

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6

1984

ARGANG 13



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. 86 036
Tlf. priv. 072. 81 066

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

Her kommer det til avveksling en Utpost uten "tema". Den vil i så måte representere et unntak fra den praksis vi har hatt det siste året. Det kan bety at denne redaksjonen etter vel et år fremdeles føler at vi er fri til å variere litt med bladets utforming. Det betyr at vi også arbeider med ideer både til flere spesielle "tema" og nye faste spalter eller serier som kan tenkes å gå over flere nummer. I dette nummeret introduserer vi to nye spalter:

- "Tabbespalten". Lesernes reaksjon vil vise om denne ideen finner gjenklang rundt om i landet.

- "Tidsskriftverden", referater fra og omtaler av almen- og samfunnsmedisinske tidsskrifter. Vi har kontakter i mange miljøer for almenmedisin rundt om i landet, men vi er svært interessert i å få flere. Utposten vil gjerne formidle tanker og ideer fra de almenmedisinske miljøene i hele landet. Vi vet at det skjer mye i norsk almen- og samfunnsmedisin i disse tider. Veien framover består i at mest mulig av mangfoldet blir representert i en dialog som omsider vil munne ut i den syntesen som vil være morgendagens norske almenmedisin. Her ser vi ikke for

oss en uniformering, men en utvikling i en retning som gjør det mulig både for oss og samfunnet bedre å kunne sammenlikne prosesser og resultater. Sammen med mange andre ønsker Utposten å være et forum for denne dialogen.

Altså: Vi hilser fortsatt bidrag fra leserne våre hjertelig velkommen slik at vi kan gi et mest mulig riktig bilde av det som skjer i kommunehelsetjenesta nå!

Ola L.

INNHOOLD:

Magne Nylenna: Møte for kommuneleger på Bygdøy. 158

Berit Olsen: Forebyggende helsearbeid blant eldre. 161

Jørgen Jørgensen: Legehuset i Hokksund: 15 års drift. 163

Geir Jacobsen: Praksistjeneste i almenmedisin. 165

Frode Heian: Perinatal omsorg i Norge (forts.) 168

Carl Ditlef Jacobsen: "Ta et par Globoid og ring meg i morgen". 172

Ano Nymus: Tabbespalten 175

Ola Lilleholt: SIMG's 32. internasjonale kongress i Klagenfurt. 177

Frode Heian og Ola Lilleholt: Om helsetjenesten i Sovjet. 178

Fra Tidsskriftverden 184

Spesialistgodkjenning - for de få eller de mange?

Ved enhver opprettelse av nye spesialiteter vil spørsmålet om overgangsordninger for spesialistgodkjenning dukke opp. I en overgangsperiode må man sikre spesialistgodkjenning også for noen av dem som ikke fyller de formelle krav fullt ut, men som likevel antas å inneha den nødvendige kompetanse for spesialiteten.

I forbindelse med innføringen av den nye spesialiteten i almenmedisin har diskusjonen omkring disse overgangsordningene startet for fullt allerede før spesialistkomiteens innstilling foreligger. I et innlegg i Tidsskriftet har kollega Bjertnæs på vegne av flere i Trondheimsregionen påpekt konsekvensen av en for restriktiv holdning til spesialistgodkjenning i en overgangsfase. Spesialitetskomiteen har åpenbart reagert sterkt på dette innlegget og signaler tyder da også på at den endelige komiteinnstilling vil bli langt mere liberal på dette punkt. Mye tyder på at man i en overgangsordning kan få full spesialistgodkjenning med en gangs resertifisering av Almenpraktiker Dnlfs-godkjenning, eventuelt Almenpraktiker Dnlfs godkjenning en gang samt fem års almenpraktikerpraksis i tillegg.

Spesialiteten i samfunnsmedisin er allerede opprettet og søknadsfristen for å bli godkjent etter såkalte overgangsbestemmelser er allerede utgått. Kravene til godkjenning etter overgangsbestemmelser for denne spesialiteten var ikke nærmere definert og det antas at spesialitetskomiteen har relativt vide fullmakter i sin vurdering av søknadene. Ryktene sier imidlertid at de har valgt å legge seg på en restriktiv linje, dvs. å kreve henimot full formell kompetanse også for søkere etter overgangsbestemmelsene.

I utgangspunktet står valget i en overgangsperiode mellom en restriktiv linje, der man fra første stund krever full, eller henimot full formell kompetanse for å bli godkjent spesialist, eller en mer liberal praktisering der man søker å godkjenne flest mulig, bl.a. med begrunnelse i erfaring og ansienitet. Sagt med andre ord: valget står

mellom å spesialistgodkjenne de mange eller de få. Dersom begge spesialitetskomiteene velger å legge seg på en restriktiv linje og således godkjenne få spesialister etter overgangsbestemmelsene, kan dette selvsagt begrunnes i frykten for en "utvanning" av spesialiteten, en frykt for andre kollegers reaksjon eller et ønske om å heve spesialitetens "anseelse" fra første stund.

Det er imidlertid langt lettere å finne både bedre og flere argumenter for en liberal spesialistgodkjenningspraksis i en overgangsperiode. Det har aldri vært tanken at spesialiteten i almenmedisin og samfunnsmedisin skulle være små og eksklusive forbeholdt de "få utvalgte". Tvert imot har det vært et utbredt ønske at flest mulig skulle bli godkjente spesialister, bl.a. for å forhindre en todeling av kommunelegetilstanden. Tiden er nå inne for å sikre denne målsettingen. Arbeidet med utforming og tolking av overgangsbestemmelsene er uhyre viktig, fordi det på en måte bestemmer om dette skal bli en spesialitet for de få, eller de mange. Det er fristende å utfordre spesialitetskomiteene på dette punktet og be om både velfunderte og konsekvensanalytiske argumenter dersom en restriktiv holdning blir valgt.

Selvsagt ønsker vi flest mulig spesialister både i almen- og samfunnsmedisin, og fortrinnsvis spesialister med full, formell kompetanse. Det er likevel lett å tenke seg forskjellen i motivasjon for å starte spesialistutdanning hos de nyutdannede kolleger dersom spesialistgodkjenning er noe "alle" har, i forhold til en situasjon der spesialistene er henimot like sjeldne som øyener i Finnmark.

Mitt forslag er: Godkjenn flest mulig spesialister etter overgangsbestemmelsene både i almenmedisin og samfunnsmedisin. Det man eventuelt vil tape på dette oppveies i rikt monn ved de positive følger en slik politikk vil ha i oppbygging og utforming av kommunehelsetjenesten.

Magne Nylenna

Møte for kommun



Fremmøtet var overveldende, men kommunelegene er fortsatt en mannsdominert forsamling

Helsedirektoratets årlige møte for de offentlige leger i Norge ble siste gang avviklet våren 1983. I og med Lov om helsetjenesten i kommunene anser Helsedirektoratet at ansvaret for disse møtene bortfaller, og det har fra flere hold blitt spekulert over en mulig oppfølging.

12. og 13. september 1984 arrangerte Norske Kommuners Sentralforbund i samarbeid med Offentlige legers landsforening et faglig møte for kommuneleger på Statens utdanningscenter for helsepersonell, Bygdøy. Møtet var lagt i forbindelse med årsmøtet i Offentlige legers landsforening. Arrangørene signaliserte på forhånd en betydelig usikkerhet med hensyn til interessen for et slikt møte og interessen ble karakterisert som overveldende da det viste seg at over 170 deltagere meldte seg.

Det var lagt opp et spennende program, og de fleste møtedeltagerne syntes fornøyd med utbyttet av de to møtedagene.

Samlingen føyer seg på alle måter godt inn i rekken av møtene arrangert av Helsedirektøren tidligere. Møtet ble bekreftelse på behovet for slike sentrale samlinger, et behov som kanskje er større enn noensinne. Lokaltetene ble imidlertid problematiske. Med fler enn 150 mennesker samlet i foredragssalen på Bygdøy kunne luften og lukten til tider minne om forholdene i Store auditorium på Rikshospitalet under de største allmannamøtene i riktig gode, gamle dager. Dersom ikke nettopp dette er hensikten kan kanskje et annet valg av lokaliteter neste år overveies.

Selv om ikke alt som ble fremført på møtet var like nytt eller originalt, vil nok de fleste av deltagerne med glede møte frem til tilsvarende samlinger i fremtiden. Det er å håpe at Sentralforbundet fortsatt vil være med på å støtte slike møter. Dessverre ble det observert at ingen av Sentralforbundets representanter overvar hele møtet.

Under 1/4 av kommunene har valgt felles helse- og sosialsjef

Konsulent Steinar Jørgensen fra Sentralforbundet presenterte en undersøk-

muneleger

□ På Bygdøy: Magne N. □

else fra februar 1984 med hensyn til de administrative ordninger i kommunehelsetjenesten. Undersøkelsen omfattet 362 av landets kommuner, dvs. 80 %. Det ble hele tiden presisert at undersøkelsen ble gjennomført såvidt tidlig at mange kommuner ennå ikke hadde fastlagt den endelige administrasjonsordning. Av de 362 kommunene hadde 78 % valgt å organisere den politiske ledelse av helsetjenesten i et felles helse- og sosialstyre. 22 % hadde enten valgt separate helse- og sosialstyrer eller hadde ennå ikke tatt standpunkt til spørsmålet. 23 % av kommunene hadde opprettet stilling som helse- og sosialsjef, mens 38 % hadde opprettet separate stillinger som helsesjef. 39 % av kommunene svarte at administrasjonsordningen for helse- og sosialtjenesten foreløpig var uendret.

Av de kommunene som hadde valgt en felles administrativ leder for helse- og sosialtjenesten hadde omtrent halvparten opprettet egen stilling som helsesjef.

Av de kommunene som hadde valgt en delt administrasjon hadde et stort flertall valgt en todelt ordning, fire prosent av landets kommuner hadde imidlertid valgt en såvidt stor oppstyking av helse- og sosialtjenesten som firedelt eller mer.

På undersøkelsestidspunktet var helsesjef ansatt i 177 av de 362 kommunene. Av disse var omkring 1/5 underlagt en helse- og sosialsjef, mens den store majoritet var direkte underlagt et helse- og sosialstyre. I de aller fleste tilfellene var det kommunelegen som var tilsatt som helsesjef. Det var imidlertid eksempler både på at sykepleiersjef og sosialsjef var tilsatt som

helsesjef.

Sammenholdt med kommunenes størrelse viste det seg, ikke uventet, at jo større kommunene er, jo større er sjansen for at de velger en felles helse- og sosialsjef. I de minste kommunene med under 3 000 innbyggere var det kun 13 % som hadde valgt en felles helse- og sosialsjef, mens det i de største kommunene med over 20 000 innbyggere var 50 % som hadde valgt en slik ordning.

Man hadde også sett på sammenhengen mellom kommunens politiske ledelse og administrasjonsvalget. Det ble da funnet at blant de borgerlig styrte kommunene var det 21 % som hadde valgt felles helse- og sosialsjef, mens det i sosialistisk styrte kommuner var 31 % som hadde valgt en slik ordning.

Sentralforbundets undersøkelse er beheftet med mange feilkilder og kan knapt lede til bombastiske konklusjoner. Det har skjedd mye siden februar - 84 når det gjelder organisering og administrasjon av kommunehelsetjenesten. Som Utposten tidligere har påpekt (Utposten nr. 6-7/83) er det imidlertid overraskende mange som har valgt en adskilt helse- og sosialadministrasjon. Sammenlignet med Sentralforbundets temmelig sterke anbefalinger om felles administrasjon i kommunalrapport nr. 5/1983 har altså et flertall av kommunene valgt en annen ordning.

Det som nå er av interesse er å følge opp og oppdatere de tallene Steinar Jørgensen presenterte og i neste omgang søke å finne svar på spørsmålet om hvilken betydning de forskjellige administrative ordninger synes å ha.



Et flertall av kommunene har valgt å trosse Sentralforbundets anbefaling om felles helse- og sosialsjef i følge konsulent Steinar Jørgensen, NKS



Formannen i OLL, Ivar Sørnbø Kristiansen og kontorsjef Anne Marie Borgersen i NKS vil nok ikke mangle samtaleemner de kommende år

Ekspedisjonssjef Hauge, Sosialdepartementet: Reformpause i helsevesenet - mer oppmerksomhet til institusjonene

Hvilke reformer kan vi vente i helsetjenesten i tiden fremover? var tittelen på ekspedisjonssjef Harald Huges foredrag. Hans hovedbudskap var at det nå er tid for en reformpause i helsevesenet og at oppmerksomheten i første omgang må rettes mot institusjonene.

Sykehjemmene stod i fokus for det meste av ekspedisjonssjefens foredrag. Han gjorde det klart at Sosialdepartementet anbefaler et kommunalt ansvar for sykehjemmene, men at saken fortsatt står åpen. Det ble presisert at det er viktig med en rask bestemmelse med hensyn til sykehjemmenes fremtidige plassering. Hauge presiserte flere ganger at Sosialdepartementet vil sette alt inn på at sykehjemmene skal bli en del av kommunehelsetjenesten. Ja, det ble faktisk presisert så sterkt at man kan lure på om saken allerede er tapt for Sosialministeren på dette punkt og at man nærmest toet sine hender klart og tydelig.

Gjestpasientsystemet ble også berørt. Det ble fremhevet at gjestepasientoppjøret mellom fylkene må bli bedre



Ekspedisjonssjef Harald Hauge antydnet at tiden nå er inne for å vende blikket bort fra kommunehelsetjenesten og mot institusjonene

dersom fylkene i det hele tatt skal kunne drive sykehus for fremtiden. Det ble foreslått en klageadgang for pasientene med hensyn til omsorgsnivåplassering. Det ble signalisert at mer av gjestepasientinnleggelsene skulle kanaliseres gjennom fylkets egne spesialister og et forslag om en maksimal ventetid i det enkelte fylke dersom det er ledig kapasitet for tilsvarende pasienter annet steds ble også foreslått.

Gjennom hele ekspedisjonssjefens foredrag gikk det et budskap om at kommunehelsetjenesten nå har fått nok oppmerksomhet og for fremtiden vil bli lavere prioritert i Sosialdepartementet. En av grunnene for dette var at "alt syntes å gå så bra i kommunene". Hauge bygget dette bl.a. på samtaler med rådmenn og ordførere. Mon tro om kommuneleger og sykepleiersjefer vil istemme den samme konklusjon?

Det er ikke vanskelig å være enig med Hauge i at en reformpause nå er påkrevet. Det er imidlertid bekymringsfullt dersom oppmerksomheten vendes bort fra kommunehelsetjenesten allerede før halvparten av "primærhelsetjenestens 10-år" er over.

Årsmøte i OLL 1984

I umiddelbar tilslutning til det faglige møtet for kommuneleger ble årets årsmøte i Offentlige legers landsforening avholdt. Det ble en fredelig forestilling uten særlig dramatik.

I sitt innledningsforedrag var imidlertid formannen, Ivar Sønbo Kristiansen, til tider ganske krass i sine kommentarer til Lægeforeningens håndtering av kommunehelse reformen. Han stilte en rekke kritiske spørsmål til Lægeforeningen vedrørende de offentlige legers stilling underforhandlingene og fikk svar på tiltale fra Generalsekretær og President som begge overvar årsmøtet. Selv om det fortsatt gjenstår en rekke forhandlinger før alle kommunelegene har fått klarhet i sine lønns- og arbeidsvilkår, synes det likevel som om kabalen nå er i ferd med å gå opp.

Et bekymringsfullt forhold som ble tatt opp på møtet var Helsedirektoratets stilling og spesielt forholdet for de leger som arbeider i Direktoratet. Etter omorganiseringen av Helsedirektoratet er det kun et fåtall av stillingene som er forbeholdt leger. Selv om det i dag arbeider ca. 15 leger i Direktoratet viser det seg at hver gang en av disse slutter oppstår det en diskusjon om hvorvidt den aktuelle stilling skal besettes med lege eller ikke. På sikt er det fare for en faglig utarming i Helsedirektoratet og spesiallege Anne Berit Gunbjørud redegjorde for saken på vegne av legene i Direktoratet.



Lægeforeningens generalsekretær Harry Martin Svabø (t.v.) og presidenten, Bengt Læsse Lund (t.h.) ble utfordret av formannen i OLL



Offentlige Legers Landsforening seiler i medvind. Her representert ved f.v. Anne Alvik, sekretæren Einar Skoglund og Bjørn Martin Aasen

Det var ingen valg under årets årsmøte, og det sittende styre med Ivar Sønbo Kristiansen som formann fortsetter sitt arbeid på vegne av foreningens 766 medlemmer, en økning på 90 fra fjoråret ■

Forebyggende helsearbeid blant eldre: Hva kan vi vente å oppnå?

Av Berit Olsen
helsesjef i Hammerfest

Hva vi kan vente å oppnå vil naturligvis avhenge av hva målsettingen skal være med det forebyggende helsearbeidet blant eldre. Hva skal vi egentlig forebygge? - Vi kan jo ikke hindre at årene går. Men man kan ofte få det inntrykket at det er ønskelig å forhindre at folk blir gamle. Den holdningen vi har til eldre avsløres ofte i litteraturen, f.eks. kan vi lese: "Vi kan ikke gjøre noe med at folk blir eldre, men ...". Underforstått: Det hadde vært ønskelig å kunne forhindre det. Det å være gammel oppfattes som en negativ tilstand.

Vår vestlige kultur overser og ignorerer gamle, - som den overser og ignorerer døden. Vi frykter for å bli gamle, - derfor avviser vi gamle, - og derfor frykter vi å bli gammel: fordi vi blir avvist.

I engelsk-språklig sosiologisk litteratur har man introdusert begrepet ageism, for den typen stereotype oppfatninger av eldre som vi alle i større eller mindre grad huser, f.eks.: Gamle folk antas ikke å ha noe sexliv, ikke å ha glede av dans, moderne kunst, grove historier, glade fester, etc. (Ordet ageism er naturligvis en parallell til slike beskrivelser av stereotype holdninger som ordene rasisme og sexisme dekker, - dessverre er det ikke lett oversettelig til norsk.)

En god del av de hindringer eldre

folk støter på i sin livsutfoldelse, er betinget i slike sosio-kulturelle forhold. Det burde derfor være en viktig forebyggende oppgave å søke å endre samfunnets og familienes holdning til det å eldes.

De problemene vi finner hos eldre er ofte ikke betinget i alderen per se, men av et samspill mellom flere prosesser, som sykdom, tap av førlighet, - og ikke minst de sosiale konsekvensene av det å bli eldre, f.eks. utestegningen fra yrkeslivet, barna som blir voksne og flytter ut, tap av ektefelle eller andre nære kontakter o.l. Egentlig vet vi svært lite om de rent aldersspesifikke forandringene. Forskningen tyder på at det finner sted en lineær reduksjon i "organreserven" i vitale organsystemer med økende alder. Bare en liten del av den funksjonsnedsettelsen vi i praksis observerer skyldes aldringen, resten må tilskrives samspillet med de øvrige prosessene jeg har nevnt.

Den praktiske målsettingen for forebyggende helsearbeid blant eldre må derfor bli å forsinke denne reduksjonen i organenes reservekapasitet.

