tillegges avgjørende vekt. En enkel veiledende brosjyre gis med ved første gangs besøk. Såvidt mulig ukentlig kontroll til å begynne med for å kontrollere respons. Det er viktig å la disse pasientene få komme til på kort varsel, utenom venteliste, for revurdering av terapien når f.eks. eksemet blusser opp. Den legen som legger opp til dette, vil oppnå mest med sine eksem-pasienter.

●
 Har du noen praktiske råd om behandlingen?

Lokale kortikosteroider har totalt revolusjonert lokalbehandlingen av atopisk eksem og er selvsagt vårt hovedmiddel.

Eventuell innarbeidet frykt for bruk av steroidsalver må avdempes, uten totalt å bagatellisere mulige skadevirkninger av ukritisk bruk. Rigide tids-skjemaer for bruk av varierende "styrke" av de respektive steroidsalver synes jeg er lite givende.

Bruk av gruppe III salver i en akutt fase, om nødvendig, finner jeg fullt tillatelig for å bringe situasjonen under kontroll. Når det er gjort er selvsagt overgang til den minst potente som har effekt, å anbefale. En gangs applikasjon (om kvelden) er ofte tilstrekkelig.

Dessuten har jeg stor nytte av følgende gamle, velkjente midler ved atopisk eksem:

Stenkulltjære 2-5% i pasta zinci NAF er et utmerket middel, kløestillende og totalt ufarlig. Den egner seg spesielt godt på ekstremiteter som kan bandasjeres. Fjernes med paraff. liqv. eller matolje.

Hveteklibad har god mykgjørende og kløestillende effekt. Ha en neve kli i en passende pose av bomullstoff e.l., oppi et par liter kokende vann og la det trekke i et kvarter. Ha dette oppi badevannet. Et kvarters bad. Ikke såpe.

Atopikerens hud er som regel tørr med nedsatt kløeterskel. For å motvirke dette kan man bruke et hydrerende bad, f.eks. polysorbat 80 4% i flytende paraffin. Ca. 15 ml. til et karbad. Balneum Hermal er også bra.

Oljebad kombinert med klibad forsterker hverandre. Carbamidholdige kremer ikke bare hydrerer huden, men virker også kløestillende.

Ved lokalisert sekundærinfeksjon er det ofte nok med en steroid-salve kombinert med et antiseptikum.

Ved mer utbredt sekundærinfeksjon er peroral behandling med f.eks. erytromycin å foretrekke. Kalibad (100 - 150 ml. kaliumpermanganat 3% i et badekar) tar infeksjonen, men virker uttørrende på huden.

●
 Hva har yrkesvalg å si for atopikere?

For de relativt få pasientene som drar med seg sitt eksem opp i voksen alder er råd m.h.t. yrke viktig. Det er ikke vist at atopikere lettere utvikler kontaktallergi, men disse pasientene bør ha yrker med minst mulig fysisk og kjemisk traumatisering av huden.

Norges Astma- og Allergiforbund - en presentasjon

Norges Astma- og Allergiforbund arbeider for å:

- spre informasjon om astma/allergi
- fremme forskning innen astma/allergisektoren
- skaffe bedre undersøkelses- og behandlingsmuligheter for astma/allergipasienter
- utvirke tiltak av sosial og trykdemessig art

Pr. 1984 består forbundet av ca. 21 000 medlemmer, fordelt på 89 lokalforeninger over hele landet. For å koordinere virksomheten på fylkesplan, er det opprettet - foreløpig 13 - fylkesutvalg.

Norges Astma- og Allergiforbund ledes av et arbeidsutvalg på 5 medlemmer, og har et fast sekretariat med generalsekretær som daglig leder. Forbundets legeråd gir råd og rettledning i medisinske spørsmål. Forbundet utgir bladet ASTMA ALLERGI - med opplysninger av praktisk verdi for pasientgruppen, bl.a. av medisinsk og sosial/juridisk karakter. Forbundet har et eget forskningsfond som årlig deler ut betydelige beløp.

Forbundet eier og driver GEILOMO BARNESYKEHUS på Geilo. Sykehuset har plass til 30 barn, og har bl.a. opprettet egen skole. I samarbeid med FRAMBU HELSESENTER drives årlige internatkurs for voksne, for barn, og for foreldre med astmatiske/allergiske barn. Det arrangeres sommer- og vinterleire for barn/ungdom med astma/allergi, ved siden av at det i de senere år er etablert et samarbeide med våre to helsesportsentre - i forbindelse med aktivitetsopphod for tenåringer.

Av andre arbeidsområder nevnes:

- et utstrakt samarbeide med helse- og sosialmyndighetene, for å nå de mål som er indikert innledningsvis.
- pollenvarsling
- kurs- og informasjonsvirksomhet, sentralt og lokalt
- utarbeidelse, produksjon og distribusjon - gjennom lokalforeninger og fylkesutvalg, samt gjennom helsevesenet lokalt/regionalt - av informasjonsbrosjyrer. Brosjyrene er i det alt vesentlige gratis.

Pasienter med:

- astma - av allergisk eller annen årsak
- andre lidelser som har eller kan ha allergisk årsak - som høysnue elveblest, eksem o.a.

kan ha nytte av å kontakte:

Norges Astma- og Allergiforbund

Prinsens gt. 22

Oslo 1

Tlf. (02) 41 30 62



Leif Roksund, formann NAAF



Arne Heimdal, generalsekretær NAAF • Giggi Stang, informasjonsssekretær NAAF

NORGES ASTMA- OG ALLERGIFORBUND

Industritgt. 36, OSLO 3 – Telefon (02) 46 06 13

LOKALFORENINGER OG FORMENN:

ALTA:

Gerda Rasmussen,
D.H. Sentrum, 9500 Alta

ARENDAL:

Leif Tore Langemyr,
Postboks 270, 4801 Arendal

ASKER OG BÆRUM:

Tor Lefdal,
Baunevn. 23, 1322 Høvik
Tlf.: (02) 53 26 45

AUKRA:

Torhild Gjelstenli,
6420 Aukra. Tlf.: (072) 74 67 5

BERGEN:

Anne Marie Feste
Kontor: Kong Oscarsgt. 24
5000 Bergen. Tlf. (05) 32 16 03
Tid: Onsdag 12 – 18
Postadr.: Boks 792, 5001 Bergen

BODO:

Ronald Vanderloock,
Haakon VII's gt. 40, 8000 Bodo
Tlf.: (081) 22 249

BØ:

Jonas Hanssen, 8479 Hovden

BØMLO:

Eldbjørg Sortland, 5440 Mosterhamn

DALANE:

Marit Djuve Torgeisen, Strandgt. 44,
4370 Egersund. Tlf.: (04) 49 15 96

DRAMMEN:

Doris Kristensen, Gjøtergt. 24,
3000 Drammen. Tlf.: (03) 83 93 68

DRANGEDAL OG

NISSEDAL:

Bjerg Grimstveit, 3850 Nissedal

EID:

Nils Standal, 6770 Nordfjordeid

EIDSKOG:

Bjerg Mengkrog,
2240 Magnor. Tlf.: (066) 37 134

EIDSVOLL:

John Granly, Boks 5, 2070 Råholt

ELVERUM:

Haldis Mellum, Tagnesveien 4,
2400 Elverum. Tlf.: (064) 13 595

FARSUND OG LINGDAL:

Judith Glendrange,
Stasjonsgt. 27, 4580 Lyngdal

FLEKKEFJORD:

Svanhild Henriksbe,
Ringvn. 14B, 4400 Flekkefjord

FLORØ:

Trygve Andersen, Boks 165,
6901 Florø

FOLLO:

Bodil Amdal, Brekkeskog 10,
1430 Ås. Tlf.: (02) 94 27 22

FREDRIKSTAD:

Hans Mollestad,
Joh. L. Johannesensgt. 17,
1600 Fredrikstad. Tlf. (032) 21 571

GJØVIK:

Tove Lybeck, Sandlivn. 9, 2800 Gjøvik

GLÅMDAL:

Ingrid Brøderud, Nedre Skogvei 30,
2200 Kongsvinger. Tlf.: (066) 16 391

GRENLAND:

Randi Jesstad, Boks 1081,
3701 Skien. Tlf.: (035) 26 261

HADSEL:

Jenny Bræck Jensen, Tyttebærveien 2,
8450 Stokmarknes. Tlf.: (088) 51 653

HALDEN:

Thor Fredriksen, Stenrådn. 74,
1750 Halden. Tlf.: (031) 83 201

HAMAR:

Boks 317, 2301 Hamar
Oddny Hegalmen, Kølbreenna 13,
2380 Brumunddal. Tlf.: (065) 42 111

HAMMERFEST:

Ellenor Holmgren,
Boks 483, 9601 Hammerfest

HARSTAD:

Ruth Forså, St. Olavsgt. 82,
9400 Harstad. Tlf.: (082) 61 492

HAUGESUND:

Einar Trygg Fiskaaen,
4262 Avaldsnes. Tlf.: (047) 43 036

HORTEN:

Johanne Pettersen Dahl,
Thv. Buggesgt. 7, 3190 Horten

HYLLESTAD:

Anlaug Sognnes, 5942 Hyllestad

INDRE SALTEN:

Åge Nystadbakk,
Måkeveien 1, 8200 Fauske

INDRE ØSTFOLD:

Asbjørn Nedregård, Kykkelsrud,
1600 Askim. Tlf.: (02) 88 32 97 (priv.)
(02) 88 14 00 (arb.)