Det ser ut til at menneskets livslengde er fiksert. Og vi vet at kroniske sykdommer kan forsinke ved endringer i livsstil. Ifølge amerikaneren Fries (1) har dette viktige følger:

- Antallet meget gamle vil ikke øke (fordi den gjennomsnittlige livslengde er fiksert).

- Den tid et menneske må regne med å ha nedsatt førlighet vil avta (fordi den vil bli forsinket til like før dødens inntreden).

- Kronisk sykdom vil av samme grunn, innta en mindre del av menneskets totale livstid.

- Behovet for medisinsk hjelp vil avta fordi ingen medisinsk teknologi i overskuelig framtid vil være i stand til å gjøre mennesket udødelig. Det det vil være behov for, vil være pleie og avlastning i den korte perioden med sykdom og funksjonsnedsettelse like før døden inntreffer.

Fries forutser altså et mønster hvor en naturlig død etterfølger en naturlig livslengde hvor livet er fysisk, psykisk og intellektuelt fullverdig like til kort før døden, da alt raser sammen og reparasjon ikke lenger er mulig.

Sett fra et forebyggings synspunkt skulle dette kunne tilsi følgende strategi:

- Sjel om en kronisk sykdom ikke kan forebygges primært, så kan det kanskje være mulig å forsinke dens debut, kanskje til og med så mye at symptomterskelen ikke overtredes i løpet av livslengden.

Når det gjelder forandringer i fysisk førlighet, må vi spørre oss: Hva er det som gjør at den ene 70-åringen løper i fjellet og har stor reservekapasitet, mens en annen knapt nok kan bevege seg utendørs uten hjelp?

Vi vet ikke nok om de faktorer som påvirker aldringsprosessen. Og fordi vi vet så lite om den basale fysiologi ved aldring, blir mange av de diagnostiske og øvrige kriterier vi bruker i medisinen anvendt til å sammenligne forholdet: ung/gammel, - ikke forholdet: frisk gammel/syk gammel.

Men noe vet vi: I en svensk kohort-studie av 70-åringer (2) fant man funksjonelle forandringer i benmineraliseringen, lungefunksjonen og muskelstyrken, som var vesentlig mer uttalte hos røykere enn hos ikke-røykere. Disse forandringene ligner dem man ser ved aldring generelt, men røykere vil tydeligvis nå en klinisk relevant funksjonsnedsettelse på et kronologisk tidligere tidspunkt enn ikke-røykere.

På samme måte kan en tenke seg at ernæringsmessige uheldige forhold skulle kunne framskynde aldringsprosessen. Det er videre sterke grunner som taler for at ensomhet, - spesielt kombinert med fysisk og intellektuell inaktivitet, påvirker aldringsprosessen ugunstig.

Hvordan skal vi så gå fram for å forsinke reduksjonen i organfunksjonene?

Ettersom vi ikke kan - eller vil

- gjøre noe med den rene aldersbetingede funksjonsnedsettelsen (- jeg forutsetter at ingen vil ønske å rote med våre biologiske klokke for å forsøke å forlenge menneskelivet -), må vi angripe den funksjonsnedsettelsen som skyldes sykdom eller tap av forlighet, eller den som er betinget i de sosiale konsekvensene av aldringen.

Primær forebygging:

Med det forstås vi forebyggelsen av at sykdom oppstår. Og her er strategien ikke annerledes for eldre enn for andre aldersgrupper: - det dreier seg om livsstil. Røyking er alt nevnt. Spesielt hos eldre, er fysisk trening for å forbygge fall, og ikke minst; iatrogene sykdommer p.g.a. polyfarmasi og dårlig compliance.

Sekundær forebygging:

Hermed forstås vi tiltak som iverksettes for å forhindre at sykdom som er oppstått får anledning til å utvikle seg, dvs. tidlig diagnose og behandling, f.eks. igangsatt etter scenearbeidsundersøkelser. Effekten av slike screeningundersøkelser hos eldre er høyst omdiskutert.

I England har man flere steder såkalte Over Sixties Walk-In Clinics. Dette er klinikker hvor de eldre ved selv-seleksjon framstiller seg til undersøkelse. Utbyttet er mildt sagt magert. Det sier seg selv at de gamle som kommer er de friskeste, de mest ressursterke, de med et sosialt nettverk som passer på.

En annen form for masseundersøkelser av eldre er slike som ofte blir foretatt i forbindelse med en almenpraksis, hvor gjerne hele populasjonen over en bestemt alder i distriktet blir undersøkt. Også slike undersøkelser gir strengt tatt magert utbytte i forhold til kostnadene.

En tredje mulighet er å screene høy-risikogrupper blant eldre. Slike høyrisikogrupper er: de over 75 år, eldre som nylig har mistet ektefellen, bor alene eller har vist tegn til å isolere seg sosialt. Det er verdt å merke seg at når en ser på frekvensfordelingskurver ved forskjellige funksjonsnedsettelse i relasjon til alder, så har nesten alle slike kurver en angulær knekk ved 75 års alder.

Når det gjelder tap av ektefelle, så har Mellstrøm o.a. nylig vist i en stor studie fra Sverige (3) hvordan dødeligheten blant enke-menn 3 måneder etter konas død er

48% høyere enn for gifte menn i samme aldersgruppe. For enker var det tilsvarende tall 22%. Hovedårsaken til forskjellen var å finne i gruppen kardiovaskulære sykdommer, - en diagnose vi vet er notorisk upålitelig med stigende alder. Både alkohol- og tobakksforbruket var betydelig høyere i gruppen av enkemenn enn i gruppen av gifte.

Sett fra et rent nytte-kostnads-synspunkt er det klart at bare høyrisikogrupperne egner seg for screening. Det er imidlertid en del andre momenter som taler for en screening av hele populasjonen av eldre i et distrikt, kanskje ikke minst i den situasjonen vi i dag står overfor i kommunehelsetjenesten. Et praktisk eksempel fra mitt distrikt: I Hammerfest planlegger vi nå et nytt sykehjem. Allerede i planleggingsfasen vet vi at vi har flere pleiepasienter enn normen for sengetall tilsier. Kan det være slik at våre 70-åringer helsemessig er "eldre" enn gjennomsnitts-70-åringen i landet forøvrig? Har våre eldre høyere sykkelighet? Slike spørsmål har vi behov for å vite noe mer om når ressursene skal fordeles etter såkalte objektive kriterier.

Vi har altså behov for å vite mer om helsetilstanden blant våre eldre. Dette som feed-back både til helsetjenesten og til politikerne. Uten den informasjonen vi på denne måten kan få fram om helsa til eldre, vil det naturligvis aldri bli satt igang terapeutiske eller forebyggende tiltak, - og vi vil heller aldri få de nødvendige ressursene til det.

Slike screeningundersøkelser er også av betydning som en moralsk "booster": det er viktig at eldre ser at også deres problemer blir tatt alvorlig, og at de ikke er glemt av helsetjenesten.

Tertiær forebygging:

Dette går ut på å forhindre at fullt utviklet sykdom får gitt funksjonsnedsettelse, dvs. rehabilitering, i praksis. Ved akutt sykdom er det naturligvis tidlig diagnose og adekvat behandling som kreves. Ved kronisk sykdom vil det være viktig med kontinuerlig oppfølging: regelmessige kontroller, dvs. medisinsk overvåking, overvåking av pasientens compliance, moralsk støtte. Dernest er det av aller største betydning å motivere til fysisk trening. Husk at til og med i meget høy alder kan muskelstyrken bedres ved trening. All

kronisk sykdom hos eldre gir muskelsvinn, leddstivhet og ikke minst: nedsatt selvtillit og økt avhengighetsfølelse.

Hva kan vi så gjøre med de sosiale konsekvensene ved aldring?

Det kan ikke være tvil om at stereotype holdninger til eldre og hvilke aktiviteter det er "passende" for dem å delta i, bidrar til å passivisere og inaktivisere mange eldre. Derfor bør aktivt arbeid med utgangspunkt i holdningsendringer ha høy prioritet. - Og ikke bare for de eldres egen skyld, men for samfunnet som helhet: her går mye talent, initiativ og stimulerende tanker unødvendig tapt! ■

LITTERATUR:

1. Fries, J.F.: Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. *New Eng J Med*, 303 (1980): 130-5.
2. Mellstrøm, D. et al: Tobacco smoking, ageing and health among the elderly: a longitudinal population study of 70-year-old men and an age cohort comparison. *Age and ageing*, 11:45 (1982).
3. Mellstrøm, D et al.: Mortality among the widowed in Sweden. *Scand J Soc Med* 1982, vol.10, 33-41.



Legehuset i Hokksund - 15 års drift

Av Jørgen Jørgensen

Legehuset i Hokksund har tidligere vært omtalt i Legeforeningens tidsskrift (1) og i et skrift utgitt av British Medical Journal (2). Det kan derfor være av interesse med status etter 15 års drift. Da vi startet i desember 1968 var dette en nyskaping i Norge, og vi ble møtt av både skepsis og entusiasme. Hvordan har så

virkeligheten fart fram med våre og andres forventninger?

I utgangspunktet var vi 4 leger som ville være i almen praksis. Dette var ikke det vanlige i 60-årene, de fleste av våre studentkolleger ville gjøre karriere på sykehus. Selv om det ikke ble sagt, hadde almenpraktikeren nærmest et sekunda stempel. Vi ville være flere sammen i en praksis slik at vi fikk et faglig miljø å være i. Dessuten ville vi ha en ordnet arbeidstid og fritid. Det siste var viktig for oss. Ved at vår praksisform var dyrere, ville våre inntekter være lavere. Vi ville derfor prioritere fritid foran inntekt.

Vi mente også at befolkningen hadde et rimelig krav på

kontinuerlig legedekning, og dette ville være umulig for en lege å klare. Som gruppe ville vi til enhver tid ha en adekvat dekning om dagen, og samtidig klare en kontinuerlig kvelds- og nattevakt. Enkelte mente at vår form for praksis ville bli et slags supermarked hvor pasientene kom på samlebånd. Vi imotegikk denne innvending ved å holde på det klassiske lege-pasient forhold, og å oppmuntre pasientene til å holde seg til en fast lege. Leger er gjerne individualister og har ofte vanskelig for å samarbeide. Vi så en fare i konflikter mellom leger som arbeider så tett sammen, og vi ville derfor ta bort konkurransemotivet. Følgelig bestemte vi at alle skulle ha lik lønn. Enkelt sagt skulle vi betale alle drifts-

utgifter og så dele overskuddet likt mellom oss. Alle inntekter som vi hadde på arbeide utenom Legehuset, skulle også tilfalle vår felles praksisinntekt. Vi dannet Legehuset som aksjeselskap og gjorde oss selv til lønns-mottagere. Som bonus fikk vi da en statusorientert revisor som førte regnskapene og frigjorde oss fra det administrative arbeidet. I tillegg ville vi være menige uten en fast sjef over oss. Dette løste vi ved at en av oss var leder i gruppen ett år ad gangen, så overtok neste-mann i en evig stafett. Den som var leder skulle gjøre alt, fra vaktmesterarbeid til å representere oss utad.

RESULTATER

De 4 legene som startet Legehuset arbeider fortsatt sammen i all fordragelighet. I tillegg har vi tatt inn to leger som fulle med-eiere, en i 1972 og en i 1977, slik at vi nå totalt er seks leger. Dette er vel kanskje et rimelig antall i en gruppe, og vi ser ingen grunn til å øke utover det. Det har vært liten utskiftning blant våre medarbeidere, og tre av dem som opprinnelig startet med oss, arbeider fortsatt i gruppen. Selv om vi har både sykepleiere, fysiokjemikere og kontorutdannet personale som medarbeidere, har alle ansatte i prinsippet lik lønn. De får med årene vanlige tillegg for ansiennitet. Dette har gått bra særlig fordi vi tilbyr såpass god lønn at ingen taper på det.

Etterhvert har vi forstått at det kan oppstå konflikter mellom medarbeiderne eller mellom leger og medarbeidere. En av legene ble derfor tatt ut til å være personalsjef, og til gjengjeld fikk han slippe å gå inn i turnusen for leder av gruppen. Da det alltid vil oppstå problemer, har vi faste personalmøter hvor alle problemer eller ønsker blir tatt opp.

Selve bygningen har vist seg egnet for praksis. Det eneste vi har savnet er et toalett nær laboratoriet for urinprøver. Vi ble kritisert for at vi bygde for stort og flott, spesielt mente man vårt bibliotek var altfor fint! Virkeligheten har vist at vi tvert i mot fikk for liten plass. Biblioteket ble for lite etterhvert som vi ble flere leger og medarbeidere, og det ble for liten hylleplass til fagbøkene og ikke minst til tidsskriftene som stadig økte i antall. Vi fikk også behov for flere kontorer, og måtte derfor gjøre om biblioteket til kontorer og innrede

kjellerene til et dobbelt så stort bibliotek. Arkivsystemet ble utarbeidet av overlege Marstrand, og vi deltok i flere arbeidsmøter under utformingen. Systemet har vist seg egnet for praksis og har klart de 15 år meget godt.

FORSKNING

I stor optimisme og med ungdommelig overmot startet vi med to forskningsprosjekter. Dessverre endte det hele med at vi stanget hodet mot veggen uten å få fullført arbeidet. Det gikk mange år før vi ble med på forskning igjen, og da som deltagere i projekter lagt opp av andre. Vi lærte at for å fullføre et eget forskningsopplegg, må vi ha en dyktig veileder.

Veilederen må forutsettes å kunne:

- gi orientering om metodikk samt gi veiledning ved den praktiske gjennomføringen av oppgaven
- stimulere hver gang man blir motløs.

ETTERUTDANNELSE

Embedseksamen gir et grunnlag som må vedlikeholdes og stadig holdes ajour med ny viten. Vi startet ukentlige møter hver tirsdag mellom kl 1430 og kl 1600. Der tok vi opp:

- Referater fra engelske, tyske og amerikanske medisinske tidsskrifter.

- Kasuistikkene i New England Medical Journal. En av oss gjennomgår stoffet på forhånd og skriver et resyme som projiseres på overhead. Vi får også tilsendt dias av røntgenbilder og histologi.

- Den som leder gruppen sanker med farmasiens representanter, senere kan han legge fram relevante opplysninger for oss andre på møtet.

- Rent fagpolitiske saker.

Stort sett har vi holdt på med disse møtene gjennom alle år. I perioder har det gått noe tungt å samle folk, men etter selvkritikk har vi tatt oss inn igjen.

Vi ble almenpraktiker DNLF da denne graden kom, og det førte til øket deltagelse i kursvirksomhet. Den lege som deltar på et kurs, skal ved tilbakekomsten legge fram nye kunnskaper enten skriftlig eller i hvert fall muntlig.

Ledet av en psykiater har vi Balint-gruppe en gang i måneden. På de to timene drøfter vi vanligvis to pasienter.

Vi forsøker å holde en åpen dør også til utviklingen utenom den tradisjonelle medisin, og derfor har vi hatt samarbeide med kiropraktor fra 1972 og vi har brukt akupunktur fra 1979 i tillegg til den vanlige medisinske behandling.

Da moderne bedriftshelsetjeneste ble etablert i slutten av -70 årene, deltok 4 av legene på det nye grunnkurs for bedriftshelsepersonell. Fra 1978 har disse 4 legene arbeidet i den felles bedriftshelsetjeneste som ble etablert i vår kommune. Hver av legene bruker en dag til dette arbeidet, og det har blitt en velkommen avveksling i den daglige kurative rutine. Dessverre har vi fått beskjed fra Arbeidstilsynet at dette ikke kan godkjennes, en lege må ha bedriftslegearbeidet som hovedoppgave.

Vi kan forstå dette arbutementet når det gjelder store bedrifter, men ikke mindre bedrifter i en landlig kommune. En almenpraktiker vil kjenne både arbeidstagerne og deres familier. Han vil ofte ha disse som sine vanlige pasienter. Det er vår erfaring at særomsorger oftest er dårligere enn den omfattende og tidskontinuerlige omsorg en almenpraktiker kan gi.

Noen av oss er sensorer i skriftlige fag ved Universitetet. Dette vil vi anbefale for de som geografisk har mulighet for dette. For det første er det en fin måte å holde sine kunnskaper ajour på, og for det annet bør sensorene så langt det er mulig være aktive almenpraktikere.

KONKLUSJON

Til tross for at vi delte alt og hadde lik lønn, har samarbeidet gått forbløffende bra. Vi har ikke hatt grunn til å forandre på organisasjonsmønsteret i disse årene.

Hvis vi skal summere opp de viktigste erfaringer etter 15 års drift, blir det:

- Start ikke selvstendig forskning uten en god veileder.

- Den kontinuerlige etterutdannelsen er av vital betydning både for ditt medisinske nivå og dermed også for din selvaktelse. Vi vil alle gå lei periodevis, men vi må ta oss igjen! ➡

-Alle konflikter og problemer mellom leger og mellom leger og medarbeidere må taes opp i starten når de er små. Dersom problemene får vokse seg store blir de vanskelige å løse.

- Du må være åpen for selv-ransakelse og for andres kritikk.

Fremtiden er noe usikker. Det er vel sannsynlig at vi ender opp på fast kommunal lønn. Likevel vil de erfaringer vi har gjort være anvendelige innenfor et hvert lønssystem■

1. Tidsskrift for den Norske Lægeforening no. 14/15, 1969.

2. British Medical Journal vol. 4, 1969, side 737-740.

Legehuset i Hokksund Et apropos

□ Av prof. Chr. F. Borchgrevink

En omtale av legehuset i Hokksund er ufullstendig uten noen ord om innsatsen i studentundervisningen.

Fra første stund har Institutt for almenmedisin i Oslo benyttet seg av kollegene i Hokksund. Grupper av studenter har i slutten av studiets 5. år har i hver termin besøkt gruppepraksisen, blitt omvist og er blitt bespist. Diskusjonene mellom studentene og legene har vært både livlig og nyttig. Det er få, om noen, av de undervisningstilbud vi ga studentene som fulgte den gamle studieplanen, som er blitt så godt mottatt som ekskursjonen til Hokksund. I den nye studieplanen er dette tilbudet falt bort fordi studentene siden 1982 har vært utplassert 4 uker hos almenpraktiker.

Jeg er ikke i tvil om at gruppepraksisen i Hokksund har betydd en stor inspirasjon for studentene, og at den klart har virket positivt rekrutterende til almenpraksis generelt og til gruppepraksis spesielt. Gruppens leger fortjener stor takk for sin innsats■

Praksistjenester i almenmedisin

En studentevaluering på rim

□ Geir Jacobsen, amanuensis ved Universitetet i Trondheim, Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisin.

■ Det medisinske studium i Trondheim består av i alt 11 kliniske terminer, hver av 13 ukers varighet. Praksistjenesten i samfunnsmedisin (almenmedisin) omfatter i alt 4 uker, 1 uke i 1. (propedeutisk) termin og 3 uker i 9. termin som er den samfunnsmedisinske hovedtermin. Ulikt både Oslo og Tromsø har en valgt å la studentene konfronteres med almenmedisinsk hverdag og virkelighet fra første stund. Denne korte redegjørelse og situasjonsbeskrivelse fra Trondheim har også sammenheng med at en i Bergen nå er i ferd med å planlegge praksistjeneste som en obligatorisk del av studiet, og at en også der i sin helhet har tenkt å legge den til siste del av studiet.

Det er først og fremst praksistjenesten i propedeutisk termin som danner bakgrunn for dette innlegget. Når vi nå er i ferd med å sende 1.-termin kull nr. 20 ut i praksistjeneste, kan det være verdt å stanse opp et øyeblikk og minne oss selv og andre om den begrunnelse og de erfaringer vi har med denne tjenesten.

Først et par ord om selve opplegget: Det er satt av i alt 4 praksisdager i terminen. Dette kommer i tillegg til den teoretiske propedeutikk i samfunnsmedisin. Vi gjør i denne et poeng ut av at den teoretiske undervisning skal bygge opp under praksistjenesten som vi ved Institutt for samfunnsmedisin fremholder som det hovedsakelige

innslag i undervisningen.

Et annet poeng ved praksistjenesten er at den er delt i to: To dager foregår ved at studentene enkeltvis utplasseres hos en praktiserende lege i byen, den andre halvdel starter hos en distriktslege utenfor byen. Siste halvdel av praksisuken bytter studentene praksissted.

Hensikten med praksistjenesten formuleres i tre stikkord:

Sykdomspanorama, arbeidsrutiner og lege/pasientforhold. Vi mener at det er sider ved disse tre stikkordene som adskiller seg vesentlig fra en bypraksis til en landspraksis. Vi mener på bakgrunn av de årene vi har drevet denne praksistjenesten, at studentene har oppfattet disse forskjellige sider ved almenpraksis, uten at det ligger noen kvalitetsmessig vurdering i dette. Det er kun utslag av de mange ulike sider ved faget vårt.

Den "reisebyråvirksomheten" som vi på denne måten har vært nødt til å legge opp til, har vært meget omfattende og krever nøye planlegging og samkjøring. Utbyttet slik l. termins studentene evaluerer det, viser allikevel klart at den tid som går med til slik planlegging, er vel anvendt.

Uten et nært og positivt samarbeid med primærleger i regionens tre fylker (Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag), ville gjennomføringen av denne praksistjenesten vært umulig. Vi møter lutrer velvilje fra våre kollegers side. Det er vår oppfatning at almenpraktiserende leger i by og på land både er interesserte og egnede som lærere for medisinske studenter: Det er tydeligvis svært få som ser på undervisning av medisinske studenter i praksis som en belastning, snarere er det slik at kollegene ser på studenters tilstedeværelse som et positivt innslag i deres daglige virksomhet.

På tampen av det første tiåret med praksistjeneste i propedeutisk almenmedisin, er det som nevnt grunn til å stanse opp ved dette verdifulle bidraget til medisinerutdannelsen i Trondheim. Opplegget der studenten sitter som observatør ("flue på veggen") som en tredje-person i konsultasjonen, er meget særegen. Vi legger derfor stor vekt på å få formidlet tilbake til instituttet de inntrykkene studentene sitter igjen med etter avsluttet praksistjeneste. Studentenes erfaringer vil være svært ulikt det de opplever i 9. termin, der de i

langt større utstrekning blir satt til selvstendig arbeid under supervisjon.

Kjennskap til medisinske kunnskaper, ferdigheter og holdninger etter det tidlige møtet med praktisk almenmedisin, skal også virke som en motvekt og en faglig ballast til den sykehusorienterte medisin studentene møter i studiets øvrige kliniske terminer.

En av våre studenter har nedfelt sine tanker og erfaringer i en

skriftlig evaluering som her følger. Hun har velvilligst stilt den til rådighet, slik at også Utpostens lesere kan få innsikt i hva en medisinsk student tidlig i studiet sitter igjen med av inntrykk etter praksistjenesten. Det dreier seg om to separate innslag, det ene fra et legesenter i Trondheim, og det andre fra et distrikt på Nordmøre. Det er en blanding av rim og prosa. Det gjorde den ekstra interessant å lese for oss. Vi håper Utpostens lesere kan si seg enige i dette.

Her følger en medisinsk students nedtegnede erfaringer på bussen hjem etter endt praksisuke i propedeutisk termin:

"Det var spennende å være flue på veggen å se, hvor mye i livet en doktor hadde med. Han vil pasienten det beste, og skjønner de fleste.

Av og til må han være streng, og pasienter har han i fleng. Aldri er han sur - kan jeg få resept på slik energimikstur?

Alle på senteret yter sitt, uten at man tar det for gitt - jeg tror entusiasmen smitter litt!

Mange prøver tar han selv. Litt tid til forskning blir det lell ved siden av senterets styre og stell. De kunne trenge noen tell!

Noen diagnoser kommer her: Diabetes, temporalis arterit, vannkopper, asthma bronchiale og "prostatabesvær"?

Symptomer av ulike slag infiltrert i de sosiale lag var ikke så lett å behandle på en dag.

Da pratet legen lenge, det kunne pasienten trenge. Så fikk tid, pasient og lege gjøre sitt til å avklare situasjonen litt om litt.

Jeg fikk dannet meg et bilde av hva pasienten ville. Mange var forkjølet med det er det ikke så mye man har kunnet gjøre. Eldre menn har prostatabesvær deres damer mister lysten til å komme dem nær. Andre damer er gravide, de litt yngre trekker legen til side. De vil p-piller ha, men hvordan går det med vekten da?

Så må jeg ikke glemme hjertet, ryggen, blodet og magen. Vi prøver å behandle saken. Det er viktig å få pasienten med, de må også se - at flere veier kan føre til målet - men litt vondt må man ofte tåle. Men det er ikke noe farlig! De 100% er forsvarlig for pasienten å se så får kun legen de 1% regne med!

Jeg synes Pål Kristensen tok seg av meg på aller beste måte.

Storås er en aktiv mann
- og et stort smil har han.
Pasientene kommer og går,
Storås han ser og forstår.

En har vondt i en arm,
en annen har kul i en barm?
Så var det barn i vente -
kan hende blir det ei jente?

Livet passerer forbi.
Det er ikke alltid man kan si
hvordan utfallet av sykdommen vil bli
men litt trøst og hjelp på veien kan man kanskje gi.

Dagen etter var jeg med turnuskandidaten da Storås ikke har så mange pasientdager p.g.a. andre oppgaver som f.eks. leder i helseutvalget. Jeg synes det var fint å få med den mellomstasjonen som turnusåret er, ble imponert over hvor fort kandidaten hadde omstilt seg fra sykehusarbeid. Særlig det å kunne trekke kliniske slutninger av en sykdomsutvikling og få kontakt med pasientene, imponerte meg. Jeg fikk også være med på helsestasjon og i sykebesøk.

Det er vanskelig å få satt ord på alt som er forskjellig fra sykehusarbeid - men utplasseringen viste noen grunnleggende prinsipper om hva det å være almenpraktiker eller distriktslege er - og det visste i hvertfall jeg lite om på forhånd!

Alt praktisk klaffet - men jeg trengte en reisedag - og hadde trengt en overnatting til hvis full arbeidsdag, dersom jeg ikke hadde fått sitte på med en av de ansatte.

Lena."

annonse



JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING

söker

D I S T R I K T S L Ä K A R E

till både vikariat och tillsvidareanställning.

Det är främst direktionserna i Härjedalen och Strömsund som är i behov av läkare.

Landstinget ger möjligheter till goda fortbildningsmöjligheter för länets distriktsläkare. Efterutbildning erbjuds i form av bl a auskultation vid valfri klinik vid Östersunds sjukhus två månader per år.

Landstinget ser positivt på de läkare som genom projektarbete och forskning vill fördjupa och utveckla primärvården.

Landstinget hjälper till med anskaffning av bostäder.

Upplysningar lämnas för direktionserna i Härjedalen av personalassistent Calla Johansson, Svegs sjukhus, Box 19, 829 00 Sveg, tel: 0680/112 00 och för direktionserna i Strömsund av personalassistent Gertrud Nygren, Strömsunds sjukhus, Box 550, 833 00 Strömsund, tel: 0670/120 80.

VÄLKOMMEN MED DIN ANSÖKAN TILL RESPEKTIVE DIREKTION!



Perinatal omsorg

Ved Frode Heian

Fortsettelse fra
UTPOSTEN nr. 5/84

SENERE KONTROLLER

Videre kontroller tar sikte på å finne ut om svangerskapet utvikler seg innenfor normale grenser og å reagere hvis noe avviker. En må også gi akt på morens tanker og bekymringer. Fornuftig veiledning vil øke hennes psykiske velvære.

Revurdering av risiko

Noen forhold som kan dukke opp og tilsi skjerpet kontroll, er: blødning
tvilling- (fler)svangerskap
seteleie (etter uke 34)
mistanke om for langsom fostervekst
utvikling av høyt blodtrykk
utvikling av proteinuri
utvikling av hemokonsentrasjon
utvikling av diabetes

Organstatus

Hverken ødemer eller vektøkning ut over det "normale" spredningsområde er sykdomstegn med mindre de er ledsaget av blodtrykkshøyelse. Diuretika må ikke gis på slike indikasjoner, heller ikke diett med kalorireduksjon. Diuretika er i det hele tatt kontraindisert ved alle svangerskapsbetingede lidelser.

Obstetrisk status:

Symfyse- fundus avstand måles og plottes grafisk.
Fra ca. 20. uke noteres fosterleie.
Fosterlyd høres med trestetoskop fra 22 - 24 uke. Hvis uterus vokser normalt er Doppler - registrering unødvendig. Hvis uterus ikke vokser eller vokser unormalt er det grunn til henvisning.
GU med inspeksjon og eksplorasjon



„Gib doch endlich zu, daß du dich
verfloßen hast!“

er unødvendig etter første kontroll med mindre kvinnen har utflod, blødning, smerter eller andre plager som tilsier undersøkelsen. Kvinner som tidligere har født for tidlig bør undersøkes, men det er spesialistarbeid.

Prøver

Hb. og alminnelig urinprøve (protein, sukker) er de eneste som trengs i ukompliserte svangerskap. Utvidet urinprøve bør forbeholdes dem med symptomer.

Samtale/veiledning:

Personrettet, avhengig av om den gravide deltar i svangerskapskurs. Ved de siste kontrollene orienteres om forholdsregler når fødselen inntreffer. Gi råd om arbeid og permisjon.

MEDISINSKE FORHOLD SOM KREVER TILTAK

Toxoplasmoseinfeksjon gir risiko for fosterskade, men mulighetene til å påvise slik infeksjon er liten og effekten av behandling er tvilsom.

Rubella i første trimester gir risiko for fosterskade, og abort bør diskuteres.

Spor av glucosuri påvist ved stix tilsier ny undersøkelse i morgenurin noen dager senere. Hvis denne er normal, kreves ikke ytterligere prøver, i motsatt fall: snarlig henvisning. Ved sterkere utslag på sukker i første prøve bør pasienten henvises med en gang.

Rhesus og annen iso-immunisering Råd om ny prøve og evt. prøve av barnefaren vil som regel komme fra det serologiske laboratorium. Kontakt med avdeling som gjør amnionpunksjon med pigmentindex er nødvendig fra ca. 30. uke. Forløsningen må skje på avdeling med pediater som kan utføre utskiftningstransfusjon.

Blødning er et faresignal. I første trimester er ingen behandlingstiltak effektive, Sengeleie i 1 - 2 dager tilrås. Senere vil moderat aktivitet neppe influere på prognosen.

Hvis blødningen stanser uten at det blir abort, er det økt sjanse for for tidlig fødsel.

Blødning i 2. trimester tilsier henvisning, evt. innleggelse, i 3. trimester innleggelse som øyeblikkelig hjelp.

Vær obs på blødning også av ikke-graviditetsbetingede årsaker.

Hypertensjon

Utvikling av hypertensjon under svangerskap er et alvorlig tegn. Preeklampsi kan ha alle grader, den kan gå over i stasjonær fase eller progredierte, og progresjonen kan være rask eller langsom. Prognosen er dårligst når BT stiger kort etter 20. uke. Tilstanden går aldri tilbake under svangerskapet, all behandling er symptomatisk og vil i beste fall bare forsinke utviklingen. Fostret trues av næringsvikt og i verste fall døden, moren trues av proteintap med ødemutvikling, metabolske forstyrrelser, i verste fall hjerneforstyrrelser med kramper (eklampsi) og døden.

Ved stigning av BT til over 140/90 eller ved stigning av det diastoliske trykk på over 15 mm.Hg: henvisning til spesialist.

Ved preeklampsi har serum-urat vist seg som en god indikator på morens nyrefunksjon. Serum-urat over 300 mmol/l. etter 30. uke viser at tilstanden er alvorlig og tilsier øyeblikkelig sykehusinnleggelse.

Mistanke om redusert fostervekst: Vær i tillegg til preeklampsi obs. på mindre dramatiske årsaker som hemokonsentrasjon hos moren, storøkende mor, lav eller manglende vektøkning.

Placenta-funksjonsprøver kan være veiledende. (Østriol eller HPL avhengig av det aktuelle laboratoriet - i praksis er det ikke nødvendig å bruke mer enn en av dem)

Henvis til ultralydundersøkelse.

Flersvangerskap:

Fare for for tidlig fødsel og økt risiko for perinatal død og sen-skade. Mødrene får oftere preeklampsi.

Tidligste mistanke om flersvangerskap fås ved rask uterusvekst.

Kontroll ved spes./obst. poliklinikk fra 20. -24. uke. Liberal med sykemelding. Svangerskapspermisjon fra senest 6 uker før termin. Fødsel planlegges på spesialavdeling med tilgang til perinatisk service.

Fosterleie:

Påvist seteleie i uke 34 og senere tilsier henvisning. Ved setepresentasjon etter uke 36 skal rtg. bekken med mål tas sv alle para 0 og av alle para 1+ med tidligere fødsel av små barn (under 3000 g) hvis rtg. ikke er tatt før. Forløsning på spesialavdeling. Prognosen er bedre ved keisersnitt enn ved vaginal fødsel.

Ved tverrleie etter uke 34: henvis spesialist/ obstetriske poliklinikk.

Anemi

Denne diagnosen misbrukes, og mange gravide med denne merkelappen engster seg unødig på grunn av en helt fysiologisk hemodilusjon. Det er viktig å opplyse om at normal blodprosent i svangerskapet avviker sterkt fra den ikke-gravid normale. Ekte anemi hos en gravid kvinne som tar jern er meget sjelden. Hvis det diagnostiseres, kan det bety en alvorlig tilstand som trenger utredning av indremedisiner.

Det fysiologiske fallet i Hb er maksimalt ved 25. - 30. uke, og det normale (eller optimale) er



da 11 - 12 g/dl. Så lenge det ikke er jernmangel eller spesifikke sykdommer har lav Hb (også lavere enn 11) ingen uheldig virkning på svangerskapet, snarere tvert i mot.

Hb over 13 ved 30. uke og over 13,5 ved 35. uke (hemokonsentrasjon) er tegn på truende underernæring for fosteret og truende trombosekomplikasjoner hos moren. Dette tilsier spesialistundersøkelser (ultralyd, østriol, HPL). Hvis moren røker og samtidig har hemokonsentrasjon er prognosen for fosteret enda alvorligere.

Jernbehov:

Gravide har behov for mer jern enn vanlig kost gir. Uten jerntilførsel tappes først lagrene, så vil Hb konsentrasjonen synke som tegn på jernmangelanemi. Lagrene hos den enkelte når hun blir gravid, er sjelden kjent. Hb ved første kontroll er en grov indikator. Serumferritin gir det beste mål for depotstatus. Dette kan brukes hos dem som mistenkes for jernmangelanemi etter nedenstående regler:

Før 20. svangerskapsuke er det nødvendig å ta jern for dem som har 11 g/dl. og høyere Hb

v/første kontroll. Er Hb under 11 anbefales 100 mg. jern dgl. Etter 20. uke bør alle ta jern. Hvis Hb er >11 g/dl gis 100 mg. jern annenhver dag. Er Hb <11 tas SeFerritin. Hvis den er under 10 mikrog./l gis 100 mg. jern 1-2 ggr. dgl., hvis 10 eller høyere: 100 mg. annenhver dag.

Gravide som tar jern vil ved termin gjennomsnittlig ha 1 g/dl høyere Hb enn de som ikke tar jern. Det er likevel viktig å være klar over at hensikten med jerninntak ikke er å heve blodprosenten, men å etterfylle jerndepotene.

SPESIELLE UNDERSØKELSESMETODER

Ultralyd.

Det er ikke tilstrekkelig dokumentert at screening med ultralyd er så nyttig at den kan anbefales som rutine. Inntil videre bør ultralyd gjøres på henvisning, etter følgende retningslinjer:

Før 16. svangerskapsuke: enkelte tilfeller av blødning mistanke om ektopisk svangerskap, blæremola). I tilslutning til

genetisk veiledning før amnionpunksjon

I 16. - 20. svangerskapsuke:
For terminberegning ved helt usikker menstruasjonsdatering og ved klart misforhold mellom størrelsen av uterus og antatt svangerskapslengde. Det vil også avsløre flersvangerskap.

Fra 20. svangerskapsuke:
Serieundersøkelser ved mistanke om patologisk (for langsom) fostervekst, med 2 - 3 ukers mellomrom.

Ved mistanke om placenta praevia, enten pga. blødning eller fordi forliggende placenta er påvist tidlig i svangerskapet.

Fra 36. svangerskapsuke:
Bekreftede avvikende fosterleie. Anslå fosterets størrelse ved seteleie eller når det er spørsmål om keisersnitt ved relativt mekanisk misforhold.

Ellers på helt spesielle indikasjon som mistanke om misdannelser, dødt foster o.l.
Terminberegning ved ultralyd etter ca. 28. uke lar seg ikke gjøre med noen grad av sikkerhet.

Røntgenundersøkelse

Når den diagnostiske nytte er uomtvistelig, er røntgenundersøkelse av gravide ikke kontraindisert. Bilder som ikke omfatter buk og bekken vil ikke affisere fosteret med ioniserende stråler.

Rtg. bekken med mål bør forbeholdes følgende grupper:

Ved seteleie etter 36. uke: Alle para 0 og alle para 1+ med tidligere fødsel av barn med vekt under 3 000 g. Tilsvarende ved tverrleie.

Hos para 0 med høyt, bevegelig fosterhode etter uke 37.

Gravide av kroppshøyde 154 og lavere, såfremt de ikke har født normalvektige barn per vias naturales tidligere.

Elektroniske prøver

Kardiotokografi er simultan elektronisk registrering av forsterhjertets aktivitet og riene.

Ved "Non-stress test" eller aksellerasjonsprøve undersøkes hvordan forsterhjertets reagerer når fosteret sparker, slik moren kjenner det.

Utføres ved:

- Mistanke om placentasvikt etter 30. uke
- Mistanke om fostervakstretardasjon etter 30. uke
- Vurdering av overtidig svangerskap.



Fødestol fra forrige århundre

"Stress-test" er samme type undersøkelse, men her gis en lav oxytocinose for å fremkalle rier. Gjøres ved tvil om tolkingen av "non-stress test" eller der man er usikker på om fosteret vil tåle en vaginal fødsel.

Tiltak begrunnet i sosiale forhold.

Tiltak som velges avhenger av problemet. Det kan være snakk om hjemmebesøk, støttekontakt, økonomisk støtte, mødrehjems plass, avhjelpe språkproblemer. Det er et økende behov for slike tiltak, spesielt i større byer.