JEVNAKER OG RINGERIKE:

Liv Gerd R. Torp, Vesetrud gård,
Haug, 2700 Jevnaker

JÆREN:

Liv Bjerheim, Stemmen 15,
4340 Bryne. Tlf.: (04) 48 25 53

KONGSBERG:

Ann-Mari Ristvedt,
Klevstadhagen, 3640 Skollenborg
Tlf.: (03) 76 55 12

KRAGERØ:

Torgeir Heen, Prestekraveveien 15B,
3770 Kragerø

KRISTIANSAND:

Anbjørg Nordhaug Hansen,
Eikeheiveien 1C, 4630 Segne
Tlf.: (042) 50 984

KRISTIANSUND:

Inger Dyrseth, Einerskaret 14,
6520 Rensvik. Tlf.: (073) 15 510

KVINESDAL:

Randi Solås, 4480 Kvinnesdal

KVINNHEDAL:

Norman J. Olsen, 5460 Husnes

LARVIK:

Berit Tellefsen, Postboks 77,
3251 Larvik. Tlf.: (034) 84 326

LESJA / DOVRE:

Mathias Byggjordet, 2665 Lesja

LEVANGER OG VERDAL:

Liv Skilbrigte, Fabritiusv. 1,
7600 Levanger

LILLEHAMMER:

Ellen Øversveen,
Catinka Guldbergsvn. 19D,
2600 Lillehammer

MIDT-TROMS:

Mildri Pedersen, Kvanli, 9370 Sjøland
Tlf.: (089) 48 913

MIDT-TELEMARK:

Kari Jensen, 3800 Bø

MOSS:

Wenche Brun,
Prestegårdshavna 12, 1580 Rygge
Tlf.: (032) 60 469

NAMSOS:

Astrid Marie Bakken Henriksen,
7822 Bangsund

NARVIK:

Torill Larsen,
Arnes, 8540 Ballangen

NESSET:

Olne Gjøvik, 6460 Eidsvåg

NOME:

Aud Meyer,
3740 Lunde i Telemark

NORD-KISA:

Marna Øverby, Algarheimveien,
2050 Jessheim. Tlf.: (06) 97 07 41

NORD-SALTEN:

Paul Langås, 8270 Drag
Tlf.: (081) 73 644 (arb.)

NORD-TROMS:

Evelyn Hansen, 9086 Særkjosén

NORDRE VESTFOLD:

Inger Britt Jahre, Sydhøyveien 8,
3080 Holmestrand. Tlf.: (033) 53 287

NOTODDEN:

Aud Bakkalia,
Johan Falkbergets vei 11,
3670 Notodden. Tlf.: (036) 10 691

ODDA:

Torbjerg Støyva,
Røldalsvn. 50, 5750 Odda

OS:

Målfrid Pedersen,
Banktjørnehaugen, 5200 Os

OSLO:

Tor Hansen, Industritgt. 36,
Oslo 3. Tlf.: (02) 60 36 59
Kontortid 9 – 13

PORSANGER:

Lillian Paulsen, Østerbotn,
9700 Lakselev

RANA:

Agnar Johannessen,
Falkflåget 18, 8610 Grubhei

RINGSAKER:

Leif Rønning,
Fagerli, 2360 Ringsaker

RJUKAN:

Kjell Klonteig, 3658 Miland
Tlf.: (036) 96 186

SANDEFJORD:

Bjerg Engum Andersen,
Ringvn. 32, 3200 Sandefjord
Tlf.: (034) 67 389

SANDNES:

Kari Vathne, Austråttveien 69,
4300 Sandnes. Tlf.: (04) 66 56 17

SARPSBORG:

John Mathisen, Badstuvn. 8,
1700 Sarpsborg. Tlf.: (031) 42 135

SKEDSMO:

Hedda Møller, Lønneveien 146,
2020 Skedsmokorset. Tlf.: (02) 74 79 72

SOLOR:

Helge Nyland, 2266 Arneberg

SORTLAND:

Astrid Natland, Boks 204,
8401 Sortland. Tlf.: (088) 21 279

STAVANGER:

Monica Lindman Andersen,
Lauvmeisveien 35,
4300 Sandnes. Tlf.: (04) 62 15 81

STEINKJER:

Undis Westerhus,
7730 Beitstad. Tlf.: (077) 48 336

STJORDAL:

Turid Sæther,
Ugleveien 22, 7500 Stjørdal

STORD:

Randi Digernes, Sveene 17,
5400 Stord. Tlf.: (054) 12 167

SUNNDAL:

Hilde Innerdal,
Børsetlauvet 3, 6620 Ålvundeid

SØR-VARANGER:

Solveig Heltland, 9900 Kirkenes

TROMSØ:

Sofie Figenschow,
Gulengveien 51, 9000 Tromsø

TRONDHEIM:

Inger-Johanne Munkvold,
Freidigstien 11, 7000 Trondheim

TVEDESTRAND:

Berit Guddal, rute 2984,
4000 Tvedestrand. Tlf.: (041) 67 197

TØNSBERG:

Ingrid Rød Larsen,
Almeveien 12, 3100 Tønsberg

VADSO:

Solveig Hildonen,
Amtmannsgt. 41, 9600 Vadso

VALDRES:

Jan Erik Marthinsen, Boks 137,
2900 Fagernes. Tlf.: (061) 31 175

VESTVÅGØY:

Tore Strømmes, Mykleivik,
8340 Stamsund. Tlf.: (088) 89 189

VOLDA OG ØRSTA:

Hans Lefdal, 6150 Volda

VOSS:

Wenche Lekven, 5736 Granvin
Tlf.: (055) 25 750

VÅGAN:

Ingrid Jo Nilsen, 8310 Kabelvåg,
Tlf.: (068) 78 140

ØVRE EIKER:

Ingrid Fossum,
Wolstadvn., 3300 Hokksund

ØVRE HALLINGDAL:

Birgit Eikra, 3570 Ål
Tlf.: (067) 83 827

ÅLESUND:

Oddvar Ringmo, 6050 Valderøy

Fylkesutvalg:

Akershus:

Ivar Bergersen, Nedre Bjertnes 14, 1482 Nittedal
Tlf.: (02) 77 27 88

Buskerud:

Tormod Nevjar, Brøttet 40, 3000 Drammen
Tlf.: (03) 82 37 73

Hedmark / Oppland:

Håkon Sveum, 2638 Fåberg

Hordaland:

Johannes Eriksen, Langeneset, 5230 Espeland

Nordland:

Ernst Pettersen, Haakon VII gt. 80A, 8000 Bodo
Tlf.: (081) 24 954

Nord-Trøndelag:

Astrid Tidemann, Njårds vei 6, 7600 Levanger
Tlf.: (076) 82 566

Møre og Romsdal:

Anne Brit Slutås, Kransberget 7, 6440 Elnesvågen

Rogaland:

Liv Bjerheim, Stemmen 15, 4340 Bryne
Tlf.: (04) 48 25 53

Telemark:

Kjell Klonteig, 3658 Miland

Troms:

Viktor Sommerbakk, 9373 Botnhamn, tlf. (089) 48 659

Vest-Agder:

Bjørn Moe, Markens gate 42, 4600 Kristiansand S.

Vestfold:

Ingrid Rød Larsen, Almeveien 12, 3100 Tønsberg

Østfold:

Rolf Danielsen, Grimsrødhegda 21, 1750 Halden

Vi tar litt med om:

Forebyggende tiltak for å unngå bi- og vepsestikk

1. Hvis det er bi, veps eller humle i nærheten, unngå brå og voldsomme bevegelser.
2. Unngå duftende og farveglade blomster, og overmoden eller råtnende frukt.
3. Gå alltid med sko, i alle fall utendørs.
4. Spis ikke bær, syltetøy, søtsaker, og drikk ikke saft eller brus i fri-luft uten å ha sett meget nøye etter for hver bit og hver slurk at det ikke er kommet noen veps på dette. En hyppig årsak til stikk i leppene eller munnen er veps som har kommet ned i saftglass eller brusflaske.
5. Unngå rasteplasser med matres-ter.
6. Bruk ikke løst flagrende tøy eller sterkt blomstret stoff.
7. Bruk ikke parfymerte såper, spray, hårspray, solbadoljer eller annet som lukter av parfyme.
8. Unngå søppelbøtter og søppel-sekker. Lokket på søppelbøtten bør alltid være godt satt på, og området rundt bør være rene- st mulig.
9. Hold alle matvarer godt tilde- ket så veps ikke kan komme til.
10. Flytt ikke på gamle trestokker, nedfallskvister eller råtne trær.
11. Vær ekstra oppmerksom under anstrengelser, for svettelukt tilt- rekker veps.
12. Få fjernet vepsebol i eller nær hjemmet. Søkt evt. råd i birøk- terlag.
13. Biallergiske birøktere må slutte å holde bier.

"KLIPP" fra bladet ASTMA/ALLERGI Nr. 3/83



Allergi i almenpraksis

Brosjyrer om allergi og astma

(Et utvalg som skulle dekke behovet i almenpraksis)

Om allergi

- Spørsmål og svar om allergi.
- Barn og luftveisallergi.
- Husstøvallergi.
- Hvordan forebygge allergi i svangerskapet og første leveår.
- Bolig og allergi.

Om astma

- Orientering om astma.
 - Litt om allergi og astma - til foreldre og lærere.
 - Folketrygdens stønadsformer for astmatikere og allergikere.
 - Astma - fysioterapi - trening.
 - Anstrengelsesutløst astma og fysisk trening.
- (Fisons, Vakerøvn. 213, Oslo 7)

Diverse

- Om elveblest og legemiddel- utslett.
- Om høysnue - og hva vi kan gjøre med den.
- Lager du mat for alle? - om allergi og mat.
- Atopisk eksem. (Squibb inform., Pb. 5084 Majorstua, Oslo 3)
- Spørsmål og svar om hyposensi- bilisering. (Nyegaard & Co legemidler, Pb. 4220 Torshov, Oslo 4)

Hvis ikke annet er oppgitt er brosjyrene utgitt av Norges astma og allergiforbund, Prinsens gt.22, Oslo 1. ■

Hvilke bøker vil dere ha?

Av Steinar Westin
NSAM's Publiseringutvalg¹⁾

DET HAR NETTOPP VÆRT MØTE I PUBLISERINGSUTVALGET I NORSK SELSKAP FOR ALMENMEDISIN. DERFOR DETTE UVANLIGE SPØRSMÅLET TIL UTPOSTENS LÆSENDE ALMENPRAKTIKERE. REDAKTØRENE HAR GITT OSS ANLEDNING TIL Å DELE VÅRE MER OG MINDRE GODE IDEER TIL BOKUTGIVELSER I ALMENPRAKTIKERBIBLIOTEKET MED DERE. LES TEKSTEN, KRYSS AV PÅ SVARSIDEN OG SEND OSS DIN MENING!

Det er blitt klart for oss at det står dårlig til med velegnet litteratur og håndbøker tilpasset behovet for norske primærleger. Det har også Universitetsforlaget merket seg. Med det samarbeidet Selskapet nå har inngått med Universitetsforlaget om det nye Almenpraktikerbiblioteket har vi fått en enestående anledning til å blinke ut fagområder og temaer som kan egne seg for nye bokutgivelser.

Her må vi tenke langsiktig. Det tar minst et år (og iblant tre og fire!) fra arbeidet med et bokmanuskript påbegynnes til vi får det ferdige produkt på skrivebordet. Det er intet mindre enn en 5-årsplan vi har i tankene.

Under møtet i Publiseringutvalget gikk vi gjennom en rekke forslag til boktitler, noen opplagt gode ideer, og andre som vi er litt mer i tvil om. Vårt ønske er altså å få fram bokmanuskripter som kan dekke viktige sider av det almenmedisinske fagområde, og særlig sider der det har foregått en faglig utvikling som gjør det ønskelig med en samlet og ajourført framstilling av nytt og matnyttig stoff. Ofte vil det bli aktuelt å finne fram til gode allianser mellom spesialister og almenpraktikere på forfatter-siden. Bøkene skal først og fremst ha adresse til primærlegene, men vi har allerede erfart at en slik vinkling ikke er til hinder for at også kolleger innen andre medisinske spesialiteter, eller våre medarbeidere innen andre yrkesgrupper, kan finne bøkene nyttige.

Men her er vi altså ved poenget. Hva har norsk almenmedisin egentlig størst behov for når det gjelder framtidige bokutgivelser? Publiseringutvalgets fire hoder kan nok komme med forslag, men det er forhåpentligvis flere enn oss som har tanker om dette. De vil vi gjerne høre mer om!

På neste side lister vi opp noen av de forslagene til bokutgivelser vi har diskutert i Publiseringutvalget. På motstående side utfordrer vi dere til å gi uttrykk for hvor gode/dårlige dere synes hvert av forslagene er. Vi setter også av litt åpen plass til helt andre forslag enn de vi har tenkt på. Tips om mulige forfattere mottas gjerne. Det er ingen forutsetning at de er spurt (vi kan alltid vente litt før vi ødelegger sommerferien for de utvalgte!).



1) Publiseringutvalget i Norsk selskap for almenmedisin består foruten Steinar Westin, av Aage Bjertnæs, Per Hjortdahl og Anne Shetelig. Vår kontaktperson i Universitetsforlaget er forlagsredaktør Micha Reisel.

Almenpraktikerbibliotekets uskrevne bøker • hvilke bør skrives?

Her er forslagene. Nummerrekkefølgen har vi med hensikt gjort helt tilfeldig, men dere finner de samme numrene igjen på svarsiden lenger fremme, der vi ber dere gi "karakterer" til hvert enkelt forslag.

1. Muskel-skjelettsykdommer i almenpraksis:

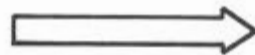
Utposten har tidligere på lederplass påpekt misforholdet mellom hyppigheten av disse sykdommene i almenpraksis og den beskjedne plass som er avsatt til undervisning om dem i medisinerstudiet. Enkelte gode kurs i videreutdannelsen har gitt kolleger styrket tro på at vårt arbeid på dette felt kan forbedres vesentlig. Har det noe for seg å gi en samlet fremstilling av dette emnet i bokform?

2. Familien i almenpraksis:

Norsk almenmedisin har antagelig enda mye ugjort når det gjelder å utnytte den spesielle mulighet vi har for å se pasienters helsetilstand og sykdommer i sammenheng med det samspillet som foregår i den nære familie. Det gjelder både familiekonstellasjoner som sykdomsfremkallende faktor og familien som ressurs i behandling og helbredelse av sykdom. Trenger vi en bok som kan belyse dette?

3. Hud- og veneriske sykdommer i almenpraksis:

Denne spesialiteten har også sin store plass i almenpraksis, og det er kommet adskillige nye synspunkter siden de fleste av oss gikk på doktorskolen. Er fagområdet tilstrekkelig dekket med lærebøker idag eller trenger vi en ny og oversiktlig håndbok i Almenpraktikerbiblioteket?



Hvilke bøker bør skrives?

4. Svangerskapskontroll i almenpraksis:

Det er som dere vet en varm potet innen norsk almenmedisin, og diskusjonen vil nok fortsette når Bakketeigutvalgets innstilling om den perinatale omsorgen kommer som NOU. Det er delte meninger om hvor godt dette arbeidet gjøres i almenpraksis idag, men sikkert ingen uenighet om at det kan gjøres bedre. En håndbok for almenpraktikere, som også inneholder et begrunnet program for hvordan svangerskapskontrollene bør gjennomføres, vil signalisere en positiv interesse fra norsk almenmedisin for å forbedre omsorgen på dette område. Er det interesse for en slik bok?

5. Helseopplysning i lokalsamfunnet:

Det er et aktuelt og lite beskrevet tema. Loven om helsetjenesten i kommunene nevner i §1-3 opplysningsvirksomhet som en del av den helsetjenesten kommunene skal organisere. Enkelte kolleger har allerede betydelig erfaring på dette området. Er det på tide å utfordre dem til å meddele sine erfaringer og synspunkter i bokform?

6. Laboratoriet i almenpraksis:

Innenfor denne viktige del av vår praksis har det foregått en stadig utvikling av metoder og teknikker, og den klassiske "Lisa" er for lengst blitt antikvarisk. En kokebok i laboratoriearbeid med vurdering av de enkelte metoders anvendelse i daglig almenmedisinsk arbeid kan det vel være behov for nå, både for almenpraktikere og for

studenter, eller hva synes dere?

7. Organisering av egen praksis:

Denne almenmedisinens "bakketjeneste" vet vi volder mange av våre kolleger stort besvær. Slike temaer har liten plass i medisinerutdannelsen. Dessuten vil den administrative revolusjon av almenpraksis som følger av Loven om helsetjenesten i kommunene antagelig skape et nytt behov for en samlet fremstilling av lover, forskrifter, tips og veiledning for kolleger når det gjelder å opprette, drive og omstrukturere sin almenpraksis-virksomhet. Det dreier seg om personelladministrasjon, kontorrutiner, journalsystemer, budsjettering, drift og planlegging, kort sagt det som skal til for å gi en brukbar ramme om fagets kliniske virksomhet.

8. Geriatri i almenpraksis:

Geriatri, eldreomsorg og tilsynslegearbeid ved syke- og aldershjem utgjør en viktig del av det almenmedisinske arbeidsfelt. Mange kolleger har gjort seg mer og mindre systematiske tanker om dette, og noe er også kommet i artikler og publikasjoner. Kan en bokutgivelse om disse emnene bidra til at vi møter "eldrebølgen" bedre forberedt?

9. Kroniske smerter i almenpraksis:

Almenpraktikerbiblioteket har allerede utgitt en bok om smerter og smertebehandling hos kreftpasienter. Enkelte epidemiologiske undersøkelser i almenpraksis tyder på at smerter utgjør det dominerende symptom hos opptil 40%

av pasienter som henvender seg til primærleger. Av disse utgjør kreftpasientene bare en ganske liten prosent. Kroniske smerter som skyldes sykdommer man ikke dør av, er roten til alt ondt på mer enn en måte. Kan resultatene fra nyere smerteforskning gi oss bedre mulighet til å hjelpe disse pasientene, og kan en ny bokutgivelse hjelpe oss til å hjelpe dem?

10. Yrkesmedisin for almenpraktikere:

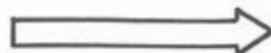
Yrkesmedisin og bedriftshelsetjeneste er også aktuelle temaer for almenpraktikere som er dårlig dekket med egnet litteratur. Hvis vi skal følge oppfordringen fra Den norske Lægeforening's Sentralstyre nylig, burde vi kanskje straks se oss om etter egnede forfattere?

11. Gastroenterologi i almenpraksis:

Innenfor denne sykdomsgruppen finnes mange av almenpraktikerens problempasienter, de som plages i årevis, mer og mindre som følge av sin særlig siviliserte livsstil. De tilstander vi ser i almenpraksis passer dårlig med den sykdomsbeskrivelse som gis i indremedisinens lærebøker. Kan almenpraktikere og gastroenterologer (vi nevner ingen navn!) gi oss et nytt syn på disse tilstandene?

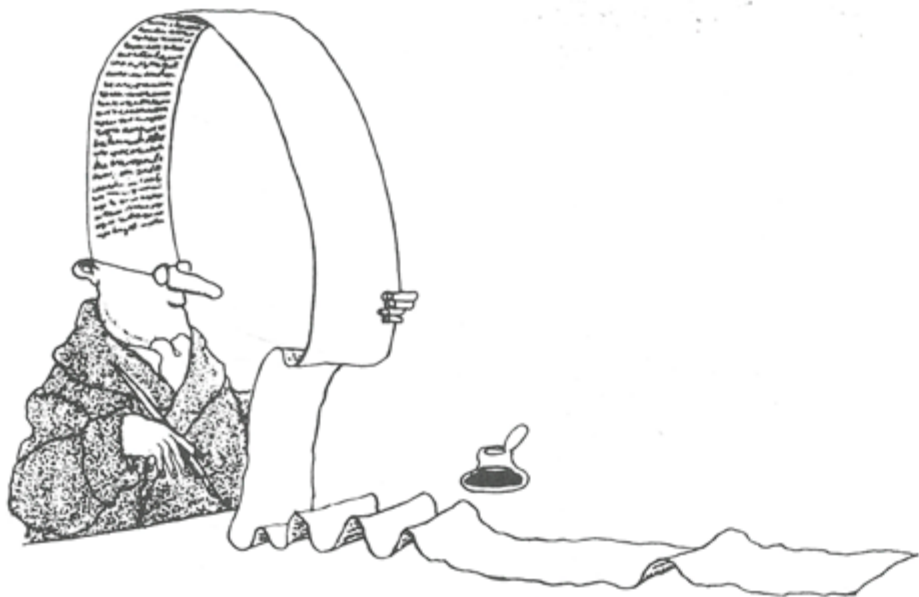
12. EDB i almenpraksis:

Stadig flere almenpraktikere anskaffer seg EDB-utstyr i forsøket på å forbedre sine kontorrutiner. Det foregår en rask utvikling når det gjelder å tilpasse denne teknolo-



Almen*
praktiker
biblioteket

Hvilke bøker bør skrives?



” - og noen av oss må skrive bøkene først, bare for å ha nevnt det.”

gien til primærlegens behov. Noen har gjort gode erfaringer, andre har brent seg. Kan noen av dem gi oss en samlet oversikt over sine erfaringer og synspunkter i bokform?

13. Urinveislidelser i almenpraksis:

I undertegnedes studietid var det opplest og vedtatt at ingen urinveisinfeksjon skulle behandles i mindre enn 3 uker. Etter at 1- og 3-dagers behandlinger er kommet på dagsorden og Palerol Comp'en forsvant, er ingenting som det en gang var i dette faget. Er det god nok tilgang på litteratur om disse emnene, eller skal vi be en av våre kolleger ta initiativet til å få skrevet en bok? (Vi har vaktet oss for å peke på noen bestemt, men vi kan jo gjøre som APLF-formannen, som ved særlige behov for diskresjon siterer den beskjedne soldat: "Jeg nevner ikke navn, men svinet er sjef for 6. Bataljon!").