Kontakt med fødeinstitusjonen

Det vil minske usikkerhet og spenning om den gravide får kontakt med fødeinstitusjonen i løpet av svangerskapet, f. eks. ved innkalling til forhåndsjournal og omvisning ved jordmor, der svangerskapskursene ikke skjer i regi av fødeavdelingen.

Gravide med risikopreg må sterkt tilrås å føde på spesialavdeling med mulighet for pediatrik service. Planlegging av reise og evt. opphold nær fødeinstitusjon de siste dagene før forventet fødsel må diskuteres og planlegges ved de siste svangerskapskontrollene.

Legen sender søknad om plass med kopi av svangerskapsjournal ved ca. 30. uke.

Henvisning ved overtidig svangerskap:
Overtid (etter 42. uke) tilsier henvisning til fødeavdelingen.

FØDSELSFORBEREDENDE KURS

Formålet med kursene er å gi kunnskap og opplysning om svangerskap, fødsel og barseltid slik at kvinnen (foreldrene) får økt trygghet for det som skal skje. Det er naturlig med et samarbeid mellom jordmor, fysioterapeut og helsesøster. Jordmor organiserer kursene, er ansvarlig leder og gjennomgående underviser. Hvert kurs bør ideelt sett omfatte 8-10 gravide. Fedre må få adgang. Kursene organiseres over 8-10 ganger, hver av 2 timers varighet. Første kursdag bør holdes tidlig i svangerskapet (10. - 12. uke), siste to ggr. etter fødselen som barselkurs.

Følgende temata gjennomgås:

Omtale av graviditet, fødsel og barselperiode

Hygiene, mentalhygiene, ernæringsfysiologi.

Trygder og andre hjelpetiltak, lover og forskrifter.

Mødre gymnastikk i tilslutning til teoretisk undervisning. ➡

Spebarnstell, ernæring, amming. Besøk ved fødeavdeling hvis praktisk mulig.

STRUKTUR

Lege ved helsestasjon/ almenpr. lege er den medisinske ansvarlig. Lege som skal drive svangerskapskontroll må ha spesielle kvalifikasjoner og høvelig pasienttilgang avhengig av lokale forhold. Jordmor kan ved siden av det generelt forebyggende arbeid overta noen av kontrollene og i nødvendig utstrekning ta hjemmebesøk hos enkelte gravide. Helsesøster tar først og fremst hjemmebesøk etter fødsel, men også før fødsel i distrikter uten jordmor.

Annenlinjepersonell kontrollerer risikosvangerskap, evt. i samarbeid med primærlege.

Psykolog og sosionom kan i spesielle tilfeller delta i svangerskapsomsorgen.

Jordmor ved fødeavdeling, som ikke er i førstelinjetjenesten,

bør likevel være med, ved å ordne forhåndsbesøk og omvisning.

Lokaler

Lokalene må være egnet til formålet. Det må være mulighet for avskjermet av- og påkledning. Kontoret må ha gynekologisk undersøkelsesbenk med god lyskilde, samt benk til undersøkelse i flatt leie.

Jordmor bør ha eget kontor, helst vegg i vegg med legen.

Utstyr ut over det vanligste som alle legekontor har, er unødvendig. Ultralydapparat til påvisning av fosterhjerteraktivitet ved Dopplertechnik er mer til trøst og glede enn til medisinsk nytte.

Svangerskapsjournalen

bør innpasses i et system for medisinsk registrering av fødsel og forebyggelse av handikap og bør være standardisert og godkjent av Helsedirektøren.

Et eksemplar må alltid finnes på legens kontor, jfr. legelovens

påbud om oppbevaring av journal. Journalen må utfylles og føres fullstendig, slik at også "negative opplysninger kommer frem.

Organisering av arbeidet

Fast timebestilling som sikrer kort ventetid er viktig. En halv time til første kontroll og 15-20 min. til senere er minimum avhengig av rutiner og arbeidsdeling.

Selv om det er flere personellgrupper med i arbeidet, gjelder prinsippet om samme lege/jordmor for samme pasient.

Kontakt med spesialist, poliklinikk, fødeavdeling og laboratorier må være godt etablert.

Oversikt over aktuelle kurs, likeså brosjyrer og trykt informasjon om medisinsk og praktisk art, og oversikt over populærlitteratur om svangerskap, fødsel og amming er viktig.

annonse

Korttidsstilling for almenpraktiker ved Det Norske Radiumhospital

Landsforeningen mot Kreft har bevilget midler til korttidsstillinger for almenpraktiserende leger ved Det Norske Radiumhospital. Det er bevilget midler til fire korttidsstillinger á tre måneder for 1985, og alle stillingene er lagt til alminnelig avdeling, Det Norske Radiumhospital.

Det lyses herved ut fire korttidsstillinger á tre måneder med tiltredelse henholdsvis 15. februar, 15. mai, 15. august og 15. november 1985.

Hensikten med tjenesten er å gi den almenpraktiserende lege innsikt i onkologisk virksomhet og å bedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og institusjonene innen dette feltet. Det er utarbeidet en målbeskrivelse for tjenesten.

Stillingen er lønnet i lønnstrinn 22, og tjenesten teller både i videre- og etterutdannelsen til Almenpraktiker Dnlf.

Nærmere opplysninger om stillingene kan gis av professor Herman Høst, Det Norske Radiumhospital, tlf. (02) 55 40 80 eller stipendiat Magne Nylenna, Institutt for almenmedisin i Oslo, tlf. (02) 56 37 80.

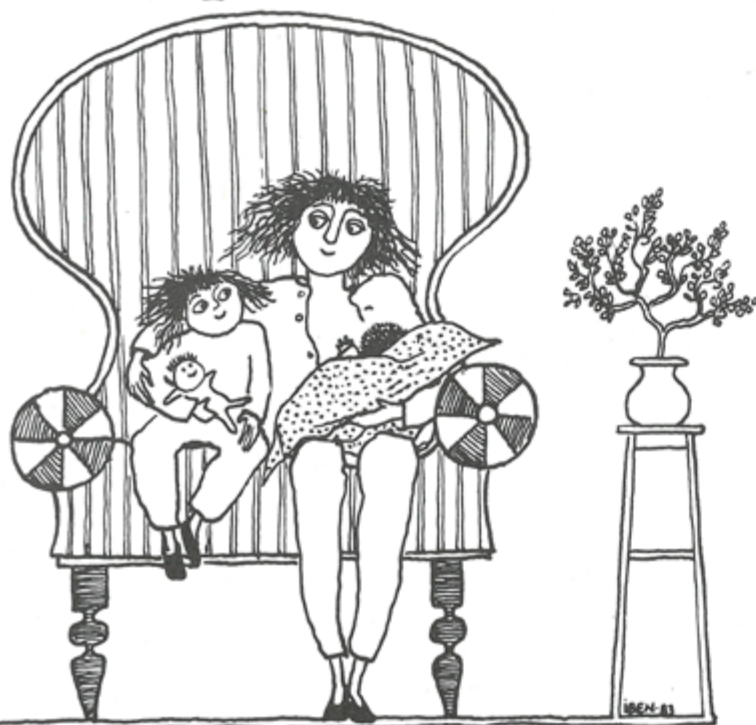
Søknad med angivelse av ønsket tjenesteperiode, evt. prioritering av de forskjellige alternativer og tidligere tjeneste i almenpraksis og sykehus, samt motivasjon/behov for tjenesten bes sendt Norsk selskap for almenmedisin, Fredrik Stangsgate 11/13, 0264 Oslo 2, innen 15. november 1984.

annonse

MEDISINSKE BERETNINGER FRA VÆRØY OG RØST
av Gunnar Telnes

Boken gjengir og diskuterer legenes samfunnsmedisinske rapporter til myndighetene de siste 70 år. Den viser også hvordan kunnskap om distriktenes medisinske historie kan utnyttes i planlegging av dagens kommunehelsetjeneste. 300 s.. Rikt ill.. Kr. 94.-. Kan bestilles fra Forlaget Lofotboka v/ Dag Sørli, 8020 Værøy.

Ypperlig om amming



Ved helsesøster i Tingvoll, Ingeborg Skjelstad Husby
og kommunelege Frode Heian

Perioden i 50- og begynnelsen av 60-årene var ukritisk positiv til alt industriframstilt, også spedbarnsmat. Mye av dette har holdt seg, men fra slutten av 60-årene vokste det fram en økende erkjennelse av morsmelkens verdier og ammingens betydning.

Spesielt med Elisabet Helsings "Boken om amming" fikk denne erkjennelsen et kraftig puff framover. Den var (da som nå) en god lærebok for alle som befattet seg med svangerskapskontroll og helsestasjonsarbeid, og mange vordende og nybakte mødre fant i den nyttige råd og moralsk støtte til å amme. Framveksten av amnehjelpen i kjølvannet av denne erkjennelsen var nok også båret fram av den voksende kvinnebevegelsen.

Likevel er det merkelig mange vordende mødre som ikke er særlig motivert for amming, og det er merkelig mange av personalet på barselavdelingene som har et ukritisk forhold til det å gi tillegg ved minste tegn på problemer med ammingen.

Kanskje har amnehjelpen mange steder også litt lavere aktivitet nå enn for 10 år siden.

Derfor er det et gledelig og imponerende at en lokal amnehjelpsgruppe (i Lærdal) utarbeider en "Studiesirkel og arbeidsbok om amming".

Innholdsmessig bygger den på Elisabet Helsings bok, men i formen er den lagt opp som en studiesirkel. Det er morsomt å se hvordan stoffet da blir på en

helt annen måte direkte og tilgjengelig. I "lærebokteksten" er det stadig flettet inn spørsmålstillinger som oppfordrer til diskusjon og ettertanke, og sidene er myket opp med dels artige, dels instruktive illustrasjoner.

Heftet er bygget opp over 4 kapitler: graviditet, fødsel, hjemkomst og "vegen videre".

Vi har ikke fått prøvd studiesirkelen i praksis ennå, dessverre, selv om den absolutt innbyr til det. En betenkelighet som melder seg hos oss er at den kanskje krever vel mye tid. Det er lagt opp til 5 møter over studiesirkelen og det er vel mye tatt i betraktning at det også er andre tema av viktighet i denne perioden. Men det skal innrømmes at heftet legger opp til diskusjon ikke bare om ammingen i seg selv. Friske diskusjoner om rollemønstre, arbeidsliv og graviditet, oppdragelse og søskenjalousi vil utvilsomt blomstre under gjennomgangen av heftet, og det danner et ypperlig utgangspunkt for gruppe/diskusjonsvirksomhet videre i sped- og småbarnsalderen.

Heftet anbefales på det varmeste.

Amnehjelpa i Lærdal:
"Studiesirkel og arbeidsbok om amming".
45 s.

(Utgitt med støtte fra Statens Ernæringsråd/Sos.dep.)

"Ta et par globoid og ring meg i morgen"

Av ass. overlege Carl
Ditlef Jacobsen
Sentralsykehuset i Akershus

■ Mennesket er irrasjonelt. Dette har filosofer og tenkere grublet over i flere tusen år. Og så er vi så forferdelig inkonsekvente med et sektorsyn for hva som interesserer oss og med svære synsfeltdefekter for hva som kan befinne seg utenfor vår interessesfære. Her bruker vi kollosalt av energi og ressurser på å sikre oss bra drikkevann og matvarer uten skadelige tilsetninger (og bra er jo dette), samtidig som vi med vitende og vilje tyller oss i cellegiften alkohol og drar vel 4000 farlige substanser fra tobakken ned i lungene. Når vi så våkner opp dagen etter med hodepine og en ånde som kunne gjøre hele boligblokka myggfri i lang tid, heller vi innpå med noen nye giftstoffer: acetyl-salicyl-syren, -heretter forkortet ASA.

Det er denne siden av livsstilproblematikken jeg skal belyse nå. Det har gått opp for meg at som helsearbeider er man bemyndiget som renovasjonsarbeider. Samfunnet blir mere og mere forurenset. De verste miljøforurensningskilder er nok alkoholen og tobakken, selv om røykende miljøvernere prøver å få oss til å tro at det verste er bil-

Mystisme og åndemåning er fortsatt en del av skolemedisinen:

Bare tenk på denne mystiske 21 x 9,5 cm papirlappen som vi fortrøstningsfullt dytter i hendene på pasienten. Det rablet vi har prestert på denne lappen er knapt leselig og i svært mange tilfelle vet vi at den forskrevne medisin er i beste fall uvirksom. "Pasienten venter å få en medisin", eller "har slik tro på medisin" er argumenter som var god medisinsk takt og tone før i tiden, men som man i dag burde arbeide seg bort ifra. La oss få rasjonell, vitenskapelig fundert pasientbehandling. La oss bruke tid på å gjenspeile pasientens respekt og tillit til egen organisme og spesielt vise ærefrykt for dette fantastiske skaperverk. La oss slutte med å bidra til fortsatt kollosalt medikament-overforbruk. NIL NOCERE må igjen bli god latin!

Trenger vi ASA?

Vi trenger et utvalg av fritt kjøps analgetika/anti-pyretika, og mange vil mene at ASA er et av de beste, når man bare ser på den symptomatiske virkningen. Noen barneleger vil hevde med styrke at vi trenger litt ASA til barn med truende feberkramper, selv om paracetamolgruppen virker like bra. Andre vil nok mene at det er tilstrekkelig med effektiv kroppsavkjøling og væsketilførsel. Polyartrittpasienter må nok ha ASA i perioder, men la oss da motivere dem til å bruke enten mikrodrasjerte tabletter eller enterosolubileformen, - samtidig som vi instruerer om riktig bruk: tas med melk eller til måltid og skal aldri tas slik at de kan bli liggende i øsofagus. Det er en fordel å bruke rectal supp.-formen av ASA. Også polyartritt-pasienter kan ta paracetamol, - dette gir atskillig mindre sjanse for bivirkninger. Vi (et utvalg oppnevnt av Bivirkningsnemnda) foreslo for noen år siden at store pakninger (f.eks. 100) av ASA burde reseptbelegges og at paracetamol burde frigis. Det vi oppnådde var at 20 pakninger av sistnevnte ble friggitt for salg over disk. Et viktig spørsmål å stille er om de vanlige tablettformene av ASA som Globoid, Dispril, Magnyl, Licyl, Novid, Alka-Seltzer, Acetylsalicylsyre NAF fortsatt har sin berettigelse. Hvorfor ikke konsekvent velge preparatformer som gir minst mulig sjanse for ventrikkel/øsofagus-etsing?

Hvilke bivirkninger gir ASA? ➡



trafikken. Et stykke nede på listen over vårt siviliserte samfunns forurensninger kommer det overdrevne medikamentforbruket, særlig da "over-the-counter analgetics".

Hvordan har det blitt slik?

Bayer, med sitt Aspirin i 1917, så snart de enorme inntekter som lå i dette analgetikum og anti-pyretikum. Markedsføringen ble ført slik det seg hør og bør: med løgn og fanteri. Eksempel: "It always helps, it never harms" eller "Genuin aspirin can't hurt anybody". I Norge var det tilslutt ingen som ikke visse om navnene "Aspirin" eller "Globoid". Selv om norske produsenter kanskje ikke reklamerte med at midlet var helbredende på febersykdommer, så ble det ihvertfall tilslutt en oppfatning hos folk flest at: dette var noe alle burde ta for å bli fortere frisk. Mange mødre anså det som en dødssynd overfor det febersyke barn ikke å gi det en halv Globoid eller Dispril. Man er liksom ikke en god mor uten å "ha gjort alt som er mulig for sitt syke barn". Legene selv tilba disse fritt kjøpsmidlene. Globoiden ble en slags reservedoktor som trofast trådte til og ga trygghet når legen vaklet utslitt hjem etter en lang dag eller ble vekket om natten (derfor overskriften på denne artikkelen). Vi støttet flott oppunder bedraget: "Sørg alltid for å ha

Aspirin eller Globoid i medisinskapskapet", sa vi til de mange engstelige og nevrasteniske.

Så begynte skepsisen å våkne:

Bivirkningsmeldingene ble flere. Midlene var slett ikke uskyldige og firmaene forsto tidlig at også dette kunne utnyttes i markedsføringen. De laget "mere skånsomme" tablettformer og "bufrede" preparater. (En parallell til dette med filter-sigarettene). Heldigvis var det noen med logisk sans som begynte å stille seg spørsmålene: Hva skal vi egentlig med ASA? Er disse preparatene virkelig nødvendige? Samtidig kom det mindre farlige stoffer på markedet. Men det prinsipielt viktige spørsmål er og blir:

Kan vi ikke stort sett greie oss uten slike midler?

Svaret er ubetinget et kraftig JA. Her ligger mye av livsstilsproblematikken: For det første bør vi mennesker kunne tåle å ha banale plager som vi vet er spontant forbigående, og for det andre er det uhyre viktig å vekke til live igjen respekten og tilliten til kroppens egen evne til å rydde opp i funksjonsforstyrrelser. Jeg har også lyst til å provosere mine ærede kolleger med å si:

Det kan idag slås fast at ASA gir atskillig flere bivirkninger enn andre reseptfrie analgetica, paracetamol inkludert. De toksiske skadene av paracetamol er alvorlige, men når det gjelder barn er nok ASA-intoksikasjonene vel så alvorlige.

De vanligste bivirkninger er fra øvre gastrointertinaltractus i form av lmkal etsvirkning av slimhinnen, dels oppblussen eller forverrelse av vanlige ventrikel/duodenalsår. Vi må passe på å holde disse to sårtyper fra hverandre: etssårene finner vi typisk i antrum og er overflatiske små røde erosjoner som kan småblø. I geriatrien er det vanlig å se at det kan utvikle seg symptomfattig jernmangelanemi p.g.a. regelmessig inntak av ASA som har forårsaket småblødninger overlang tid og kanskje samtidig insuffisient kosthold. Det er viktig å minne om at disse etsskadene i ventrikel eller øsofagus behøver ikke pasienten å merke noe til, og det samme kan gjelde ulcus ventriculi, som ofte bare gir vage og høyst ukarakteristiske symptomer. Det er bare serosiden i magetarmkanalen som kan registrere smerte, vi kan f.eks. med diatermi fjerne store polypper i ventrikkelen og etterlate store sårflater hvor pas. ikke kjenner det ringeste. Altså: når det heter seg at ulcuspasienter ikke skal ha ASA, så ignoreres det faktum at endel ulcuspasienter slett ikke er klar over sin ulcustendens. Gelv om man bruker de mest skånsomme tablettformene, eller eventuelt stikkpiller, vil likevel absorbert ASA gi den generelle ulcusaktiverende effekt som også andre antiflogistica har.

ASA har (avhengig av dose) en hemmende effekt på trombocyt-funksjonen og gir derfor blødningsfare. Dette sammen med aktivering av ulcus er en svært vanlig acutt situasjon ved en gastroenterologisk avdeling. Hemningen av hemostasen viser individuelle variasjoner, men dette er faktisk enda ikke tilstrekkelig undersøkt. Folk med kanskje lett grad av hemostase-svikt (congenitt eller akvirert) som de ikke selv er klar over kan få en mere markant skade av den primære hemostase. Alkohol og ASA sammen er en meget uheldig kombinasjon i denne sammenheng.