14. Diabetes i almenpraksis:

Håndteringen av diabetespasienter i almenpraksis er et tema som har fått øket oppmerksomhet. Det finnes allerede noe litteratur om dette på norsk, både for leger og for pasienter, men kanskje ikke med tilstrekkelig adres-

se til almenpraktikere. Der- som almenmedisinen skal engasjere seg sterkere på dette feltet, vil det kanskje bli behov for en ny og ajourført bok? (Også her har vi en bataljon-sjef i tankene!)

15. Alkohol i almenpraksis:

Under merkelappen "Nytt syn på alkoholen" er det som kjent kommet flere bokutgivelser i Norge de siste årene, med diskusjon av sykdoms- begrepet i relasjon til alkoholisbruk, den glidende

overgangen mellom bruk og misbruk, og alkohol som kulturelt fenomen. Nyere undersøkelser tyder på at alkoholen spiller en langt større rolle i det almenmedisinske sykdomspanorama enn vi tidligere har trodd. Er det behov for en bok om dette tema spesielt for almenpraktikere?

16. Utdanningshåndbok for almenpraktikere:

I løpet av dette året blir det antagelig vedtatt regler for den nye spesialiteten i almenmedisin. Det er bred enighet om at hovedtyngden av utdannelsen må foregå i almenpraksis, men enda har vi ingen fullgod beskrivelse av hvordan et slikt utdanningsprogram skal se ut. Hvem skal utdanne hvem, om hva, og hvordan? Veiledet almenpraksis, koordinert almenlegetjeneste og løpende utdanningsseminarer har vært nevnt i diskusjonen. Kort sagt, trenger vi en utdanningshåndbok for almenpraktikere?

Dette er våre foreløpige forslag til bokutgivelser. Vår målsetting i samarbeid med Universitetsforlaget er å få utgitt tre bøker i Almenpraktikerbiblioteket pr. år. Det betyr at vi også må gi Universitetsforlaget råd om en prioritering innenfor vår 5-års plan. Når dere nå på motstående side skal gi hvert bokforslag en "karakter", bør dere også tenke på hva det haster mest med å få skrevet og utgitt.

Les teksten på motstående side og gi oss din mening!

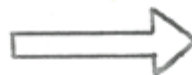
Steinar Westin

HVORDAN SVARE?

De av dere som allerede har kastet et blikk på motstående side, vil kanskje kjenne igjen opplegget fra Utpostens almenmedisinske problemserie. Vi tror dette kan være en grei - og velkjent - måte å uttrykke synspunkter på. Høyre del av svarsiden skal altså klippes fra, brettes, stiftes og sendes i posten. Portoen kan vi dessverre ikke dekke, men dersom det kommer et tilstrekkelig antall svar, skal vi til gjengjeld presentere almenpraktikernes litterære ønskeliste i neste nummer av Utposten.

Vi får understreke at det foreløpig bare blir en ønskeliste. Vi kan ikke garantere at Universitetsforlaget ser seg istand til å realisere alle våre ønsker - i første omgang! Og noen av oss må skrive bøkene, bare for å ha nevnt det.

Så følg med!



Almenpraktikernes litterære ønskeliste



Almenpraktikernes litterære ønskeliste:

Hvilke bokutgivelser tror du norsk almenmedisin har mest behov for? Vurder hvert forslag ut fra spørsmålet: Tror du dine kolleger vil ønske å skaffe seg en slik bok selv?

Sett et tall ved hvert forslag, både på svarslippen og på din egen kopi - se skalaen nedenfor.

HVORDAN SVARE?

Sett ett tall ved hvert forslag:

- 1: Uten interesse
- 2: Tvilsom interesse
- 3: Kanskje en god idé?
- 4: Av stor interesse
- 5: Midt i blinken!

- | | |
|--|--|
| 1. Muskel-skjelettsykdommer i almenpraksis.... | |
| 2. Familien i almenpraksis..... | |
| 3. Hud-/veneriske sykdommer i almenpraksis.... | |
| 4. Svangerskapskontroll i almenpraksis..... | |
| 5. Helseopplysning i lokalsamfunnet..... | |
| 6. Laboratoriet i almenpraksis..... | |
| 7. Organisering av egen praksis..... | |
| 8. Geriatri i almenpraksis..... | |
| 9. Kroniske smerter i almenpraksis..... | |
| 10. Yrkesmedisin for almenpraktikere..... | |
| 11. Gastroenterologi i almenpraksis..... | |
| 12. EDB i almenpraksis..... | |
| 13. Urinveislidelser i almenpraksis..... | |
| 14. Diabetes i almenpraksis..... | |
| 15. Alkohol i almenpraksis..... | |
| 16. Utdanningshåndbok for almenpraktikere..... | |

17. Andre forslag til utgivelser i Almenpraktikerbiblioteket? Skriv titler og evt. forfatterforslag i feltet til høyre - og bruk baksiden om nødvendig.



KLIPP HER

KOPI

SVARSLIPP



Denne svarslippen klippes fra, brettes, stiftes og sendes NSAM's Publiseringutvalg innen 10 dager fra mottakelsen av dette nummer av Utposten (slippen er forhåndsadressert, se baksiden).

Vi vil gjerne vite hvem som har interesse for hva - fyll derfor ut disse opplysningene om deg selv.

| | |
|--|--|
| Kjønn: | Kvinne <input type="checkbox"/> |
| | Mann <input type="checkbox"/> |
| Alder: | <input type="text"/> , <input type="text"/> år |
| Antall år i almenpraksis: | <input type="text"/> , <input type="text"/> år |
| Godkjent Almenpraktiker Dnlf? | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Nei <input type="checkbox"/> |
| Stillingstype (før 01.04.84): | |
| Privat almenpraktiker | <input type="checkbox"/> |
| Distriktslege | <input type="checkbox"/> |
| Bydelslege/kommunal almenpraktiker | <input type="checkbox"/> |
| Praksissted: | |
| By | <input type="checkbox"/> |
| Tettsted (>5000 innbyggere) | <input type="checkbox"/> |
| Landdistrikt | <input type="checkbox"/> |
| Praksisfylke: | |
| Hvis annen hovedstilling enn almenpraksis, spesifiser stilling og fagområde: | |
| | |

Andre forslag til utgivelser i Almenpraktikerbiblioteket:



Brev-
porto

STIFT

NSAM'S Publiseringutvalg
v/Steinar Westin
Institutt for samfunnsmedisin
Parkbygget, Regionsykehuset
7000 TRONDHEIM

BRETT

Plass for flere gode ideer til bokutgivelser
/begrunnelser:

STIFT



Almenpraktikerbiblioteket:

Hittil er følgende bøker utgitt:

- . Jon Gunnar Mæland: Legens attesthåndbok.
- . Tor Inge Tønnessen: Smarter og andre symptom-
er hos kreftpasienter.
Dignose og behandling.
- . Steinar Westin (red.):
Forskning i almenpraksis.

Disse bøkene kommer like over sommeren 1984:

- . Per Fugelli og Kjell Johansen (red.):
Langsomt blir faget vårt
eget. (Almenpraktikerbib-
liotekets utgave av fest-
skriftet til Christian
Borchgrevink og Sigurd
Humerfelt)
- . Erik Solberg: Norsk almenmedisinsk
forskning. (En annotert
bibliografi)

- og et par andre manuskripter er på vei!



Brev

Svarsending
Avtalennr. 501000/441 F

STUDIA
5014 Bergen -Universitetet

Jeg bestiller

- ___ eks. av Mæland: LEGENS ATTESTHÅNDBOK á 110,-
- ___ eks. av Tønnessen: SMERTER OG ANDRE
SYMPTOMER HOS KREFTPASIENTER á 110,-
- ___ eks. av Westin: FORSKNING I ALMENPRAKSIS á 220,-

Porto kommer i tillegg.

Fritt gjennomsyn. Full returrett innen 8 dager.

- Jeg abonnerer herved på nye titler i
ALMENPRAKTIKERBIBLIOTEKET
- Vennligst hold meg orientert om nye titler i
ALMENPRAKTIKERBIBLIOTEKET

Navn: _____

KLIPP HER

Adr.: _____

En intervjuundersøkelse
av Synnøve Pettersen
kontorassistent ved Hammerfest helseråd

Synnøve Pettersen er opprinnelig fra Måsøy. Ho har utdanning fra helse- og sosialfaglinja ved den videregående skolen i Hammerfest. Fra 1982 er ho kontorassistent ved Hammerfest helseråd.

Utposten har funnet to gode grunner til å presentere denne artikkelen: For det første er den et eksempel på hvordan en enquete kan belyse et hverdagsspørsmål. Dernest er dette trolig første gang vi hører fra en representant for våre uunnværlige hjelpere i hverdagen, legesekretærer og kontorpersonale. Diskusjonene om "samarbeide" etc. etc. har bølget helsepersonell i mellom mens våre slitere på kontorer og i resepsjoner er blitt glemt i et limbo: i følge Dante et sted utenfor himmelens murer, men ikke lenger unna enn at en kan høre jubelen innenfra. Trolig har vi her medarbeidere med ressurser, observasjoner og ideer som ligger brakk. I et slikt perspektiv er denne artikkelen en liten grenseovergang. Velkommen etter!

Hvor viktig er frokosten?

I perioden oktober-desember 1982 ble det i forbindelse med skolelegens rutinekontroll av 4. klassinger foretatt en undersøkelse som gikk endel på ungenes kostvaner. 71 elever fra tre forskjellige skoler ble intervjuet, hver elev for seg, med far eller mor til stede. Intervjuene ble foretatt av samme person.

Det vi ville vite var først og fremst hvor mange i denne aldersgruppen som spiste frokost daglig, og hvor mange det var som hadde mat med på skolen.

Spørsmålene er interessante når vi vet at ca. 20% av energien bør komme fra frokosten, og 25-30% fra et måltid 3-4 timer etter dagens første matinntak (1). En undersøkelse gjort i Gävle i Sverige, "Frokostforsøket"(2), konkluderer med følgende: "Hypotesen att en forsterkt morgonmat skulle påverka barnens skolarbete, beteende och fysisk uthållighet under formiddagen i positiv riktning har bekräftats". I denne undersøkelsen ble melk i en eller annen form, to smørbrød med pålegg samt frukt eller juice betegnet som "bra frokost". "Dårlig frokost" besto av te og ristet brød eller saft/kaffe og boller.