Astmatikere skal ikke ha ASA. Det anføres i noen arbeider at det bare er ca 30% som reagerer uheldig på ASA. Virkningen skyldes den bronchospastiske effekten av ASA (via prostaglandinsystemet). At de fleste

kanskje vil tåle en og annen Globoid er ingen unnskyldning for å gi det. Skal man være nødt til å ta slike sjanser, bør det være med livsviktige medikamenter. Husk at selv en meget liten dose ASA til en astmatiker kan gi betydelige bronchospasmer, og at dødsfall har vært beskrevet som følge av dette.

Gravide nær terminen skal ikke ha ASA, fordi det hemmer rivirkningen og fordi hemostasen hemmes. ASA kan som andre prostaglandin-hemmere passere placenta og bl.a. gi årsak til for tidlig lukking av ductus arteriosus hos barnet. Hvorvidt ASA i langvarig bruk kan gi nyreskade er nok noe omdiskutert, men i en ny artikkel i Am.J.Med. mars 84 om analgetic nephropathy hevdes det at denne tilstanden er underdiagnostisert og at det gjelder særlig langvarig bruk av kombinasjonen ASA og phenacetin, hvor ASA spiller den viktigste rolle. Reyes syndrom hos barn er det fortsatt mye uvisshet om, men mange fraråder bruk av ASA til barn med virus/ feber-sykdommer av den grunn. De rent allergiske/idiop-syncratiske reaksjoner på ASA er sjeldne. Oftest dreier det seg om hudreaksjoner. Jeg husker spesielt en dame som hadde tatt 4 Dispril for influensa. Hun fikk en svær reaksjon med feber og pustuløs hevelse i begge hender. Behandlingen var svært effektiv og enkel: seponering og instruks om aldri å bruke ASA mere. ASA har et betydelig interaksjons-potensiale, mest kjent er vel forholdet til perorale anti-koagulantia.

Restriksjoner på omsetning av ASA

Gjennom Bivirkningsnemnda og Statens Legemiddelkontroll oppnådde vi tilslutt at små pakninger paracetamol ble frigitt for salg uten resept, og det kom strenge krav til markedsføringen av ASA. I reklamen står det nå uttrykkelig at det må utvises forsiktighet ved magebesvær og ved astma. Dessuten skal det itl alle pakninger være en advarselstekst. Apotekets informasjons-brosjyre om reseptfrie smertestillende midler er også blitt atskillig bedret. Etter mitt skjønn trenger vi enda flere restriktive virkemidler. Fortsatt omsettes det over 80 tonn av ASA per år i Norge, og det er bare en svak tendens til at det skiftes over til paracetamol og andre midler.

Hvilke råd gir vi så til pasientene og publikum om bruk av ASA?

Med vår nåværende viten skulle dette være greit:

1. Det aller meste av dagligdagse, forbigående, banale plager som forkjølelse, influensa, ryggleddsmarter, menstruasjonsmerter, hodepine og tannverk trenger ingen medikamentell behandling. Det er helt feilaktig å tro at ASA forkorter et slikt sykdomsforløp eller at det skulle påvirke disse banale tilstander på gunstig måte. ASA er bare et symptomatisk virkende middel. Kroppen selv har en vidunderlig evne til å ordne opp i plagene uten vår inngripen. Man bør kunne tåle å være småplaget noen dager uten å måtte gripe til lindrende midler.

2. Må man absolutt ha et smertestillende eller febernedssettende middel, kan man ta paracetamol eller phenazonpreparat.

3. Må man likevel bruke et ASA-preparat bør det velges enten som rectal stikkpille, eller hvis peroralt: mikrodrasjert eller enterocoated.

4. Ved fare for feberkramper hos barn bør man heller prøve adekvat avkjøling og paracetamol.

5. ASA har mange typer bivirkninger som alle brukere bør kjenne godt til. Les apotekets brosjyre.

6. Ta aldri ASA på tom mage. Drikk melk til. Spesielt er det viktig å drikke godt til hvis tabletten tas ved sengetid.

7. ASA må oppbevares utilgjengelig for barn.

Litteratur:

Det er tallrike publikasjoner om ASA og lettere analgetica. Særlig er det mange om ASA-bivirkninger. Her er noen utvalgte:

L.F. Prescott i "Side Effects of Drugs" vol 8: Antipyretic analgetics pp 154-191. (Side effects of drugs er et stort oppslagsverk om legemiddelbivirkninger).

Editorial i Brit. Med. J vol 282, p. 91, 1981: Aspirin and stomach.

Aspirin Myocardial Infarction Study Research Group: A Randomized controlled trial of aspirin in persons recovered from myocardial infarction. JAMA vol 243, 661, 1980. Dette er en stor prospektiv undersøkelse hvor også bivirkningene av den lille dose

ASA ble fulgt.

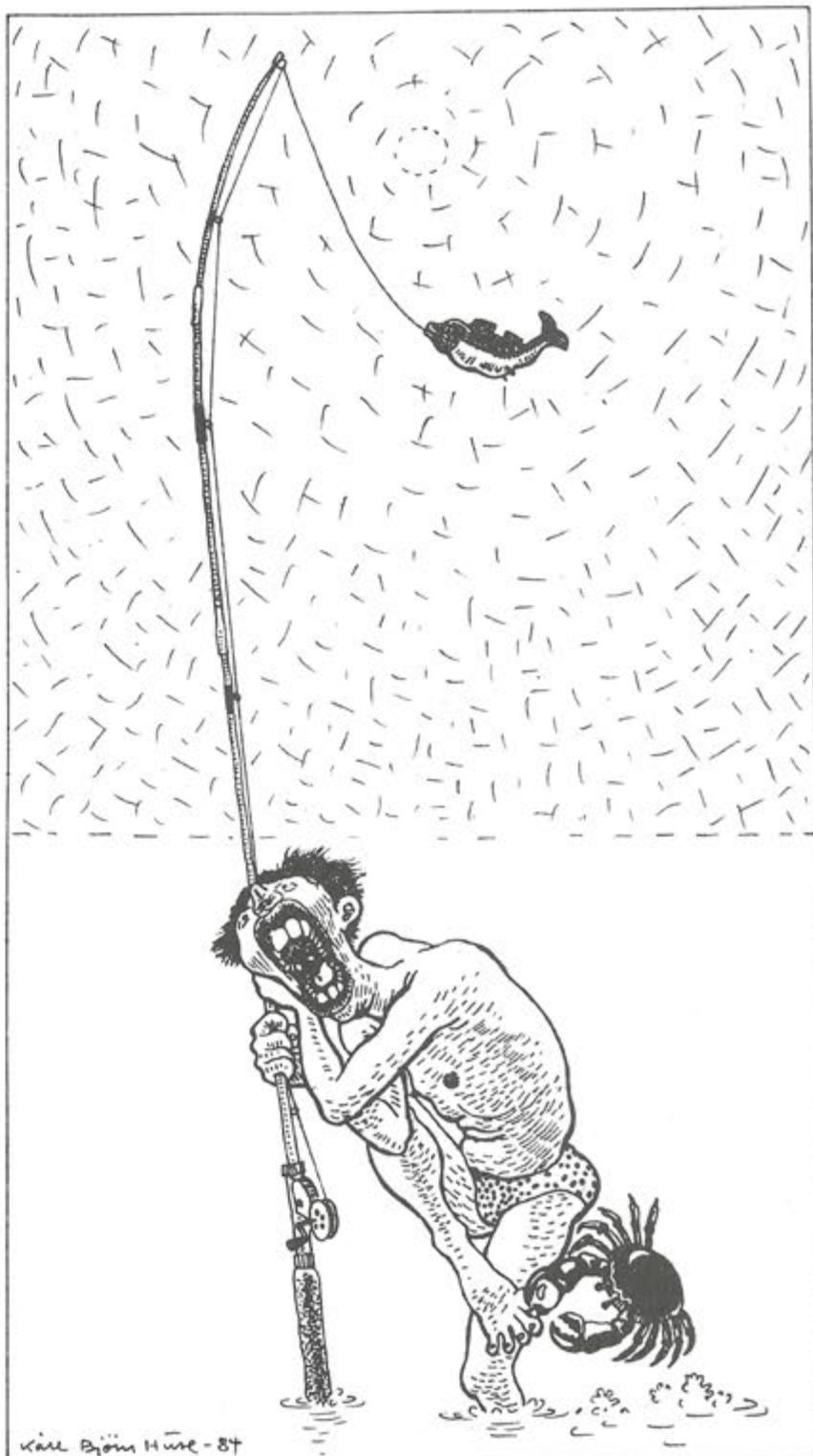
Levy, M : Aspirin use in patients with major upper gastrointestinal bleeding and peptic ulcer disease. New Eng. J.Med. 290,1158,1974.

Rumack, b.: Aspirin versus Acetaminophen (=paracetamol). A comparative view. Inlegg ved et symposium om Aspirin og Acetaminophen. (CDJ kan hvis ønskelig skaffe kopi).

Conference on Analgesic-Associated Kidney disease: JAMA vol 251, 3123, 1984.

TABBERSPALTEN

eller: av skade blir man klok



Redaksjonen er blitt oppfordret til å starte en spalte hvor leserne redegjør for sine feiltagelser og tabber i sin legepraksis.

Offentliggjørelse av feiltagelser og tabber kan være en påminnelse til oss alle.

I diagnostikken er veien fra triumf til tragedie kort, glatt og bratt. Vi har alle noen suksesser og bragder å henvise til -ofte

på kollegaers bekostning - og har utvilsomt alle en god del tabber som vi forsøker å dytte ned i glemselens mørke.

I det danske Ugeskrift for læger finnes en rubrikk under navnet MEMENTO. Denne rubrikk forteller i telegramstil hendelsesforløp som burde vært ganske annerledes. Rubrikken er uten navnsnevning, men forteller kortfattet hvordan tingene skjedde.

Vi må ikke glemme at ca. 22% av våre pasienter dør av cancer og at langt de fleste cancerdiagnoser burde vært stillt på et langt tidligere tidspunkt. Med diagnosen i hånden kan vi som regel ofte gå tilbake i journalen og finne frem små bemerkninger, symptomer og funn som burde ha vekket cancermistanken tidligere.

Hvor ofte sier vi ikke noe som vi angrer etterpå, og hvor ofte glemmer vi å si noe vi burde ha sagt?

Ved å introdusere denne rubrikk håper vi på en storm av brever fra leserne og vil prinsipielt bringe innleggene under et passende pseudonym idet vi ber leserne anføre om redaksjonen kan bearbeide, eventuelt forkorte innlegget.

Vi gjør oppmerksom på at vi ikke er interessert i å høre om andres fiaskoer og egne suksesser!

Det er dine tabber og feiltagelser vi vil høre om.

En kollega, som skal få være anonym denne gang, har sendt oss følgende to tildagelser

Månedens tabbe I

48-årig mann med høy feber og diare noen dager.

Ved undersøkelsen er han høyfebril, litt tvilsom ømhet i magen og i ustanselig bevegelse mellom toalettet og sengen.

Jeg er den andre lege som ser ham og antar - som min kollega - at det nok er en gastroenteritt som må gå i ro, men ventilerer lab.-undersøkelser, avføringsprøver osv..

Dagen etter får han klar peritonittsymptomer. Lege III legger ham inn hvor man konstaterer en perforert appendicit og pasienten svever mellom liv og død i flere døgn før han endelig kommer seg.

MORAL: Akutt appendicit er en djevelsk tilstand hvis den opptrer med atypiske symptomer. Appendicit kan utmerket imitere en høyfebril gastroenteritt.

Månedens tabbe II

58-årig kvinne som i noen mnd. føler trykk i brystet spesielt ved fysisk aktivitet. Føler at det knytter seg å må legge seg ned. Lege I (hennes sedvanlige lege) lytter på hjertet og sier at det er i orden, men hun synes ikke dette er beroligende og henvender seg derfor til lege II for å få "tatt ordentlig hjerteundersøkelse med EKG", (gruppepraksis).

Pasienten virker rastløs og nervøs med diffus struma og fin

fingertremor. Litt hurtig puls, BT normalt, normal stetoskopi og ellers intet særlig å finne.

Thyreoideaparametre normale og EKG viser venstre ventrikkelbelastning med tachycardi.

Ved neste konsultasjon hos lege II klager hun over smerter i epigastriet som går opp i halsen i perioder, men Sobril hjalp på disse etter 1 time. Hun får Nitroglycerin under konsultasjonen, men er ikke sikker på om

denne hjelper. Rtg. cor viser hypertrofi av venstre ventrikkel og det tas et nytt EKG.

Ved neste konsultasjon hos lege II er hun veldig anspent og klager over nedsatt matlyst og oppkast noen ganger. Får det bedre når hun spiser. Virker veldig anspent og hun henvises til spesialist i indremedisin med henblikk på coronarsykdom.

Lege III (spesialist i indremedisin) konstaterer at hun er mye bedre etter at mannen kommer hjem fra sjøen og at hun klinisk er kjekk. Nepe angina pectoris, normalt BT og normale stetoskopiske funn.

Hun får Fluanxol.

Lege IV (undertegnede) avdekker langvarig komplisert familieproblematikk med sterk uvennskap mellom svigerfamilie og pasienten samt hennes mann som er blitt uenig om hvordan de gamle, senile svigerforeldrene skal passes. Lege IV føler seg som den store sosialmedisiner og anbefaler henne å ta opp kontakten med svigerforeldrene og konkluderer med at det har ingen hensikt å ta flere blodprøver eller rtg.undersøkelser på nåværende tidspunkt.

Pasienten besøker nå lege V som er spesialist i indremedisin i en storby og gift med hennes søster.

Han konstaterer en palpabel ventrikkelcancer og innlegger pas. som naturligvis er utenfor all terapeutisk rekkevidde og dør få måneder etter.

MORAL:

1. Glem ikke somatiske hovedplager.
2. Palpasjon av abdomen er en hurtig undersøkelse.
3. Undersøkelse på blod i avføring er en enkel undersøkelse.

SIMG's 32. internasjonale kongress for almenmedisin

Klagenfurt 17-22. september 1984

□ Av Ola Lilleholt □

Ca. 250 leger fra 28 land møtte til SIMG's tradisjonsrike kongress i Klagenfurt dette året. Vel 30 av disse kom fra de skandinaviske land, derav 17 fra Norge. Almenmedisin har lange tradisjoner i Østerrike, bl.a. har de der i mer enn 30 hatt krav om obligatorisk etterutdannelse på 3 år for å kunne starte solo-praksis og 6 års etterutdannelse for å oppnå spesialitet i almenmedisin. 99% av almenpraktikerne arbeider i solopraksis. Pasientene kan søke spesialister uten henvisning fra almenpraktiker. Det eksisterer et slags "listesystem" ved at pasientene av trykdekontoret blir utstyrt med et "Krankenschein" av en verdi på ca. 100.- som skal dekke alle konsultasjoner og behandling hos vedkommende lege i 3 måneder. Når en hører at hver almenpraktiker i gjennomsnitt mottar ca. 800 slike kort, så kan en regne ut at dette svarer til en brutto på ca. kr. 320 000 pr. år. Det kan se ut til at landets universiteter var noe sent ute med å etablere studentundervisning i almenpraksis, Graz fra 1972, Innsbruck fra 1974 og Wien fra 1976. Men fra 1969 eksisterer det frittstående Österreichisches Institut für Allgemeinmedizin i Klagenfurt. Entusiastisk leder og inspirator er her Gottfried Heller som også fungerte som vert under kongressen denne gang.

Etter å ha lyttet nærmere 50 foredrag i løpet av 5 dager og ha deltatt i flere av de mindre seminarene vil jeg som en summa summarum si at kongressens faglige del ikke formidler kunnskaper som gjør den regningsvarende som videreutdanning i forhold til norsk almenpraksis. Det er imidlertid svært inspirerende å møte kolleger fra så mange forskjellige land og å registrere likt og ulikt. Bl.a. er SIMG's kongresser trolig det eneste sted en også kan møte et forholdvis stort antall almenmedisinere fra de østeuropeiske land. Slik sett er Østerrike en korsvei med lange



tradisjoner.

Skillet mellom kontinental og angloamerikansk medisin blir også satt i relieff under en slik kongress. Et seminar med den sveitsiske legen Etzel Gysling ble på mange måter et høydepunkt i denne konfrontasjonen. E. Gysling er almenpraktiker og står som redaktør og utgiver "Pharmakritik" et lite blad som kommer et par ganger i måneden som som kritisk gjennomgår forskjellige behandlingsformer og medikamenter. Han hadde samlet 10-12 kliniske eksempler fra sin praksis. Ut fra sykehistorie og funn skulle deltakerne diskutere behandling av de forskjellige tilfellene. Terapeutisk furor og polyfarmasi slik det kom til uttrykk fra en del av de kontinentale kollegene henger igjen i minnet fra kongressen. Det virket som de yngre kollegene hadde en adskillig mer kritisk holdning til en del av de kombinasjonspreparatene som brukes i Tyskland/Sveits/Østerrike.

Foredragene på dagen om dokumentasjon/informatikk var ujevne, men en konstaterer at kolleger over hele verden nå arbeider med koble almenpraksis og EDB. I Norge har vi vel i øyeblikket 4-5 systemer nå. Etter sigende skal

det nå være ca. 80 systemer på markedet bare i Vest-Tyskland.

Den siste dagen var avsatt til foredrag om medisinsk etikk, og denne dagen må kunne karakteriseres som et høydepunkt. Her møtte vi den eneste norske foredragsholderen, professor Chr. F. Borchgrevink som snakket om etiske problemer i medisinsk forskning. Mens medisinsk etikk i tidligere år for det meste konsentrerte seg om etikette i forhold til kolleger og pasienter, må en nå diskutere utrolig intrikate problemer som er oppstått i forbindelse med transplantasjonskirurgi, medisinsk genetik, moderne infertilitetsbehandling, dødsriterier og medisinsens prioriteringer i forhold til samfunnets økonomiske rammer.

Disse kongressene har utvilsomt en viktig misjon som et forum for utveksling av almenmedisinske ideer og erfaringer. Vi må se til at Norge fortsatt viser ansikt både ved at interesserte kolleger på egen hånd tar initiativ, og ved at Norsk Selskap for Almenmedisin pleier kontakt med dette miljøet. Som kongressdeltaker og gjest i Klagenfurt blir en imponert over den østerrikske "Gemutlichkeit" og den tiltalende rammen rundt arrangementene. ■

Utposten i Leni

I februar deltok to av medredaktørene i Utposten, Frode H. og Ola L. på en reise for helsepersonell til Leningrad og Moskva. Reisen var avvertet med at det ville bli omvisninger i somatiske og psykiatriske sykehus samt poliklinikker av forskjellig slag. I forhold til dette var programmet sterkt amputert, men vi vil forsøke å formidle noe inntrykk fra turen.