Med spørsmålet "frokost" ble alt av mat medregnet i vår lille undersøkelse. Spørsmålet kunne like gjerne vært om kroppen fikk tilført noen form for næring. I tilfeller der foreldre/barn kom

med motstridende svar, ble barnets svar notert.

Resultatene er angitt i tabellene I-IV.

Av tabell III fremgår det at 46 % av de spurte spiste frokost daglig. 5% svarte at de aldri spiste frokost. Mange sa at dårlig tid var årsak til at frokosten ble sløffet.

I tabell I og II fremgår det en tydelig forskjell mellom gutter og jenter. 59% av guttene spiste frokost daglig, mens det bare var 35% av jentene som gjorde det samme.

Erfaring viser at mangel på frokost ofte fører til at en blir uoplagt og trett. Magesmerter og hodepine kan også bli et resultat. Frokost er viktig både fordi den har en gunstig innvirkning på fordøyelsen og fordi det kreves prestasjoner av barna fra skolens begynnelse.

Det tidligere omtalte "Frokostforsøket" i Gävle viser at kreativiteten påvirkes av hva en spiser til frokost. At den logiske tankegangen, liksom den fysiske utholdenhet forbedres av en næringsrik frokost. Testene var inndelt i tre områder: konsentrasjonskrevende tester, utholdenhetstester og avslappingskrevende tester. Effekten av en bra frokost var ikke like stor innen alle områder, f.eks. lese-hastigheten. Innen andre områder

derimot var effekten overraskende stor, f.eks. innen matematikk. I addisjon gjorde barna 40% mindre feil etter en bra frokost, og de arbeidet nesten 10% raskere. Kreativitetstesten viste at en bra frokost forbedret kreativiteten så mye som 31%.

- Hvilken betydning har mangel på frokost for oppmerksomhet og læring i skolesituasjonen? Tenker vi på frokost som bensin i forhold til bilen, vil det bety at den menneskelige organismen hoster seg gjennom oppgavene inn til den tilføres ny energi.

- Kan mangel på frokost være en av årsakene til uopplagte og umotiverte elever?

- Hva betyr frokosten i forhold til det sosiale samvær i familien? Kanskje vil en felles frokost i rolige omgivelser medvirke til en god dag for barn og foreldre, både med hensyn til kroppens behov og i en sosial sammenheng.

- Hva betyr foreldrenes kostvaner i forhold til de vanene barna får? Gode og dårlige vaner overføres lett fra foreldre til barn. Kanskje overføres de dårlige vanene lettest.

Av tabell IV kan vi se at 90% av de spurte har med mat og drikke daglig. 10% har ikke mat med på skolen. Det går ikke frem av undersøkelsen om det er noen i sistnevnte gruppe som heller ikke

spiser frokost.

Det kunne være interessant å foreta samme undersøkelse når disse elevene kommer opp i 7. klasse. Da blir alle elever fra de mindre skolene samlet på en stor skole. Vil det ha noen innvirkning på barnas matvaner, og eventuelt i hvilken retning?

For å sammenligne barnas matvaner med de voksnes, har jeg foretatt en undersøkelse blant en del av de som arbeider ved helsehuset. De samme spørsmålene ble stilt, men med ett tilleggsspørsmål: nemlig om noen benytter seg av kiosk/bakeri i lunsjpausen, da dette befinner seg i umiddelbar nærhet av arbeidsplassen. Resultatet fremgår av tabellene V-VI.

Både tabell V og VI viser at vi voksne slett ikke er noe mer fornuftige når det gjelder kosthold enn skolebarna.

Kanskje en idé å starte opplysningsvirksomhet med tanke på foreldregruppa?

Legene Nedra B. Belloc og Lester Breslow (sitert i 3) har samlet talende data om de virkningene livsvaner har på helsa ved å studere levevanene til 7000 men og kvinner i California. Fysisk velvære og levealder er avhengig av 7 grunnleggende leveregler, hevder de:

1. Syv til åtter timers søvn hver natt.
2. Tre måltider daglig til regelmessige tider og få "go'biter".
3. Frokost hver dag.
4. Ønskelig kroppsvekt.
5. Unngå for meget alkohol.
6. Regelmessig trening.
7. Ikke røyke.

Belloc og Breslow skriver, sitat: "De som fulgte alle disse 7 gode helsereglene var i like god fysisk form som 30 år yngre mennesker som bare fulgte få eller ingen av disse reglene."

De fant bl.a. ut at menn i 45-årsalderen som fulgte tre eller færre av disse reglene, kunne regne med å leve til de ble 67, og at de som fulgte alle seks eller syv kunne regne med å leve til de ble 78 år.

Mange vil nok være forbauset over at frokost hver dag synes å være av tilnærmet like stor betydning som å mosjonere regelmessig og å unngå tobakk og alkohol.

Tabell I:

Gutter

| | Spiser frokost daglig | Av og til | Aldri | Sum |
|---------|-----------------------|-------------|-----------|--------------|
| Skole A | 12 | 7 | 0 | 19 |
| Skole B | 5 | 2 | 3 | 10 |
| Skole C | 3 | 2 | 0 | 5 |
| Sum | 20 (59%) | 11 (32%) | 3 (9%) | 34 (100%) |

Tabell II:

Jenter

| | Spiser frokost daglig | Av og til | Aldri | Sum |
|---------|-----------------------|-------------|----------|--------------|
| Skole A | 6 | 17 | 0 | 23 |
| Skole B | 5 | 3 | 0 | 8 |
| Skole C | 2 | 4 | 0 | 6 |
| Sum | 13 (35%) | 24 (64%) | 0 (0) | 37 (100%) |

Tabell III:

Jenter og gutter, skolene samlet:

| | Spiser frokost daglig | Av og til | Aldri | Sum |
|--|-----------------------|-------------|-----------|-----|
| | 33 (46%) | 35 (49%) | 3 (5%) | 71 |

Tabell IV:

Skolemat, skolene samlet:

| | Har med mat og drikke | Har med mat, ingen drikke | Hverken mat eller drikke | Sum |
|--------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|-----|
| Gutter | 29 | 0 | 5 | 34 |
| Jenter | 35 | 1 | 1 | 37 |
| Sum | 64 (90%) | 1 | 6 (10%) | 71 |

Tabell V:

Spiser frokost daglig

| | Spiser frokost daglig | Av og til | Aldri | Sum |
|---------|-----------------------|------------|-----------|--------------|
| Kvinner | 15 | 3 | 1 | 19 |
| Menn | 6 | 2 | 1 | 9 |
| Sum | 21 (74%) | 5 (18%) | 2 (7%) | 28 (100%) |

Tabell VI:

Har med mat hver dag, Har med mat av og til, Ingen mat, Kiosk/bakeri, Sum

| | Har med mat hver dag | Har med mat av og til | Ingen mat | Kiosk/bakeri | Sum |
|---------|----------------------|-----------------------|------------|--------------|--------------|
| Kvinner | 11 | 5 | 3 | 5 | 19 |
| Menn | 5 | 3 | 1 | 7 | 9 |
| Sum | 16 (57%) | 8 (28%) | 4 (14%) | 12 (43%) | 28 (100%) |

Hvilke praktiske konsekvenser skal dette få ?

Skal vi i skolehelsetjenesten satse sterkere på opplysning og motivasjon for frokostmåltidet? Er det her skoen trykker, eller kan det være slik at resultatene delvis må sees på som et utslag av søvnrytmeforstyrrelser i mørketida, altså rett og slett at både voksne og barn ikke har tid/lyst til mat om morgenen fordi de er for trøtte?

Det kunne være interessant å høre hvilke erfaringer man har andre steder i landet når det gjelder frokostvaner blandt skolebarn.

Litteratur:

1. Socialstyrelsens nämnd for hälsouppllysning: Kost och motion. Liber Förlag. Stockholm.
2. Svenska Mejeriarnas Riksförning, Informationsavdelningen: Frukostforsöket i Gävle: kort sammanfattning. Særtrykk. 1983-08-26.
3. Eckholm EP: Levekår som dreper. Miljøbetingede årsaker til sykdom og død. Tiden Norsk Forlag. 1981. ■

SIMG-kongress i Klagenfurt

Societas Internationalis Medicinæ Generalis inviterer til sin 32. internasjonale kongress i Klagenfurt i Østerrike i dagene 17.-22. september. De første tre dagene er tyskspråklige, og det er satt av en dag hver på temaene almenpraktikeren og seksuelle problemer, nye metoder i diagnostikk og behandling og terminal pleie og behandling. De siste tre dagene vil det bli simultaoversettelse til engelsk, eventuelt også fransk. Temaene er dokumentasjon og informasjonsteori, forskning i almenpraksis og medisinsk etikk. Det er også oppsatt et omfattende sosialt program for eventuelle ledsagere.

Nærmere opplysninger og påmeldingskjemaer kan en få fra

Fr. Sigrud Taupe,

A-9020 Klagenfurt,
Bahnhofstrasse 22,

Østerrike.

Tlf. (42 22)55 449.

Det angår ikke oss?

□ Av Dag Bruusgaard □
I. amanuensis, Institutt for almenmedisin i Oslo.

I 1977 vedtok WHO's hovedforsamling målet "Helse for alle i år 2000". I 1978 avholdt WHO og UNICEF en konferanse i Alma Ata der delegasjoner fra 134 land og 67 ulike internasjonale organisasjoner vedtok et manifest som understreket at en god primærhelsetjeneste er det viktigste middel til å nå målet (1).

Manifestet har fått stor betydning for utviklingen av primærhelsetjenesten i store deler av verden. Det har imidlertid fristet en heller krank sjebe i vår hjemlige helsepolitiske debatt.

Et manifest som kan samle støtte fra delegasjoner fra 134 land kan lett bli en opprømsing av uinteressante selvfølgeligheter. Dette gjelder ikke Alma Ata-deklarasjonen. Deklarasjonen inviterer til radikal nytenkning og peker fremover, ikke bare når det gjelder forhold i utviklingsland. Deklarasjonen burde kunne tjene som inspirasjonskilde selv i dag feim år etter Alma Ata-møtet, i disse første måneder av år 1984, det året da Lov om kommunehelsetjenesten trådte i kraft.

I samarbeid med Carolyn Swetland har jeg oversatt dette historiske og dagsaktuelle dokument.



Referanse:

- 1 Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12. September 1978. Geneva 1978.