Sovjetisk medisin:

En annen verden

Av Ola Lilleholt

Frode H. har skrevet et grundig referat fra denne nokså amputerte studieturen til Sovjet, og jeg skal nøye meg med å supplere med noen få detaljer:

Sammen med ca. 50 andre med bakgrunn i helse- og sosialvesen kunne vi glede oss over et par vellykkede omvisninger. Toppen var nok poliklinikk nr. 111 i Moskva og personalet der med overlege Raisa Alexandrovna Rosjkova i spissen. Sammen irriterte vi oss over at det ikke var så dårlig samsvar mellom det som var annonsert og det vi faktisk fikk anledning til å se. Det er naturligvis utillatelig å generalisere ut fra de observasjonene vi gjorde. I Moskva fikk jeg kjøpt en nyutkommet populærmedisinsk oppslagsbok: Popularnaja meditsinskaja entsiklopedia, på ca. 700 tettskrevne sider a 3 spalter og med mange illustrasjoner. Boka er et lite kupp: her er det mulig å få en slags oversikt over idealene og tradisjonene i sovjetisk medisin. Naturligvis må en anta at det også her er en viss avstand mellom idealer og hverdag.

Fremst av alt er boka preget av en konservatisme som er både påfallende og fjern for oss. Illustrasjonene har et gammelmodig preg som minner om tilsvarende norske bøker fra ca. 1950 og før den tid. Det som finnes avbildet av medisinsk utstyr har det samme gammelmodige preget: vårt mangfold av moderne materialer og engangsutstyr har de ennå ikke rukket å ta i bruk. Artikler om virus, immunologi, cytologi og andre basalfag virker

mer up to date enn den kliniske delen.

Sammen med denne konservatismen kan en både i denne oppslagsboka og i den poliklinikken vi besøkte finne et åpent mangfold: for åpent vil kanskje mange mene. I poliklinikk 111 kunne vi f.eks. observere at man i fysioterapiavdelinga drev fotsoneterapi. I den medisinske oppslagsboka finnes beskrivelse og illustrasjon av hvordan man setter igler som tydeligvis er å få kjøpt i apoteket ("bare etter resept fra lege") til bruk "for visse kardidelser og for øket koagulasjonstendens i blodet og annet".

Medikamentene var i apotekene pakket i svært kjedelig og ensformig emballasje, en deltalj som kanskje kan synes betydningsløs, men som vel kan føre til unødige forvekslinger for eldre pasienter. Tonika, vitamin- og "lever"preparater hadde åpenbart en stor plass i apotekets omsetning. En fikk også inntrykk av at utvalget av syntetiske farmaka var mindre enn i Norge.

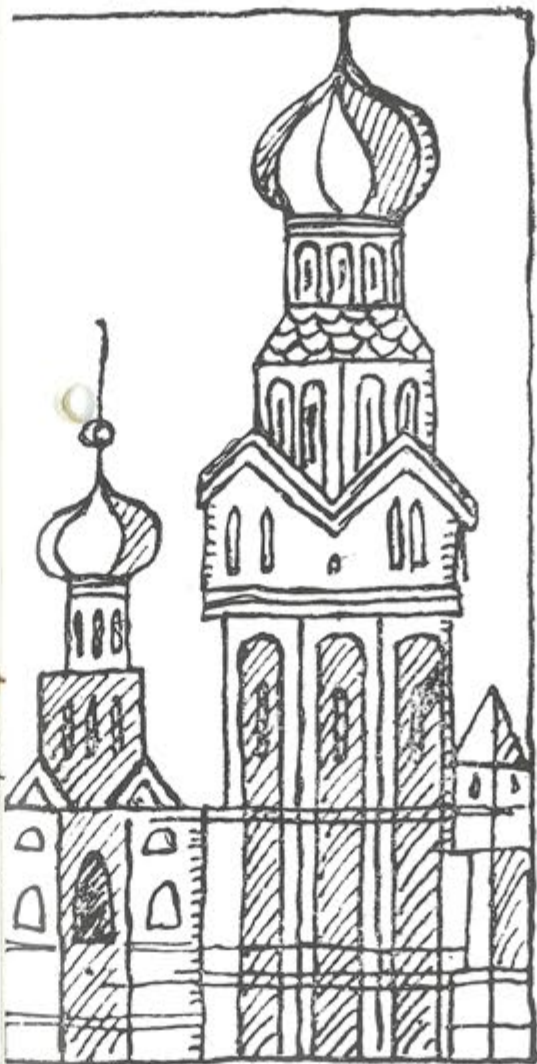
Alt ialt sitter en her igjen med et inntrykk av at sovjetisk medisin har sin styrke i at personellet er så lett tilgjengelig og nærværende overalt. De største begrensningene og svakhetene har nok sammenheng med mangel på tekniske hjelpemidler/utstyr og moderne engangsutstyr. Det er vanskelig å forestille seg at denne situasjonen vil forbli uforandret: balansen mellom prestasjonene i f.eks. tungindustri/romfart og helsevesenet er såpass forrykket at en må forvente at moderne teknologi også vil vinne fram her. Her er et stort marked for den kunnskap og de erfaringer vi i Vestens kliniske medisin har høstet med formgivning og moderne materialer.



Leningrad / Moskva

Helsetjenesten i Sovjet

Av Frode Heian



Sovjetsamveldet er et av våre naboland, men for de aller fleste av oss er sovjetiske kulturelle og sosiale forhold ukjente. Det gjelder også sovjetisk helsetjeneste, og vi lot oss derfor lokke til å hoppe på en studietur for å se på helsetjenesten i Sovjet. Turen gikk til Leningrad og Moskva og skulle omfatte kontakt med forskjellig helsepersonell, og besøk på forskjellige helseinstitusjoner (somatiske og psykiatriske sykehus og poliklinikker). De 50-60 deltagerne fikk dessverre oppleve en dårlig organisert tur, og trass i god omtale av tidligere turister med samme selskap kan vi ikke anbefale turoperatøren, SOVJETREISER, som ga et særdeles uprofesjonelt inntrykk.

Likevel: det lille vi fikk se av sovjetisk helsetjeneste var interessant og spennende. Vi fikk møte en helseadministrator i Leningrad og besøke poliklinikker i Moskva. Besøk på andre helseinstitusjoner som utlovet, ble det ikke noe av.

Vår sjarmerende og innsiktsfulle (men også tydelig politisk velklarerte) guide i Leningrad, Tatjana, ga oss en del artige opplysninger om helsetjenesten sett fra brukersiden. Av henne fikk vi også vite litt om trykkesystemet og sosiale forhold.

En del offisielle opplysninger om sovjetisk helsetjeneste fikk vi i møte med en administrator ved helseministeriet i Leningrad og overlegen ved en poliklinikk i Moskva. Vi fikk trass i innstendige oppfordringer ikke møte kolleger til mer uformelle samtaler, heller ikke være "flue på veggen" ved konsultasjoner eller være med på hjemmebesøk. Dette trass i skriftlig og muntlig henvendelse til reiseselskapet på forhånd.

Opplysninger fra forskjellige hold kunne være nokså motstridende og vanskelige å sjekke. En del informasjon har vi derfor hentet fra norske avisartikler, en artikkel i Nordisk Medicin 10/76 "Arbete och Hals i Sovjet", og i rikt monn fra boka INSIDE RUSSIAN MEDICINE An American Doctor's First hand Report av W.A. Knaus 400 s. (ISBN 0-8070-2159-8. Boston: Beacon Press -81). Knaus er en amerikansk lege som ved flere reiser i Sovjet knyttet mange personlige kontakter, kollegiale og andre, og fikk anledning til å studere russisk helsetjeneste fra mange sider. Denne boka bør leses av alle som ønsker å få et innblikk i sovjetisk helsetjeneste.

Når man reiser i Sovjet, uansett hvilket reisebyrå som står bak, skjer alt i regi av INTOURIST, det statlige sovjetiske reisebyrået. Ved siden av METRO'en i Moskva var dette det som ga mest inntrykk av effektivitet av det vi så. Dette verdens største reisebyrå bestemmer hvilket hotell turistene skal bo på, hvilke institusjoner som skal besøkes og hvor man ellers skal reise. Guidene serverer den offisielle versjonen av hvordan samfunnet fungerer og språket (og en reservert holdning til fremmede) dannet en effektiv barriere mot videre utforskning.

Vi fikk selvsagt anledning til å gå fritt omkring i butikker, på

utstillinger osv., men det å knytte kontakter eller få anledning til å diskutere med kolleger under uformelle omstendigheter viste seg i praksis umulig. Det var heller aldri nysgjerrighet å spore i form av spørsmål om norske forhold eller om vårt syn på det vi så der borte.

PRIMÆRHELSETJENESTEN

er bygget opp om poliklinikker som i hvert fall i byene er store enheter med 10-100 leger.

Vi fikk anledning til å se nærmere på en av disse poliklinikkene, en stor murbygning på 4 etg. som i hvert fall ikke var

plukket spesielt ut for å imponere turistene av arkitektoniske grunner. Den ga snarere et litt shabby preg, med dårlig murpuss og mørke korridorer uten særlige tegn på trivselmessige fremstøt. (En av de to poliklinikkene som vi snek oss til å ta en titt på utenom programmet - og derfor nokså snart ble kastet ut, - var adskillig mer strømlinjeformet og moderne.)

På en stor tavle like innfor inngangsdøra fant vi oversikt over de forskjellige spesialitetene: Radiolog, Revmatolog, Oncolog, Otolog, Oftalmolog, Kardiolog o.s.v.

Vi fant også titelen Terapevt. Hun tar seg av helt enkle diagnostiske og behandlingsmessige prosedyrer og har ellers en utpreget sorteringsfunksjon til en eller flere av de tallrike spesialistene som utgjør den alt overveiende del av legene på poliklinikken.

En gjennomsnitts blodtrykks-pasient blir således henvist til oftalmolog for vurdering av øyebunnene (oftalmoskop er ikke noe vanlig instrument på kontoret til en "terapevt"), til kardiorevmatolog for auskultasjon, til dietetiker for omlegging av kostholdet og saltrestriksjon o.s.v. Det ble opplyst at det ikke var vanlig med tilbakehenvielse fra spesialistene, men alle skrev sine notater i en felles journal slik at alle opplysninger om pasientene er samlet på ett sted. Det viste seg at også logopeden, fysioterapeuten og psykologen er lege. Spesialiseringen begynner allerede tidlig i studiet som er 6-årig og tar til etter grunnskolen. Vi fikk inntrykk av at også størstedelen av "terapevt"-ene spesialiserte seg videre.

Vi fikk se kontoret til et par terapevt'er (på forskjellige poliklinikker), disse var ganske like og meget beskjedent utstyrt: En lykt og noen spatler, et stetoskop og et blodtrykksapparat, reseptblokk og stempler i litt forskjellig form og størrelse. Ikke noe mikroskop å se, heller ikke utstyr for småkirurgi e.l. Pasientene, for en stor del pensjonister, satt på korridoren og ventet. Såvidt vi forsto var det timebestilling, men med rikelig mulighet til å ta pasienter som kom innimellom. 13-15 pas. pr. dag, relativt enkle problemstillinger. For tiden var hovedlidelsen influensa, "grip", og mottiltakene var omfattende. Det var bare hjemmebesøk på slike pasienter, for å hindre smitte til poliklinikken. Med det tette bomønsteret i storbyene Leningrad og Moskva var influensa en adskillig mer fryktet sykdom enn vanlig her hjemme.

Legen klarer seg alene, med både lite teknisk utstyr og lite hjelpepersonell. En del av legefunksjonene går klart over i sykepleien, og fysioterapivirkomheten blir i sin helhet dekket av leger, her med sykepleiere som medhjelpere. "Våre" hjemmesykepleiefunksjoner blir også for en stor del dekket av legene, som driver utstrakt hjemmebesøksvirksomhet. Også spesialistene drar på hjemmebesøk, og dette hjemmetilbudet brukes ofte som et alternativ til sykehusinnleggelse. F.eks. er det vanlig å behandle hjerteinfarkt hjemme.

Det finnes også en mellomting



mellom lege og sykepleiere, "feldsher" (med 3 års utdanning) som tar seg av enklere sårbehandling og mer barfotlege-pregede oppgaver. Dessuten bemanner de for en stor del de tallrike ambulansene. De spiller en større rolle på landsbygda der det er relativt færre leger.

LEGEDEKNINGEN

Det er 1 million leger i Sovjet, det vil si at en fjerdedel av alle verdens leger er russiske. Det er altså en lege pr. 270 innbyggere i dette store landet. Forholdstallet er betydelig mindre i større byer, i Moskva og Leningrad er det godt under 200 innbyggere pr. lege. Antallet "feldsher"s er ca. 1/2 mill. og dekker rikelig opp for den delen av legene som er fysioterapeuter, logopeder osv. Besøkshyppigheten er i byene hos lege 12 pr. innbygger pr. år, hos feldsher 4. På landet er de tilsvarende tallene 4 og 4. Helsetjenesten er, i alle fall offisielt, gratis. Men en ukes penicillinur koster 10 rubler og det ble innrømmet at overfor-

bruk av helsetjenester kunne være et problem. Vår guide Tatjana fortalte at det nylig var kommet et dekret fra helseministeriet som forbød pensjonister å gå oftere til lege enn 3 ggr. pr. uke.

Som de fleste vet er over 80% av de russiske legene kvinner og yrket har ikke særlig høy status, lønnsmessig ligger en lege på ca. 75% av gjennomsnittlig industriarbeiderlønn.

LITT HISTORIKK

Grunnlaget for den store legedekningen og for denne kjønnsfordelingen som skiller seg fra andre lands, ble lagt like etter revolusjonen i 1917. Landet befant seg da i en elendig økonomisk og helsemessig tilstand med et stort kvinneoverskudd. Tuberkulose, kolera, tyfus og andre alvorlige infeksjonssykdommer herjet kraftig, ikke minst blant legene. I løpet av noen få år etter revolusjonen døde 46% av legene i Leningrad av lusespredd tyfus (en del utvandret nok også). Lenin erklærte på den 7. sosialistkongress i 1920 at enten måtte sosialismen knekke luseplagen eller så kom lusene til å knekke sosialismen.

Den desperate legemangelen førte til en stor satsing på rask utdanning av leger. Man tok av kvinneoverskuddet, unge bondejenter med dårlige leseferdigheter var ikke uvanlige medisinestudenter i 20-årene. Utdanningen fikk et sterkt skolemessig preg som den delvis har beholdt. Dette ga resultater, sammen med den generelle bedringen i levekår sannsynligvis. Barsedeligheten falt fra 275 pr. 1000 fødsler i 1913 til 130 i -30, og "antall tuberkuløse falt såpass at de ikke lenger behøvde dele senger på sanatoriene".

Utover i 20- og 30- årene skjedde en generell fremgang på det økonomiske og helsemessige område, i denne perioden satset man på å utdanne generalister.

Den 2. verdenskrig var et nytt enormt tilbakeslag for Sovjet. 20 mill. mennesker døde, av dem 13 mill. soldater, og 10 mill. ble krøplinger. Likevel fortsatte utdanningen av medisinsk personell med nesten uforminskert styrke. I følge offisiell statistikk hadde Sovjet bare 1/4 så mange leger som USA i 1940. Ved krigens slutt var antallet likt. (Russisk statistikk er i den grad den er tilgjengelig velkjent for å tjene ideologiske motiver og derfor enda mindre pålitelig enn statistikk i vestlige land. Tallet for legetetthet stammer imidlertid fra så mange uavhengige kilder at det virker troverdig.)

Som om ikke tapene under krigen var nok, ble Sovjet i 1946 rammet av en enorm økonomisk krise, og dessuten den verste tørkesommeren siden 1891.

Etter krigen ble det satset på en sterk spesialisering av legetjenesten slik som skissert ovenfor. Spesialisering ble i følge Knaus sett på som et tegn på at man holdt tritt med Vesten.

Nå blir det etterhvert satt spørsmålsteget ved denne spesialiseringen og tendensen vil kanskje svinge over til utdanning av generalister igjen.

Det er nå stadig flere menn som søker på medisinstudiet, det er nå større opptak av menn enn kvinner. Dette vil trolig føre til både større prestisje for faget og dermed bedre lønn, kanskje også høyere standard på utdannelsen.

BARNEPALASS

Helsebegrepet er vidt i Sovjet. Idrett og andre forebyggende tiltak er definert inn i helsevesenet, og det er derfor umulig å sammenlikne helsebudsjettet med andre lands.

Typisk for dette var barnehagene ("barnepalass") blant de institusjoner man ønsket å vise oss som forebyggende tiltak. Over 90% av russiske barn går i barnehage, og over 1 årsalder er andelen nær 100%.

Vi så en barnehage for 400 unger, bemannet med logoped, barnelege, tannlege og spesialpedagoger. Barna var der i hvert fall fra kl. 08 til 17, "hvis foreldrene til et barn ikke skulle komme og hente det" om kvelden, sto det alltid oppredde senger klare. Det var ikke utviklings- eller bevegelseshemmede barn å se, men en "elevklasse" med moderate logopediske problemer. Vi fikk inntrykk av at det skulle svært lite til for barna ble plukket ut for spesialundervisning, hvilket også medførte at de ble boende på barnehagen bortsett fra i helgene. Vi så litt av denne undervisningen og følte oss satt tilbake i 50-årenes pedagogikk, med disiplin, riktignok vennlig praktisert, i høysetet. I sannhetens navn var det også riktig trivelig individualundervisning ved siden av.

Resten av barnehagen var også preget av disiplin og streng orden, men innenfor disse rammene var barna oppsiktsvekkende frie og usjenerte overfor fremmede, og ingen skal komme og si at de ikke virket meget blide og fornøyde. Andre områder som ble sterkt prioritert var svangerskapskontrollen og mor-barn-omsorgen, tilsvarende helsetasjon kanskje, men hyppigere og også omfattende moren.

Medisinen er forøvrig sterkt preget av det vi her kaller paramedisinske behandlingsmåter: urtemedisin blir foreskrevet i like stor grad som skolemedisinske preparater og akupunktur, "vannstrålemassasje" og fysisk aktivitet blir brukt framfor medisiner for nerveproblemer og søvnvansker.

For tiden råder stor tro på vitaminer i forebyggelse og behandling. Hoppemelk er bl.a. fordi den er rik på C-vitaminer, en ettertraktet (og dyr) helsedrikk. Det ble også understreket at holdningen til antibiotikabruk var i ferd med å skjerpes.



Advarsel mot "gripp" (influenza)

EGENOMSORG

Fra Knauss' bok får vi vite at egneomsorg ikke står i høysetet. Forhold som har med helse å gjøre skal man overlate til legene og ikke tukle med selv. Innsikt i alvorlige sykdommer blir i følge Knaus ikke sett på som et gode. Det å informere pasienten om mekanismene bak et hjerteinfarkt kan tvert imot være farlig for pasienten, utløse unødige angst og kanskje nye hjerteinfarkt. Likevel står egenomsorgen sterkt blant folk, særlig på landsbygda, og særlig i de store muhammedanske områdene i Sentral-Asia. Her er det vanskelig å venne folk til å gå til lege. Spedbarnsdødeligheten er høyere enn i den europeiske delen av Sovjet, angivelig fordi mødrene ikke går til lege før mot slutten av svangerskapet. Pga. muslimske vaner er skjorbuk en vanlig sykdom i Sentralasia, og 17% av de barn som dør har ikke mottatt medisinsk behandling. Dette er et svært problem i det halvparten av fødslene skjer i denne delen av befolkningen (i år 2000 vil kanskje halvparten av alle inn-

byggere i Sovjet være muhammedanere).