Den internasjonale konferansen om primærhelsetjeneste som møtes i Alma Ata denne tolvte dag i september år nittenhundre-og-syttiåtte påpeker nødvendigheten av rask handling fra alle regjeringer, alt helsepersonell og hele verdenssamfunnet for å beskytte og fremme helsen til alle verdens mennesker, og kunngjør med dette følgende Deklarasjon:

I

Konferansen påpeker på det sterkeste at helse, som er en tilstand av total fysisk, psykisk og sosial velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lyte, er en fundamental menneskerett, og at å nå frem til en best mulig helsetilstand er ett av verdens viktigste sosiale mål. Dette krever handling, ikke bare fra helsevesenet, men også fra mange andre sosiale og økonomiske sektorer.

II

Den enorme ulikhet i helsetilstand blant folk, især mellom industriland og utviklingsland, men også innenfor nasjonale grenser, er både politisk, sosialt og økonomisk uakseptabel, og er derfor et felles problem for alle land.

III

Økonomisk og sosial utvikling basert på Ny økonomisk verdensorden er av grunnleggende betydning for å få best mulig helse for alle, og for å redusere avstanden mellom helsetilstand i utviklingsland og industriland. Arbeid med å fremme og beskytte befolkningens helse er nødvendig for å få en sosial og økonomisk utvikling, og for å bidra til bedre livskvalitet og til verdensfred.

IV

Befolkningen har rett og plikt til å delta både individuelt og kollektivt i planlegging og utførelse av sin egen helsetjeneste.

V

Regjeringene har ansvar for befolkningens helse. Dette kan bare gjennomføres ved at det sørges for adekvate helsetiltak og sosiale tiltak. Et sosialt hovedmål for regjeringene, internasjonale organer og verdenssamfunnet i de kommende 10-års perioder må være at verdens befolkning skal nå en helsetilstand som vil tillate dem å leve et sosialt og økonomisk produktivt liv innen år 2000 (1). En primærhelsetjeneste utviklet i den sosiale rettferdighets ånd er nøkkelen til å nå dette målet.

VI

Primærhelsetjenesten er grunnleggende helsetjeneste basert på praktisk gjennomførbare, vitenskapelig velfunderte og sosialt aksepterte metoder og teknologi. Denne må gjøres alment tilgjengelig for individer og familier i lokalsamfunnet gjennom egen medvirkning og til en kostnad lokalsamfunnet og landet kan bære på ethvert trinn i utviklingen. Dette må baseres på egenaktivitet og medbestemmelse. Primærhelsetjenesten utgjør en integrert del både av landets helsevesen som den danner basis for og av lokalsamfunnets totale sosiale og økonomiske liv. Den er individets, familiers og lokalsamfunnets inngangsport til det nasjonale helsevesen og bringer helsetjenesten så nær som mulig til det sted hvor folk bor og arbeider. Den utgjør det første ledd i en sammenhengende helsetjenestekjede.

VII

Primærhelsetjenesten:

1. avspeiler og utvikler seg ut fra landets og lokalsamfunnets økonomiske tilstand, sosiokulturelle og politiske forhold, og baserer seg på resultater fra sosial-, biomedisinsk og helsetjenesteforskning og erfaring fra helsearbeid.
2. retter seg mot de viktigste helseproblemer i lokalsamfunnet og yter helsefremmende, forebyggende, behandlende og attførende tiltak etter behov.

Al
At
Dekl
sjo

3. omfatter som et minimum opplysning om de viktigste helseproblemer og hvorledes de skal forebygges og kontrolleres, utvikling av matforsyning og riktig ernæring, en adekvat tilførsel av rent vann og forsvarlig sanitære forhold, helsetjeneste for mor og barn, inkludert familieplanlegging, vaksiner mot de viktigste smittsomme sykdommer, forebyggelse og kontroll av lokale sykdomsutbrudd, egnet behandling av vanlige sykdommer og skader og forsyning av de viktigste legemidler.
4. trekker inn, i tillegg til helsesektoren, andre viktige sektorer og forhold ved utvikling på nasjonalt og lokalt plan, slik som landbruk, husdyrhold, matvarer, industri, utdanning, bolig, kommunikasjon og krever en samordnet innsats på alle disse feltene.
5. forventer og styrker egeninnsats fra individer og lokalmiljøet når det gjelder deltagelse i planlegging, organisasjon, drift og kontroll av primærhelsetjenesten, bl.a. ved å gjøre full nytte av lokale, nasjonale og andre tilgjengelige ressurser, og utvikle lokalmiljøets evne til å delta på en tilfredsstillende måte gjennom egnet opplysning.
6. må fungere med integrerte funksjonelle og gjensidig støttende samarbeidsrutiner som fører til en stadig forbedring av en omfattende helsetjeneste for alle og prioriterer de som trenger det mest.
7. basere seg, både lokalt og på høyere nivåer på helsearbeidere, inkludert leger, sykepleiere, jordmødre og hjelpepersonell, såvel som tradisjonelle yrkesutøvere som har en passende utdanning både sosialt og teknisk for å fungere som et team som tar seg av helseproblemer i lokalsamfunnet.

VIII

Alle regjeringer må utarbeide nasjonale planer og strategier for å etablere og opprettholde primærhelsetjenesten som en del av et omfattende nasjonalt helsesystem i samarbeid med andre sektorer. For dette formål er det nødvendig å utvise politisk vilje og å mobilisere landets ressurser og å bruke de eksterne ressurser som er til rådighet på en rasjonell måte.

IX

Alle land må samarbeide i en ånd av fellesskap og tjenestevillighet for å sikre primærhelsetjeneste for alle, siden det å oppnå god helse for folk i ett land, direkte angår og er til fordel for alle andre land. I denne sammenheng utgjør WHO/UNICEF-rapporten om primærhelsetjeneste et solid grunnlag for den videre utvikling og drift av primærhelsetjeneste overalt i verden.

X

En tilfredsstillende helsetilstand for verdens befolkning innen år 2000 kan nås gjennom en mer omfattende og bedre bruk av verdens ressurser. En vesentlig del brukes i dag til opprustning og militære konflikter. En politikk for uavhengighet, frihet, fred, avspenning og nedrustning kunne og burde frigjøre ressurser som må brukes til fredelige formål, særlig til å påskynde sosial og økonomisk utvikling. Her er den primære helsetjeneste vesentlig og skulle derfor bli tildelt sin rettmessige andel.

* * *

Den internasjonale konferansen om primærhelsetjeneste anmoder om en rask og effektiv nasjonal og internasjonal handling for å utvikle og utbygge primærhelsetjenesten overalt i verden, særlig i utviklingsland i en ånd av samarbeid, og i samsvar med Ny økonomisk verdensorden. Den oppfordrer på det sterkeste regjeringer, og UNICEF og andre internasjonale organisasjoner såvel som multilaterale og bilaterale organer, frivillige organisasjoner, finansieringsgrupper, alle helsearbeidere og hele verdenssamfunnet om å støtte den nasjonale og internasjonale forpliktelsen til å arbeide for den primære helsetjeneste og å kanalisere økt teknisk og finansiell støtte til den, særlig i utviklingsland. Konferansen oppfordrer alle de forannevnte til å samarbeide når det gjelder å introdusere, utvikle og å opprettholde primærhelsetjeneste i samsvar med denne deklarasjons ånd og innhold.



Lokalt videre- og etter for almenpraktikere

□ Av distriktslegene Ingvar Stokstad og Ola Nordviste □

Valdres utgjør et relativt velavgrenset geografisk område med ca. 10 mil fra sentrum til nærmeste sykehus. Det bor nærmere 20 000 mennesker fast i regionen. Legedekningen er god og stabil. Avstanden fra vanlig møtested til periferien i regionen er ca. 5 mil. Vi vil beskrive et opplegg for faglig møtevirksomhet blant dalens leger. Med i opplegget er 14 distriktsleger, 3 privatpraktiserende, 2 pensjonerte leger og en turnuskandidat.



Ingvar S. (til v. i bildet): cand. med fra 1968. Sykehustjeneste ved Vefsn sykehus kir. avd. og Gjøvik sykehus med. avd.. Distr.lege V. Slidre 71-74 og i N.Aurdal fra 76. Almenpraktiker Dalf fra 1976. Formann Oppland legeförening fra 1.1.84.

Ola N.: cand.med fra 1978. Fra 1980 distr.lege i N.Aurdal.

Erutdannelsesopplegg i Valdres

VIDERE- OG ETTERUTDANNING

Tidligere aktivitet

Regionens leger har hatt regelmessige faglige/sosiale møter 5-6 ganger pr. år i ca. 30 år. Da virksomheten startet, var hensikten først og fremst å bedre de kollegiale forhold. Hvert møte besto av en faglig del på 60-90 min. og en sosial del der ledsager deltok. Møtene var populære med full oppslutning hver gang. Fra høsten 1980 ble den faglige og sosiale del skilt. Fagmøtene ble utvidet til 2 1/2 time, hvorav noe tid (ca. 1 time) ble benyttet til fag- og helsepolitikk. Oppslutningen var fortsatt god, men møtene var løst strukturert og våren 1983 fant vi tiden moden for en omorganisering.

Ønsker og mål med omorganiseringen

Vi hadde ønske om å få med oss de positive elementer i den tidligere virksomheten:

- Belyse problemer i almenpraksis jordnært og praksisrelevant for almenleger.

- Benytte en form som ikke skremmer bort noen og sikrer maksimal oppslutning. (Et vesentlig moment

i den tidligere ordning).

- Opprettholde og videreutvikle den gode kollegiale tone og sosiale kontakt blant legene i området.

- Ivareta behovet for felles drøftelser av fag- og helsepolitikk.

Ved å innføre en fastere struktur ble målsetningen utvidet til også å omfatte:

- Oppnå tellende kurstimer i henhold til Almenpraktiker Dnlf-reglene.

- Systematisk gjennomgang av de viktigste almenmedisinske problemer spesielt med tanke på en terapeutiske holdning der det måtte være ønskelig.

Den rent sosiale del som var et nyttig, hyggelig og vesentlig element i den opprinnelige form, er nå trukket helt ut av opplegget og ivaretas på annen måte. Endringen på dette punkt var nødvendig av praktiske årsaker, men ville nok kommet uansett.

Opplegget

De deltakende leger (unntatt pensjonistene) er ansvarlige for programpostene etter en viss turnus. Det blir altså to programansvarlige på hvert møte. Disse er ikke forpliktet til personlig å stå for programinnslaget. De må gjerne invitere andre foredragsholdere som f.eks. spesialist eller lokale samarbeidspartnere i helse- og sosialvesenet. Ved forfall bytter legene innbyrdes.

Møtene finner sted månedlig med unntak av påske- og sommerferiemånedene. Ved møtets start undertegner man kveldens "tilstedeliste".

Møteprogrammet består av to deler:

Del I: Skal være en kasuistikk eller et kursreferat. Kasuistikken skal være et illustrerende eller kuriøst tilfelle fra egen praksis. Referatet skal dreie seg om en kursforelesning som har vist seg spesielt praksisrelevant. Den ansvarlige for del I skal bruke 5 til 10 minutter på sitt innlegg som så skal fungere som opptakt og bakgrunn for kommentarer og innlegg fra de deltakende leger. Vi vil understreke betydningen av den frie meningsutvekslingen etter innledningen. Det er denne delen av møtet som gir opplegget liv og korrigerer informasjon i jordnær retning. Diskusjonen varer i 20 til 25 minutter.

Del II: er kveldens hovedpost. Den ansvarlige skal holde et innledende og uformelt foredrag omkring et emne fra almenmedisinen hverdag. Bakgrunnen kan være problemer i egen praksis, artikler eller spørsmål "i tiden". Foredraget skal vare i 15 til 20 min. og etterfølges av en diskusjon av 40-45 minutters varighet.

Administrasjon

Det er blant legene utnevnt en koordinator hvis oppgaver det er å:

- Utarbeide halvårsprogram hvori fremgår møtetidspunkt, sted, emner og programansvarlig.

- Sende halvårsprogrammer til

VEAP-rådet til forhåndsgodkjenning.

- Kontakte foredragsholdere ca. 3 uker før møtene for å finjustere programmet.

- Sende innkallinger til de deltagende leger.

- Være ansvarlig for korrekt føring av "tilstedelister" under møtene.

- Søke godkjenning av kurstimerne (Ca. hvert halvår).

- Distribuerer godkjenningsbrev til de deltagende leger.

Godkjenning av tellende kurstimer

To ganger årlig sendes søknad til VEAP-rådet om godkjenning av kurstimer med bakgrunn i "Regler om legers rett til å bruke betegnelsen Almenpraktiker Dnlf", pkt. 1 Cd: "Deltagelse i mindre grupper hvor virksomheten har et spesifikt almenmedisinsk siktemål og som godkjennes ved en serie møter".

I en femårsperiode kan man oppnå godkjenning for maksimum 50 timer. Godkjenningen skulle være

en kurant affære hvis ordningen administreres noenlunde ryddig.

Erfaringer så langt

Av de viktigste erfaringene vi har kunnet trekke frem etter fem møter nevner vi:

- Rent praktisk: en overhead-projektor var nødvendig. Denne ble stasjonert på det faste møtested. Utgifter dekket over vedkommende legesenters budsjett.

- Programpostene er blitt mindre todelt enplanlagt, foredrag og diskusjon går ofte i ett. Dette faller for det meste naturlig.

- Kveldens tidsmessige og faglige rammer sprenes lett. Dette tolkes som et positivt tegn. Foreløpig er dette ikke strammet inn. Vi søker allikevel bare godkjenning for 90 minutter pr. møte.

- Møteopplegget har også vist seg å være et nyttig og nødvendig forum for diskusjon også om de nye kommunehelsetjenesteoverenskomster, legevaktsordninger og regionalt legesamarbeid.

- Forumet egner seg godt som rugekasse for ideer til helse-

arbeidet i lokalsamfunnet. Vi så f.eks. at et foredrag om helseopplysning førte til samarbeid med lokalavis om jevnlig spalter med helseopplysning der innholdet blir redigert av distriktslegene.

- Det praktiske og teoretiske utbytte av møteopplegget kan økes ved å planlegge og bevisst konstruere møteprogrammet i sterkere grad. Programsammensetningen kan lett bli litt for tilfeldig. Vi ønsker imidlertid ikke å forlate prinsippet om at foredragsholder skal behandle et emne hun er spesielt interessert i. Praksis p.t. er at koordinator innhenter ideer fra deltakerne. Han samler de emner som hører sammen og fordeler dem i passende mønster over halvårsplanen til de leger som ønsker å innlede om disse emner.

Som det går frem av ovenstående befinner vårt møteopplegg seg så avgjort i en tidlig og spennende fase. Nye ideer dukker stadig opp, og små korreksjoner i møtenes planlegging og gjennomføring foretas ofte.

Burde vi også i Norge diskutere om tiden er moden for å etablere en idebank for desentralisert videre- og etterutdannelseopplegg for almenpraktikere? ■

PROGRAM FOR LEGEMØTENE I VALDRES:

Oktober-mars 83/84:

Behandlingsrutiner ved ulcus ventriculi et duodeni

Gastroskopi

Herpes zoster

Oralmedisinske problemstillinger i almenpraksis

Behandling av huggormbitt

Fluor vaginalis

Utvalgte ØNH-problemer i almenpraksis

Helseopplysning i primærhelsetjenesten

Legeattester for førerkort

Diabetes mellitus -kontroll

Opplegg og kosthold ved Tonsåsen rekr.hjem

Bruk av laboratoriet i alm.praksis

April-desember 1984:

Rectoskopi

Retentio testis/brokk hos barn

Nakke-/skulderysindrom
Jern og vitaminer i almenpraksis

Aknebehandling

"Oppbrukt-doktor-syndrom"

Vond hals, forkjølelse og hoste.
Når behandle? Med hva?

Hypertensjon hos eldre

Trenger vi kunnskap om adferdsfag i almenpraksis?

Utredning ved mistanke om reumatologisk sykdom

Diabetes mellitus og kosten

Om hodepine



Håndbok for klinisk virologi.



□ Ved AnneWyller Shetelig □
Distriktslege i Klæbu

Uttrykket "Det er nok et virus som går" er en ikke uvanlig løsning på et diagnostisk problem i praksis, og aksepteres som regel av såvel lege som pasient. I min studietid var virologi et beskjedent og lite påaktet fag, og fleste følte vel at overnevnte "diagnose" var tilstrekkelig. Virologien har senere hatt en voldsom utvikling, og parallelt med denne har jeg i økende grad

følt at jeg sitter på sidelinjen og mangler kunnskap om virus, immunitetsforhold og muligheter for laboratoriediagnostikk. Feltet har virket enormt og uoversiktlig. Tilgjengelige lærebøker har vært for voluminøse til å inspirere til selvstudium. "Håndbok i klinisk virologi" ser ut til å kunne avhjelpe mine problemer.

23 medarbeidere har bidratt til boken som er redigert av professor Gunnar Haukenes og førsteamanuensis Lars R. Haaheim ved Universitetet i Bergen, Avdeling for mikrobiologi og immunologi. I forordet sier

redaktørene at boken er beregnet på alle som i sin utdannelse eller i sitt yrke får med diagnose, forebyggelse og behandling av infeksjonssykdommer å gjøre.

Boken omhandler de virustyper som er aktuelle i Norge og dessuten chlamydia og mycoplasmainfeksjoner.

Hvert virus er behandlet i et eget kapittel som omfatter symptomer og funn, sykdomsforløp, komplikasjoner, virusstruktur og antigener, epidemiologi med særlig vekt på norske forhold, terapi og profylakse samt muligheter for virologisk/serologisk

diagnostikk. I tillegg finnes et meget nyttig kapittel om prøvetaking og forsendelse som avsluttes med en oversikt over aktuelt prøvemateriale ved visse syndromer. Boken gir også en alfabetisk oversikt over kliniske syndromer hvor det vanligste etiologiske agens er virus, chlamydia eller mycoplasmer.

Stoffet er meget oversiktlig presentert. Hvert kapittel er likt bygget opp over 6 sider hvor man gjenfinder den samme avsnittsinndeling og overskrifter. Kapitlene innledes med en sidesammendrag for hurtig innblikk, på de neste sidene utdypes de enkelte punktene nærmere. Det er avsatt plass til egne notater under hvoret kapittel. En omfattende stikkordliste med sidehenvisninger i tillegg til innholdsfortegnelsen gjør boken lett å finne frem i. Under hvert kapittel er oppgitt forfatter og litteraturhenvisninger til en fyldig referanseliste bakerst i boken.

Illustrasjonene i boken er verd en egen omtale. Dr. philos. Arnt J. Raae har utstyrt hvert kapittel med en tegning med relasjon til virus eller en av dets kliniske manifestasjoner, det er meget dyktig gjort. Illustrasjonene bidrar til å bedre leserens humør og inspirerer til videre lesning.

Jeg mener dette er en bok som dekker et lenge følt behov i almenpraksis. Den virker gjennomarbeidet, og det er vanskelig å peke på vesentlige mangler.

Illustrasjonene og oppsettet av de enkelte kapitler gjør at det er en bok du får lyst til å lese mer i. Den er både en bruksbok til å slå opp i for å få et raskt svar, og en bok hvor man gis mulighet til å fordype seg mer i stoffet. Den inneholder mye praktisk nyttig informasjon som bør bidra til en fornuftigere og mer korrekt prøvetaking og bedret diagnostikk ved virusinfeksjoner i praksis.

Boken bør tjene som et forbilde for hvordan spesialister innen laboratorie- og sykehusmedisin kan formidle sin ekspertise i form av en nyttig håndbok for helsepersonell såvel i primærhelsetjenesten som i de kliniske laboratorier og sykehus. I primærhelsetjenesten vil spesielt leger og helsesøstre ha nytte av boken. Den burde finnes på ethvert distriktslegekontor.

Gunnar Haukenes og Lars R. Haaheim (red.): Håndbok i klinisk virologi. Universitetsforlaget 1983. Kr. 185.-.

Nordisk kartlegging av EDB i helsetjenesten

En styringsgruppe (DATEG) nedsatt av Nordisk ministerråd leverte i oktober 1982 sin sluttrapport "Datateknologi i Norden - På vag mot en nordisk datapolitik" (NU 1982:7). En styringsgruppe ble deretter nedsatt av Ministerrådet for å utarbeide et forslag til et handlingsprogram.

Denne styringsgruppen avga sin rapport "Forslag till en nordisk handlingsplan på datateknologi-området" i august 1983.

Rapporten foreslår blant annet at det skal foretas en kartlegging av den faktiske og planlagte bruken av datateknologi i helse- og sosialsektoren i de nordiske land. Kartleggingen skal være underlag for prioritering av aktuelle samarbeidsprosjekter.

Nordisk sosialpolitisk komite besluttet på sitt møte den 10.-11. oktober 1983 å opprette en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å gjennomføre den foreslåtte kartleggingen.

Arbeidsgruppen startet sitt arbeid i januar 1984. Både kartleggingsarbeidet og forslag til aktuelle samarbeidsprosjekter skal være avsluttet i løpet av våren 1984.