SOSIALT:

80% av alle russere bor i blokk, i byene nær 100%. Vi fikk ikke se noen leiligheter, et ønske om å få være med i sykebesøk ble møtt med total uforståelse.

Leilighetene er små, som regel under 50 kvadratmeter, man får tildelt leilighet etter familiens størrelse. Vanlig bomønster i byene er en liten kjernefamilie pluss evt. besteforeldre. Det er få gjenlevende bestefedre, men "babusjka", bestemor, er en institusjon i Sovjet. Det er hun som ser etter at barna kommer seg på skolen, tar seg av klærne deres osv. Vi hørte fra barnehagepersonalet at det ofte var merkbart på barnas orden og hygiene når bestemor falt fra. Det ble som regel til at noen måtte ha fast soveplass i stua, men flergenerasjonsformen ble likevel foretrukket fordi dette ga større leiligheter.

Skilsmissefrekvensen er stor, spesielt i byene, i Moskva er den på bortimot 50%. Merkelig nok ble ikke dette presentert som noe stort problem av våre omvisere. Overraskende er det i alle fall ikke, med de trange boforholdene og med den andre viktige bakgrunnen for skilsmisser i Sovjet: alkoholismen.

ØKONOMI

Industriarbeideren er ansett som den ubestridte ryggrad i det russiske samfunnet. Lønnen ligger mellom 2 og 300 rubler pr. mnd., gjennomsnittlig legelønn er på 180 rubler. Det går klart fram av Knaus' bok at lønnsforskjellene er store, men det dreier seg om relativt få privilegerte. Stalin økte industriarbeiderlønnene til 200 rubler og reduserte lønnene til medisinske professorer fra 6 til 5000. Nå er forskjellen mindre, men en leder for et medisinsk fakultet er betydelig privilegert. Han (bare 15% av dem er kvinner) har store ekstratilskudd pga. representasjonsoppgaver, egen limousin med sjåfør, og ikke minst: adgang til å handle i valutabutikker, dvs. vestlige varer. Dette er en rett som er forbeholdt relativt få russere, og meget ettertraktet. Han kan også skaffe seg betydelige ekstraintekter ved å ha privatpasienter på si', pasienter der det betyr noe ekstra i service og prestisje å ha en professor som privat lege. Knaus påstår at dette er et meget utbredt system. Privatlegeavtaler er visstnok vanlig på alle plan, for eksempel når det gjelder ab.prov. Dette virker selvmotsigende, i det abort er selvbestemt og meget

vanlig, der er egne stor klinikker som bare tar seg av dette. Ønsket om en privat lege til å gjøre inngrepet, gjerne hjemme, med derav følgende økt komplikasjonsrisiko, springer visstnok ut fra ønsket om mer personlig behandling. Det russiske helsevesenet, og særlig sykehusene blir beskrevet som særdeles upersonlige, der medfølelse og innlevelse ikke er særlig fremtredende.

ELDREOMSORG

Pensjonsalderen er 60 år for menn, 55 for kvinner. Inaktiviteten for disse pensjonistene viste seg å bli et problem, og sysselsettingsoppgaver er blitt vanlige for å gi de eldre en "meningsfylt tilværelse", hovedsaklig i renovasjonsvesenet fikk vi inntrykk av. Det myldret av eldre, spes. kvinner, som med sine gule vester og sopolimer var et artig innslag i bybildet.

Ved slikt ekstraarbeid fikk man en liten inntekt i tillegg til pensjonen, som ofte kunne være nødvendig. Pensjonen er på ca. 60% av tidligere lønn, men bare for de som har arbeidet. Kvinner som har valgt å være hjemme med barna får altså ingenting, hvis vi forsto vår guide riktig. Det er få syke- og aldershjem, de fleste pleies og dør hjemme. Pensjonistene får all medisin gratis.

YRKESMEDISIN

Yrkesmedisinen er meget godt utbygd i Sovjet. Det er egne spesialutdannede medisinerer tilknyttet alle arbeidsplasser, ikke bare i industrien, men også i landbruk, handel og transport. Bedrifter med over 4000 ansatte har såkalt "medisinsk sanitært sentrum" med 5-15 leger/spesialister og like mange feldshers. Mindre bedrifter har s.k. legestasjoner med 1-4 leger, normen er minst en lege pr. 800 ansatte, og oppgavene er alt overveiende miljøhygienisk arbeid, helseovervåking, godkjenning av nybygg og ombygninger.

BEREDSKAP

Vi så stadig ambulanser i gatene, relativt sparsomt utstyrte og tilsynelatende dårlig vedlikeholdt. Ikke en gang under vårt ukelange opphold så vi ambulanser med skrikende hjul og ulende sirener slik som er ytterst vanlig i vestlige storbyer. Dersom det gjelder, er imidlertid beredskapen virkelig effektiv. Over hele Sovjet når man nærmeste ambulansesentral ved å slå 03 på telefonen (uten å legge på de sedvanlige 2 kopek - 20 øre) Moskva har 22 ambulansestasjoner som tilsammen disponerer 800 ambulanser, betjent for en stor del av "feldsher"s, altså en mellomting av sykepleier og lege. Lege-

ambulanser er også vanlig. Knaus beskriver beredskapen ved en bombeeksplosjon i undergrunnen i Moskva i -77 der 7 ble drept og 35 alvorlig skadet. I løpet av 5-10 minutter var flere ambulanser til stede og redningsarbeidet gikk meget effektivt.

SANATORIER

utgjør en vesentlig del av helse-tjeneste-/rekreasjonstilbudet til befolkningen. Dit reiser 8 mill. russere pr. år. Mange sanatorier er spesialisert og tar seg av ryggplager, diabetes, hypertensjon, revmatisme eller ren rekreasjon. Såvidt vi forsto var dette tilbudet en av gevinstene ved ekstrainsats på arbeidsplassen eller for å bosette seg i Sibir eller Murmansk (80% av sanatoriene eies av arbeiderunioner) - en annen premieringsmåte er medaljer, som opplagt var mer populært før. Prisen for 4 ukers opphold er 120 rubler (1200 kr), hvorav arbeiderunionen betaler 90. Direktører og høytstående partimedlemmer har egne sanatorier, mer luksuriøse, og gratis (og her fåes alltid hoppemelk).

SOVJETETS "GRØNNE SLANGE"

På våre forskjellige utflukter fikk vi et rikelig inntrykk av alkoholbruken. De sparsomt utstyrte matvarebutikkene hadde en velordnet og velutstyrt avdeling:

vin- og brennevinshyllene. Det ble konsumert alkohol overalt, fra den relativt uskyldige(?) champagnedrikkingen (fra plastkrus) på sirkus, i teatre o.l. og til de løsslupne festene i byenes restauranter. Om kvelden var det tydeligvis helt akseptabelt også for kvinner å drikke seg synlig beruset offentlig. Men det er hos mennene alkoholproblemet virkelig er stort. Dette var det eneste området der vi fra offentlig hold fikk høre at Sovjetunionen hadde et problem.

Her er noe statistikk hentet fra Knaus' bok:

Sovjet har verdens største forbruk av brennevin.

De siste 40 årene, mens befolkningøkningen har vært 25%, har alkoholforbruket økt med 600%. Pengesummen brukt til alkohol overgår det samlede helsebudsjett.

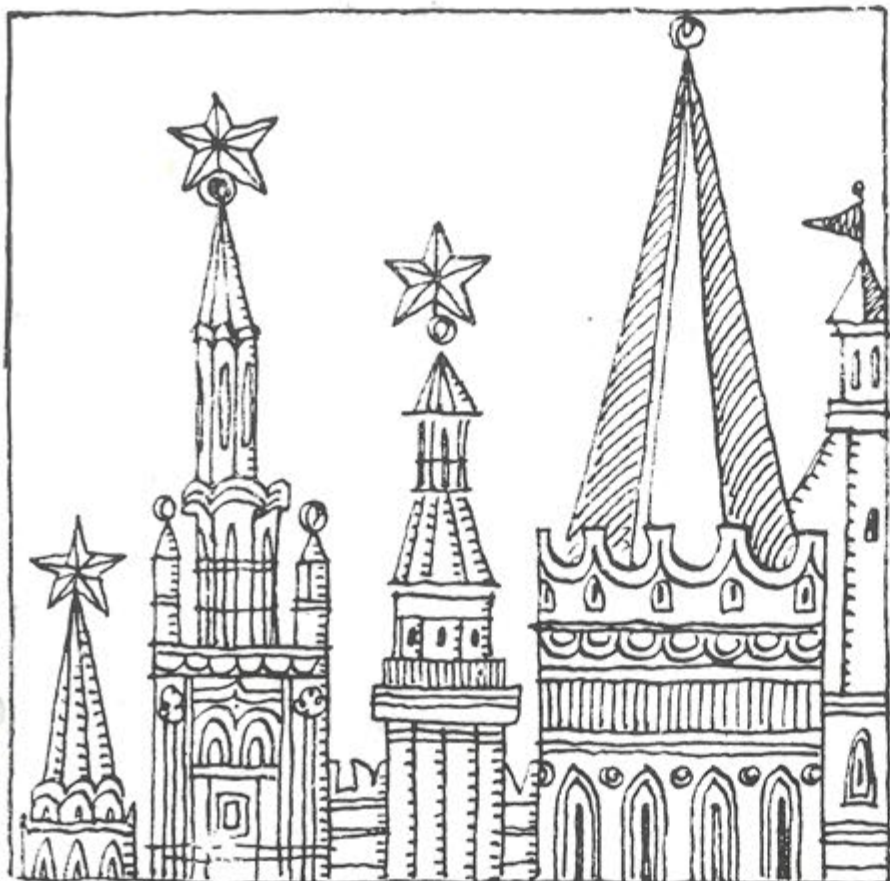
Alkoholisme er den "3. største sykdommen" etter hjertesykdom og kreft.

Den gjennomsnittlige russiske familie bruker halvparten av sitt husholdningsbudsjett på alkohol.

Hver 10. alkoholiker er kvinne. Tenåringsfyll er et voksende problem.

Det drikkes mest hjemme, og dette er den viktigste grunnen til den høye skilsmisseraten. (30% på landsbasis, 50% i Moskva) En prisøkning på 21% på alkohol-





varer (i -58) hadde ikke innvirkning på alkoholforbruket.

MÅL PÅ HELSE

Det var ikke lett å få statistiske opplysninger, heller ikke i møtet med en helseadministrator i Leningrad. På spørsmål om levealderen for menn (som vi visste var synkende) svarte han at det var statistiske arbeider på gang og at tallene ikke var sikre ennå. Angivelig skulle den være på noe over 70 år.

Knaus forteller en historie om hvordan helsestatistikk ble brukt i Stalintiden, da tyfus var et enormt problem. Sykdommen ble rett og slett omdøpt (til "sykdom nr. 2") og dermed kunne man offisielt hevde at tyfus ikke lenger fantes i Sovjetunionen.

Fra flere kilder blir det imidlertid opplyst at gjennomsnittlig levealder for menn har sunket fra 70 år i 1950 til 63 år i -79. Kvinnes levealder har holdt seg jevnt på 74 år.

Alkoholmisbruk blir hevdet å være en av de viktigste årsakene til dette. Svært mange menn dør i 40-50 års-alder.

En annen viktig årsak til den lave levealderen er ganske sik-

kert kostholdet. Av den maten vi fikk servert var det bare det velsmakende, mørke brødet som virket særlig sunt. Menyen besto mest av meget salt fisk, tykke skiver saltet og røkt pølse med store fleskebiter i og kjøtt med rikelig fettkant. Til drikke var det mineralvann eller øl, begge deler med en bismak av klor, særlig i Leningrad. (Vannet blir klorert i Sovjet, og det foretas regelmessige bakterietellinger. Likevel ble vi anbefalt å passe oss for vannet i Leningrad.)

I Knaus' bok finner vi at perinatal mortalitet falt fra 5,1% i 1951 til 2,3% i -71. Siden har det vært en lett stigning, i -74 var den 2,7, i -76 3,1%.

Det har i disse siste årene vært en tendens til synkende fødselsvekt. Blant årsakene nevnes at stadig flere kvinner røyker og overforbruker alkohol. En klar årsak er også at den perinatale service ikke er så godt utbygd som i vest. Russerne selv mener at stigningen i perinatal mortalitet de siste årene skyldes bedre registrering.

Det generelle bilde denne artik-

kelen tegner er vel nok så negativt. Til en viss grad er det selvsagt ikke rettferdig. Vi kommer fra et land få kan sammenlikne seg med og er bortskjente på alle områder. Det kan ikke ventes at Sovjet med sin bakgrunn, sine problemer og sin enorme geografi har en perfekt helsetjeneste. Likevel ser det ut til at forbedringene på mange områder har stagnert.

Det som imponerer er den store satsingen på helsetjenesten og de resultater som er oppnådd siden revolusjonen. Med tross alt fåtallige unntak er tilbudene meget likelig fordelt i befolkningen. Kritikerne bør spørre seg selv hvordan helsetjenesten og helsestilstanden i Sovjet ville sett ut hvis ikke tsarveldet var blitt avskaffet.



FRA TIDSSKRIFTVERDEN

Frode Heian

Den økende almenmedisinske bevissthet i de senere år har frembragt etterhvert mye litteratur om emnet, blant annet flere spesifikke almenmedisinske tidsskrifter. Interessen for denne litteraturen overstiger for de fleste disponibel tid og overskudd til å orientere seg i materien.

I denne spalten vil vi bringe stoff fra forskjellige tidsskrifter av, for, og av interesse for almenpraktikere/ samfunnsmedisinere.

Formålet er tosidig:

1. Referere/anmelde artikler av generell interesse for norske almenpraktikere, for utbredelse av fagkunnskap og utvidelse av fagligpolitisk horisont.

2. Etter ca. ett år, anmelde de aktuelle tidsskrifter slik at norske almenpraktikere kan danne seg et bilde av tilbudet. Det vil forhåpentlig gi grunnlag for et riktig valg hvis man selv ønsker å plukke ut et tidsskrift for abonnement. Dette bør kunne bidra til økt kunnskap generelt, men også om hva som rører seg på det almen/samfunnsmedisinske område i andre land, og derved gi perspektiv på hva vi driver med her på Berget.

Disse kollegene har tatt ansvaret for følgende tidsskrifter:

Per Stensland: Journal of Royal College of General Practitioners
Gunnar Tellnes: Sosial Trygd
Ottar Grimstad: Allman Medicin
Berit Olsén: Practicus
Aage Bjærtnes: Update
Tor Anvik: Månedsskrift for Dansk Lægegerning
Per Ringnes: Patient Care
Per Hjortdahl: Journal of Family Practice
Ola Lilleholt: Scandinavian Journal of primary Health Care
Frode Heian: The Practitioner
Torbjørn Måseide: The physician and Sports-medicine

Lista vil forhåpentlig bli litt lengre, blant annet mangler som leserne ser både Lakartidningen og flere andre. Det er jo ønskelig også å anmelde Tidsskrift for Den norske lægeforsening fra et almenpraktikersynspunkt.

Her følger noen bidrag fra Tor Anvik, plukket ut fra MÅNEDSSKRIFT FOR PRAKTISK LÆGGERNING (Utgitt av Den Alminnelige Danske Lægeforsening, København.):

- og fra Gunnar Tellnes (fra SOSIAL TRYGD, organ for Trygdekantorenes landsforsening).

Ved Tor Anvik

Komunelege/Almenpraktiker DNLF Bodø

HEMATOM I NESESEPTUM VED SKADE

(Schiøler og Åbom: Septumhaematom. Vol. 62, 61-63, jan. 1984)

Ved neseskader er det gjerne spørsmålet om fraktur av neseben eller luksasjon av nesebrusk vi først og fremst er opptatt av.

Forfatterne peker på en annen komplikasjon til skader av nesa som kan være lett å overse, men som kan gi alvorlige defekter i nesa til følge - nemlig et hematom under perichondriet på nese-septum.

Hvis et septumhematom oversees og forblir ubehandlet, kan det føre til kronisk nasalstenose, eller septumabscess med nekrose av brusken og varig deformitet av nesa.

Diagnosen stilles enkelt ved inspeksjon av nesehulene, hvor septumhematomet vil vise seg som en blå rød, ballonerende breddeøkning av septum, "nærmest som et modent kirsebær", like innenfor nases. Behandlingen består i incisjon og evakuering av hematomet i generell narkose, og hvis dette utføres innen 48 timer etter skaden, er prognosen svært god.

ALMENPRAKTIKERE OG SEXOLOGI

Jensen: Klinisk sexologi i 36 almenpraksis (vol. 62, 143 - 150, mars 1984)

Artikkelen beskriver en undersøkelse av hyppighet og arten av seksuelle problemer i almenpraksis i Danmark, gjennomført ved en prospektiv undersøkelse blant 36 almenpraktikere.

Hyppigheten av konsultasjoner som skyldtes sexologiske problemer var for hele materialet 1,5%, og kvinnelige leger hadde langt flere henvendelser om sexologi enn mannlige leger, både med mannlige og kvinnelige pasienter. Ved å studere legene nærmere, kom det fram at det var en sammenheng mellom det å ha flere sexologiske konsultasjoner og:

- at legen var eldre enn 45 år
- at legen var kvinne
- at legen selv hadde interesse for sexologi.

Arten av de seksuelle problemer som legene registrerte, blir gjennomgått i artikkelen og sammenliknet med undersøkelser som er gjort i selekterte materialer tidligere.

Blant kvinner anga 40% nedsatt lyst, mens 20% anga generell seksuell dysfunksjon og ca. 20% orgastisk dysfunksjon. Blant menn anga ca. 55% ereksjonsproblemer mens 15% anga nedsatt libido.

Forfatteren konkluderer med at "de alment praktiserende læger må betraktes som lægestandens største ressource i behandlingen af seksuelle problemer med mulighed for at betrakte patientens/parrets hele situation. En forudsætning for, at dette kan ske på en for alle parter tilfredstillende måde er, at lægerne tilbydes støtte i form af mulighed for supervision og rådgivning ved vanskelige sager."

EN ENKEL METODE TIL BLODTOMHET PÅ FINGRE

Willis: En let metode til blodtomhet på fingrene (vol.62, 561-563, sep.1984)



FRA TIDSSKRIFTVERDEN

Kutt i fingre kan av og til være vanskelig å undersøke for evt. fremmedlegemer som følge av kraftig blødning. Forfatteren beskriver en enkel metode til anleggelse av blodtomhet. Metoden synes godt anvendelig i almenpraksis:

1. Det legges vanlig ledningsanestesi ved basis av fingeren.
2. Hele fingeren og såret vaskes.
3. Pasienten ikles en steril latexhanske på hele handa.
4. Tuppen av hansken på den skadede fingeren klippes over, og hanskefingeren rulles opp over fingeren til den ligger som en stram ring ved basis. Tiden noteres.
5. Såret kan undersøkes og evt. sutureres.
6. Blodtomheten heves ved å klippe over hansken, og hemostase sikres før resten av hansken fjernes og bandasje legges på.

Forfatteren har prøvet metoden på egen finger i 1 time uten at det oppsto ubehag eller komplikasjoner.

DOPING MED ANABOLE STEROIDER - VIRKER DET?