Gruppen består av en representant fra hvert av de nordiske land, med unntak av Danmark som har to representanter. Norges representant er dr. Torfinn Taxt fra Radiumhospitalet. Gruppens sekretær er Eldfrid Ø. Øvstedal fra Helsedirektoratet.

Hva hender når et ulcerogent legemiddel setter seg fast og løser seg opp i øsofagus?

70% av pasientene som har vært utsatt for at legemidler satte seg fast i øsofagus og siden forårsaket sår-dannelse eller strikturer, merket aldri at legemiddelet satte seg fast i øsofagus når det ble gitt. Symptomene opptrådte først 6-8 timer etter at legemiddelet var inntatt.

Symptom: 1. Retrosternal smerte.
2. Vanskeligheter med å svelge.
3. Smerte ved inntak av både flytende og fast føde.

30% av pasientene som fikk sår-dannelse/ strikturer på øsofagus på grunn av legemidler, opplevde at legemiddelet satte seg fast allerede ved administrasjonstidspunktet. Fornyet væskeinntak hjalp likevel ikke disse pasientene fordi det oppstår en spasme i øsofaguslimhinnen som holder tilbake det ulcerogene legemiddelet. De fleste pasienter som kommer ut for at et ulcerogent legemiddel setter seg fast i øsofagus, opplever de verste smertene 3-4 dager etter at legemiddelet har satt seg fast.

I Sverige ser Socialstyrelsen så alvorlig på dette at de har foreslått å innføre preklinisk testing av alle legemidler med tanke på øsofagusskader.

Undersøkelser har slått fast at det er medikamenter som tetracycliner som har medført de fleste skadene. Lymecylin (**Tetralysal**[®]) har vist seg ikke å gi slike komplikasjoner. **Tetralysal**[®] er ikke et ulcerogent legemiddel.

Referanser:

Tabletter och kapslar kan fastna i matstrupen och orsaka svåra skador på denna!

(Anders Kumlien. Under trykking: Apoteknytt.)

Biverkningar vid accidentell lösning av läkemedel i esofagus och bronker.

(Bjørn Carlborg, Läkartidningen vol. 73, nr. 48, 1976.)

Tetracycline induced oesophageal ulcers - a clinical and experimental study.

(Bjørn Carlborg, O. Densert, C. Lindquist.)

The Laryngoscope, vol. 93, nr. 2, februar 1983.

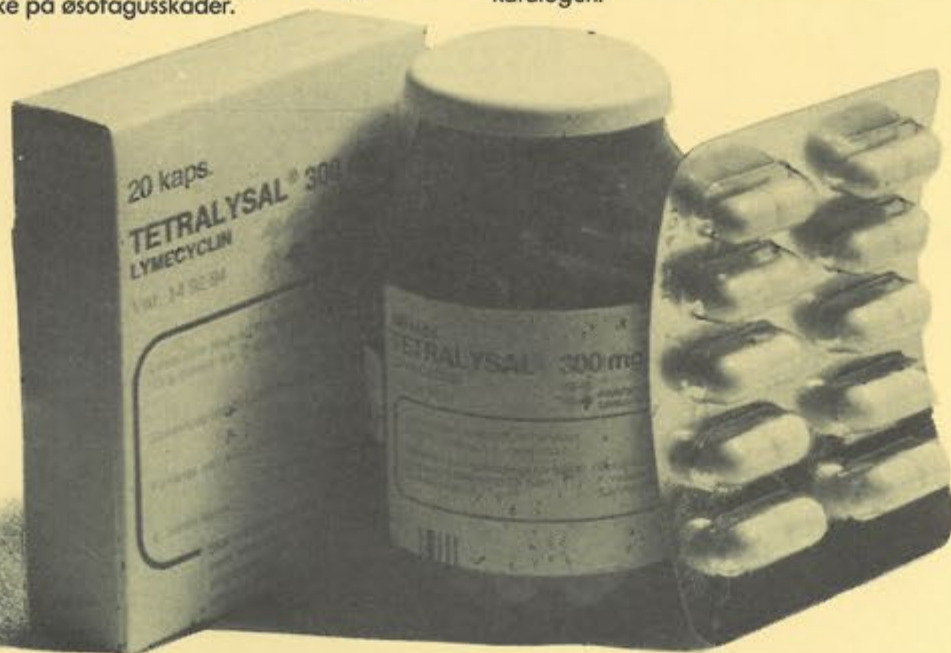
Ulcérations œsophagiennes induites par la doxycyclines. À propos de 5 cas.


(P. Barbier, A. Dony, M. Adler, L. Engelholm, Acta Gastro-Enterologica Belgica, Mai-Juni 1980.)

A new endoscopic finding of tetracycline-induced esophageal ulcers.

(Thomas F. O'Meara, Maj. MC.)

For øvrige opplysninger om Tetralysal[®], henvises til felleskatalogen.



 MONTEDISON GROUP
FARMITALIA
CARLO ERBA
Postboks 133, 1360 NESBRJ.
Tlf. (02) 79 07 60

Tetralysal[®]
lymecylin

42
43
44
45
46
47

RUTLE OLAV
Slettmark 2
2050 Jessheim

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

SURMONTIL® 10 mg

trimipramin

Justeringsdose
med DELESTREK!



INDISERT
ved
ANGST og SØVNFORSTYRRELSER

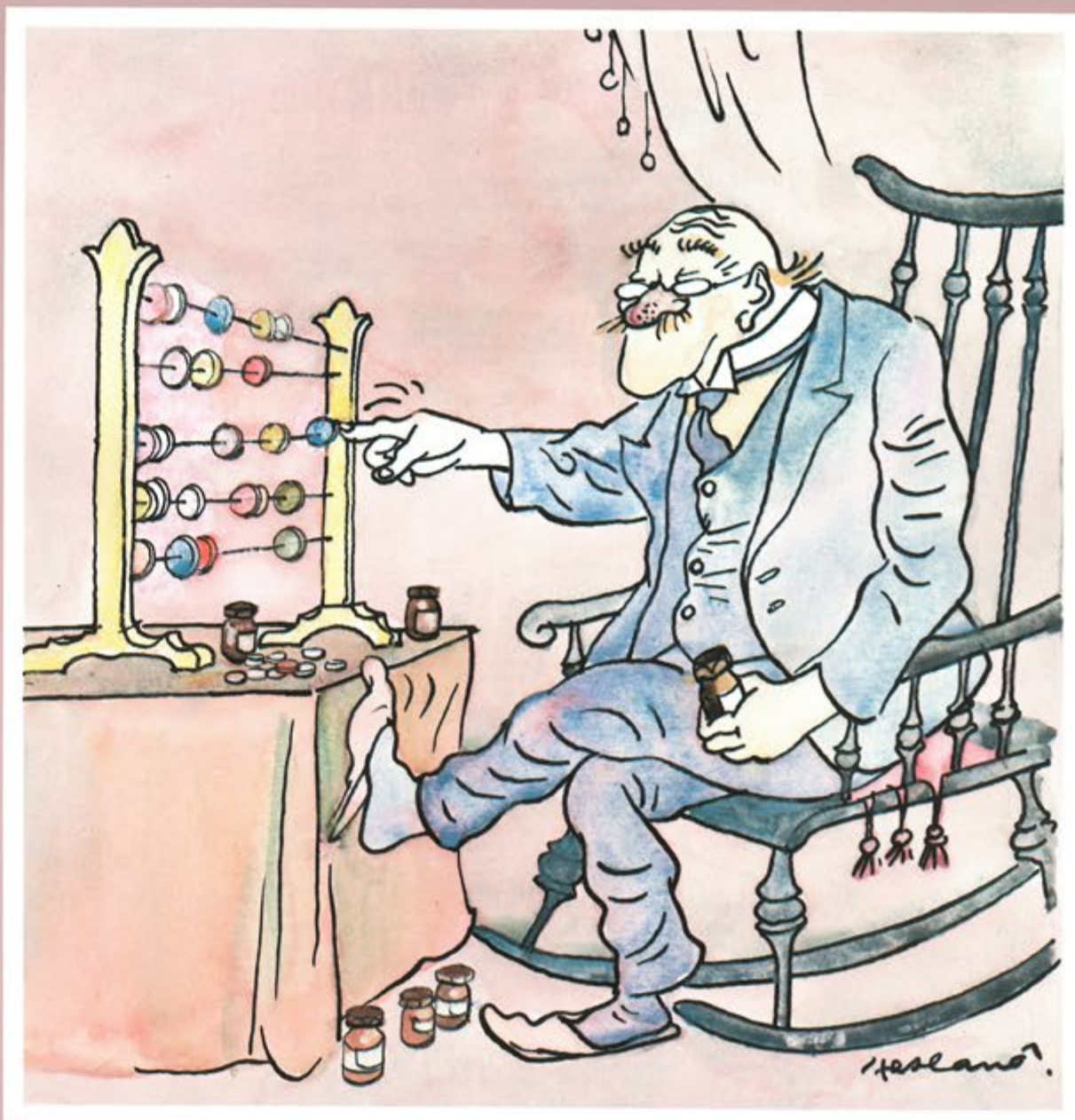
Pakninger à 30 og 100 stk.
M.h.t. bivirkninger, kontraindikasjoner og
forsiktighetsregler: Se Felleskatalogen.

RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR

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



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 nøyer 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, insulin-trengende diabetes mellitus, metabolsk acidose, Raynaud's syndrom, graviditet (se Forsiktighetsregler). Pasienter med latent og manifest hjertesvikt må digitaliseres.

Betablokkerere dessuten kontraindisert hos pasienter på verapamil-behandling. 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, Gastrointestinal 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 beta₂-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 hjertemuskel. 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» blodtrykkstigning etter seponering av klonidin.

INTERAKSJONER:

| | | |
|-------------------|--|--|
| Betablokkere CO1D | Beta-stimulerende adrenergika antidiabetika | blokkerer beta-adrenerg effekt (VIb) økt hypoglykemisk effekt (VIa) |
| | antihypertensiva/ diuretika | økt BT-senkende effekt (VIa) |
| | digitalis | bradykardi, arytm (VIa, VII) |
| | disulfiram | dempet disulfiram/ctanol reaksjon (VII) |
| | etanol | risiko for nedsatt etanol toleranse |
| | generelle anestetika | myokarddepresjon (VII) |
| | kolinesterasehemmere | økt risiko for bradykardi (VIa) |
| | sekalealkaloider | økt risiko for perifere karspasm (VIa) |
| | verapamil | økt risiko for myokarddepresjon (VIa) |



ICI-Pharma

Drammensveien 126, Oslo 2

Tlf. (02) 55 90 04