Grove, Gerner, Boel og Pauley: Styrketrening og anabole steroider (vol 62, 511-517, sep. 1984)

Forfatterne har foretatt en grundig og kritisk gjennomgang av foreliggende litteratur om emnet, og finner at bare 9 av 10 undersøkelser oppfyller kravene til kontroll og holdbarhet.

Av de 10 holdbare arbeidene, viser 7 ingen signifikant økning i styrke ved bruk av anabole steroider, mens 3 viser en økning ved bruk av dianabol.

Bivirkningene av be²ØLID<M\$IHAIHA
IHA

Bivirkningene av behandling med anabole steroider betegnes som alvorlige, særlig hvis behandlingen anvendes på unge som ennå ikke er ferdig utvokst. Hos kvinner er de viktigste bivirkningene virilisering med hirsutisme, stemmeforandring, infertilitet, skallethet og klitoris-hypertrofi.

Hos menn fører behandling med anabole steroider til øket ten-

dens til impotens, infertilitet, gynekomasti og prostataforandringer.

Bivirkningene kan ved lengre tids bruk bli irreversible. Libido blir øket hos kvinner og nedsatt hos menn som bruker slik behandling. Det refereres videre til en rekke alvorlige bivirkninger som skyldes innvirkning på væskebalanse, blodlipider og leverfunksjon, øket forekomst av maligne tumores i lever samt økt hyppighet av sarcomer.

Forfatterens konklusjoner er klare:

1. Det er ikke vitenskapelig bevist at behandling med anabole steroider gir øket styrke.
2. Bivirkningene ved bruk av anabole steroider kan være alvorlige og farlige.
3. Det må anses kontraindisert å forordne anabole steroider til idrettsutøvere i den hensikt å oppnå øket muskelstyrke.

Trygdemedisin:

Innleggelse for familiebehandling: Spørsål om sykepenges

□ Av Gunnar Tellnes □

En arbeidsgiver plikter å betale sykepenges i arbeidsgiverperioden ved innleggelse i sykehus for familiebehandling. Dette gjelder selv om sykdommen ikke direkte er knyttet til arbeidstakerens person. Dette ble vedtatt i "Ankenemda for sykepenges i arbeidsgiverperioden" for en tid tilbake (1).

Ankenemda viser til følgende bestemmelse i folketrygdlovens 3-2 nr.1:

"Retten til sykepenges er betinget av at den trygdede er helt arbeidsufør p.g.a. sykdom.

rett til sykepenges inntres også dersom:

a) legen erklærer at behandlingen gjør det nødvendig at den trygdede ikke arbeider."

Ankenemda har i sin behandling av en aktuell tvist delt seg i et flertall bestående av formannen Asbjørn Kjønstad og medlemmet Sverre Midtsem. I mindretall var Hans Bjaaland.

Etter flertallets mening omfatter behandlingsbehovet alle familiedlemmer som innlegges for samtidig behandling i sykehus. Begrepet "familiebehandling" forstås slik at familien må sees under ett. Dette gjelder selv om familiens behandlingsbehov mest iøynefallende kan tilbakeføres til sykdom hos spesielt ett av familiedlemmene.

Etter dette kommer flertallet til at arbeidsgiveren plikter å betale sykepenges under arbeidstakerens innleggelse i sykehus.

Litteratur:

1. Sosial trygd, nr. 6, 1984, s. 31.



4. Nordiske kongress i almenmedisin

LUND 12.- 15. JUNI 1985

Forberedelsene til den 4. Nordiske kongress i almenmedisin i Lund er i god gjenge. Mottoet for kongressen er: "Medisinen i almenmedisinen". Denne påminnelsen kommer såvidt tidlig for å inspirere til bred norsk oppslutning. Sett derfor allerede nå av tid til kongressen i Lund i 1985.

Opplegget blir noe annerledes enn vi har vært vant til fra tidligere kongresser, denne gang med større vekt på posters og frie foredrag.

Det skal arrangeres 5 minisymposier over temaene:

1. Svangerskapskontroller (Modralsovård).
2. Infeksjonssykdommer fra almenpraktikerens synsvinkel.

3. Metoder i almenmedisinsk forskning.

4. Primærhelsetjenesten i storbyer.

5. Modeller for evaluering av primærhelsetjenesten.

Utover disse hovedtemaene kan kongresskomiteen tenke seg at posters og frie foredrag tar for seg f.eks.:

- Forebygging av hypertoni-sykdommens komplikasjoner.
- Diabetes
- Idrettsmedisin
- Psykiatrien i almenmedisinen
- Pasient/legeforholdet.
- Undervisning på grunn-, videre-

etterutdannings- samt forsker-
nivå.

Men også andre emner er velkommen.

Vi håper kolleger som er i gang med arbeider innenfor de her skisserte områder vil samle seg til innsats slik at de kan presentere sine resultater på kongressen.

Frist for innsending av abstracts er satt til 31. januar 1985.

Som vanlig blir det et bredt anlagt sosialt program. Spesielt vil vi få fremheve at man har hatt barna i tankene denne gangen. De kan se frem til et spennende "Barnas vitenskapelige program".

Som norske representanter i den nordiske kontaktkomite står vi til tjeneste med ytterligere opplysninger. Innbydelsen til kongressen kommer til å gå ut til samtlige almenpraktikere i løpet av november 1984.

Vel møtt i Lund til sommeren!

Steinar Westin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Parkbygget, Regionssykehuset,

7000 Trondheim
tlf. 07-598875

Egil Fuglum
Kongensgt. 27C,

1500 Moss
tlf. 032-56141

INSTITUTT FOR FARMAKOTERAPI 20 ÅR

Instituttets 20-års jubileum markeres med et faglig symposium med etterfølgende selskapielig samvær

Auditorium 3, Biologibygningen, Blindern
Mandag 3. desember 1984, kl. 13.00

Program

13.00: "Instituttet i fortid, nåtid og framtid" -
professor Knut Næss og professor Per Knut
M. Lunde, Institutt for farmakoterapi

14.00: "Helsetjenestens behov for produsentuavhengig informasjon" -
statssekretær Astrid Nøkleby Heiberg, Sosialdepartementet

Kaffepause med postersesjon

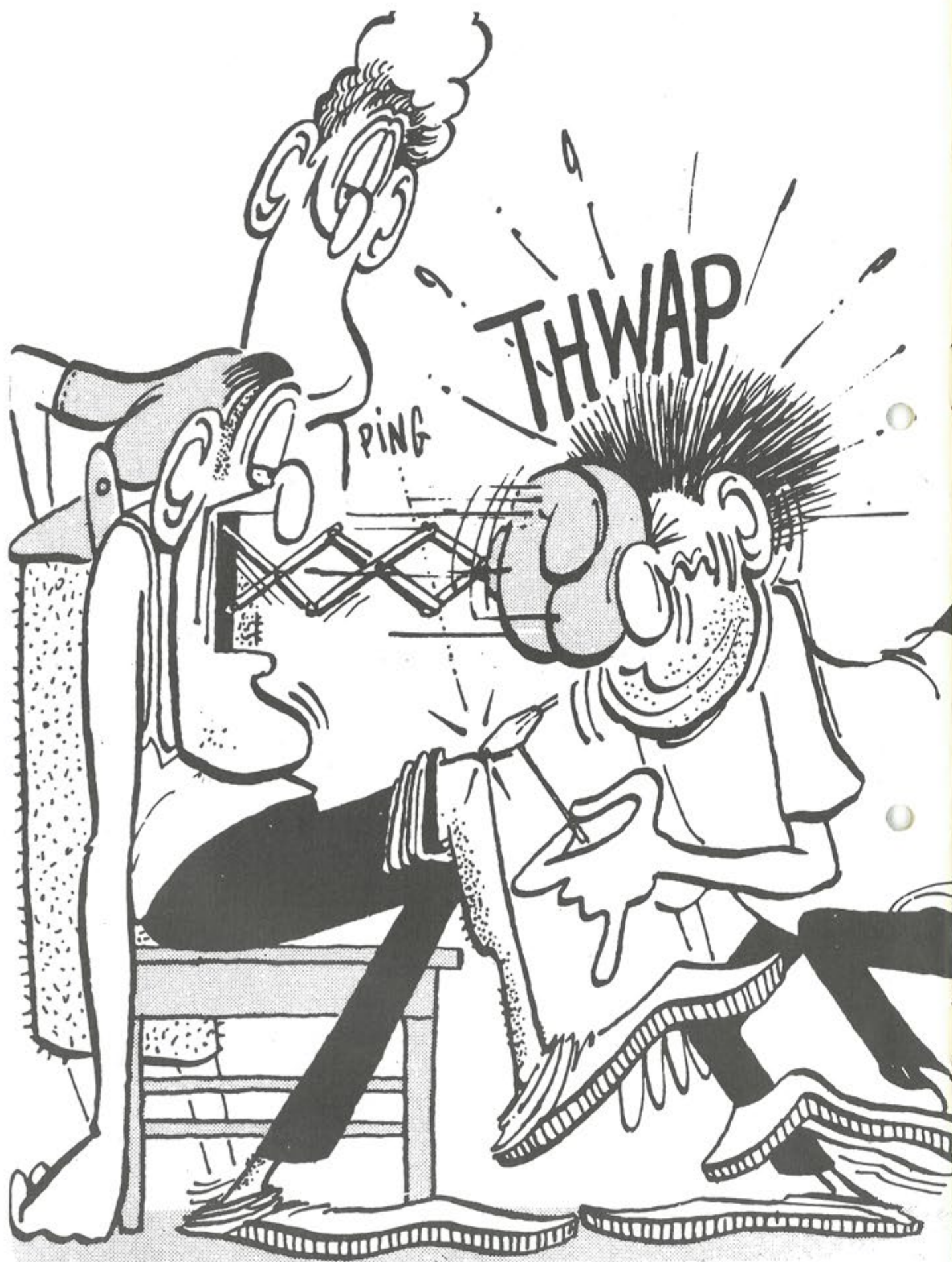
15.20-18.30: "Aktuelle problemer i farmakoterapi - faglig avveining og kommunikasjon"
- Professor Eigill Hvidberg, Rigshospitalet, København
- Professor Christopher J. Bjerkelund, Aker sykehus, Oslo
- Professor Per Fugelli, Institutt for almenmedisin, Bergen
- Apoteker Arne Rudjord, Otta apotek, Otta
- Helsedirektør Torbjørn Mork, Helsedirektoratet, Oslo
- Informasjonssjef Åste Weider Nielsen, Weifa, Oslo

Diskusjon etter innleggene

18.30- Selskapielig samvær
Tale ved redaktør Ole K. Harlem, Tidsskrift for Den norske lægeforening

Åpent for alle interesserte

Påmelding til Institutt for farmakoterapi, Universitetet i Oslo, Postboks 1065 Blindern, 0316 Oslo 3, tlf. (02) 456050/456056 innen 26. november



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. Fornytt væskeinntak hjalp likevel ikke disse pasientene fordi det oppstår en spasme i øsofagusslimhinnen 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. Lymecydin (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.

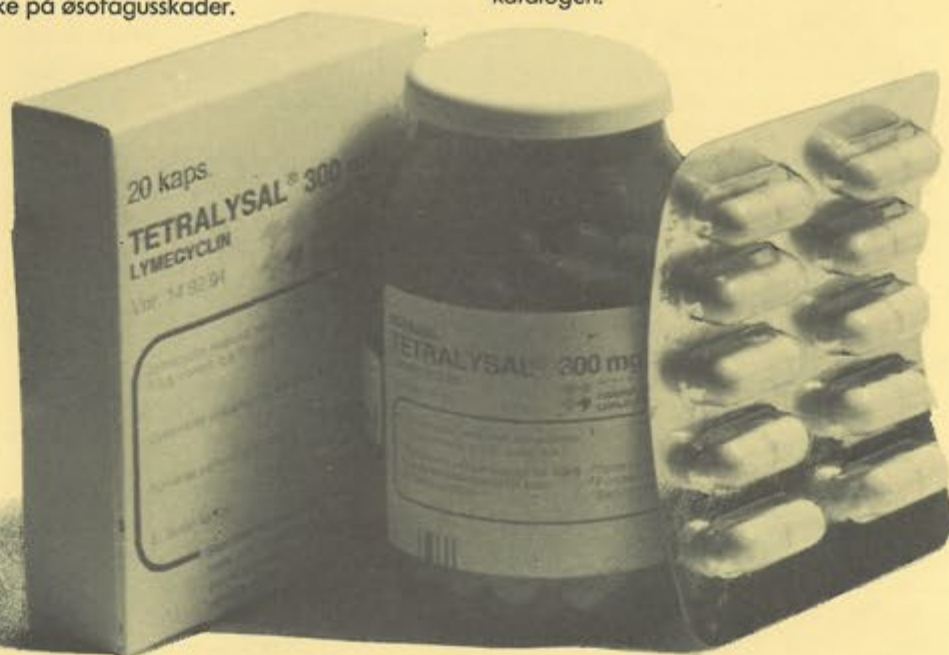
Ulcerations œsophagiennes induites par la doxycyclines. À propos de 5 cas.

(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 felles-katalogen.



MONTEDISON GROUP

FARMITALIA
CARLO ERBA

Postboks 53, 1371 ASKER
Tlf. (02) 79 07 60

Tetralysal[®]
lymecylin

SWENSEN, ELISABETH

3870 FYRESIAL

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal



6 gode hjelpere for deg og dine pasienter!

SEBAMED er en ny type biologisk virksomme preparater til rengjøring og pleie av huden. pH-verdien er 5,5 den samme som frisk hud. Preparatene rengjør og pleier uten at det naturlige beskyttelseslaget i huden forstyrres. Preparatene er alkaliefrie og allergitestet.

Spesielt velegnet til ømfintlig hud, hudirritasjoner, i dusj og bad, til uren hud, intimpleie og når vanlig såpe ikke tåles.

SEBAMED serien består av 6 varianter; Compact, flytende, shampoo, skumbad, lotion og krem. Serien fås kjøpt på apoteket.



GRATIS SEBAMED PRØVEPAKKE ØNSKES TILSENDT:
Navn: _____
Adresse: _____



RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR
Skårerletta 80 Postbox 20 N-1473 Skårer Tlf. (02) 70 55 20 Telex 76738 N



Gastrobitan[®] cimetidin

Gastrobitan

- medikamentell behandling med Gastrobitan gir meget god prognose for tilheling av ulcus.
- bivirkningene er få, og reversible.
- dokumentert både til kur og profylakse.
- den enkelte pasient kan spare mye på å bruke Gastrobitan.
- cimetidin i ulcusbehandling gir store besparelser for samfunnet.

Gastrobitan[®] cimetidin

Antikoagulantia, perorale, eks. warfarin.
Benzodiazepiner som metaboliseres, eks. diazepam, klordiapoxid, klorazepat, men ikke oxazepam.
Fenytoin og karbamazepin.
Klormetiazol.
Morfin?
Propranolol, metoprolol, labetalol.
Teofyllin.
Lidokain infusjon - toksiske konsentrasjoner.
Størst klinisk betydning vil kombinasjoner med stoffer med snever terapeutisk indeks få, eks. warfarin, fenytoin og teofyllin.
Enzymhemmingen er tidsvis betydelig, med en økning i halveringstid på fra 30 til nær 100%.
Cimetidins egen omdannelse kan i mindre grad påvirkes av andre legemidler som virker enzyminduserende, eks. fenobarbital.
Cimetidin interagerer med enkelte legemidler. Noen av disse er av klinisk betydning (I : 40 e).

GASTROBITAN

Histaminerg H₂-reseptorantagonist

ATC-nr. A 02 B A 01

EGENSKAPER: Klassifisering/virkningsmekanisme:

Hemmer både stimulert og basal sekresjon av saltsyre, og minsker pepsinproduksjonen. Hemmer kompetitivt histamins virkning på histamin H₂-reseptorer i magesekkens slimhinne. Repræsenterer således de histaminerge H₂-reseptorantagonister. Histamin H₂-reseptorer finnes i de fleste organer og vev. Den funksjonelle betydning av histamin H₂-reseptorer i ulike vev er ukjent med unntak for magesekkens slimhinne.

Absorpsjon: God etter oral administrering.

Proteinbinding: Ca. 20%.

Halveringstid: Ca. 2 timer.

Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene. Ca. 75% gjenfinnes vanligvis i urinen etter en oral dose, og 85% etter en parenteral dose hovedsakelig uforandret.

Halveringstiden forlenges hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Hovedmetabolitten er sulfoksydet, dette utskilles også via urinen. Halveringstiden er korrelert til kreatininclearance.

Overgang i placenta/morsmelk. Passerer placentabarrieren og utskilles i morsmelken. Fjernes fullstendig ved hemodialyse.

INDIKASJONER:

Duodenalsår og benigne ventrikelsår verifisert ved røntgen eller gastroskopi, samt Zollinger-Ellison syndrom.

Langtidsbehandling av pasienter med stadig residiverende eller kroniske duodenalsår hvor operativ behandling ikke er gjennomførbar. Forsøksvis ved reflux øsofagitt påvist endoskopisk eller biopsisk. Profylaktisk mot blødninger på grunn av stress ulcus hos kritisk syke.

KONTRAINDIKASJONER:

Relative: Graviditet og døgning.

BIVIRKNINGER:

Diaré, svimmelhet, tretthet, feber og hudutslett, vanligvis lette og reversible. Reversibel gynekomasi sees hos mindre enn 1% av pasientene. Tilfeller av reversible forvirningslister er rapportert først og fremst hos eldre og pasienter med nyre- og leverinsuffisiens. Initialt forbigående stigning av plasmakreatinin som regel innen normalverdiene, uten klinisk betydning. Enkelte tilfeller av transaminasestigning og sjeldne tilfeller av hepatitt, pankreatitt og interstitiell nefritt, samtige er reversible. Reversible blodbildeforandringer: Leukopeni sjeldent. Agranulocytose og trombocytopeni meget sjeldent.

FORSIKTIGHETSREGELER:

Institusjonering av langtidsbehandling må skje av spesialister eller ved sykehus. Forsiktighet bør vises hos pasienter med tidligere lever- og nyreskader. Levertransaminaser bør følges under langtidsbehandling. Pasienter med betydelig nedsatt nyrefunksjon må få redusert dose (se tabell under Dosering). Da cimetidin kan gi symptomatisk bedring hos pasienter med ventrikkel-cancer, er det meget viktig at en malign lidelse utelukkes ved gastroskopi og biopsi før behandling av ventrikkel-sår starter. Behandling av barn bør vurderes av spesialist.

INTERAKSJONER:

Cimetidin kan hemme nedbygningen av en rekke legemidler og derved øke deres effekt. Dette skjer 1) vesentlig ved en hemming av mikrosomale oksydative enzymer (cytokrom P-450) og dessuten 2) mulige ved en reduksjon i leverens blodgjennomstrømming (H₂-blokkerende effekt). 2) kan eventuelt ha betydning for høy-clearance-stoffer, eks. propranolol, mens 1) vil påvirke en rekke stoffer som metaboliseres via dette enzymsystemet i leveren.

Karakteristisk for cimetidins enzymhemming er at maksimal effekt sees allerede etter 1 døgn og effekten oppheves få døgn etter seponering. Hemningseffekten er større hos pasienter som på forhånd har redusert leverfunksjon. Foreløpig er cimetidin-interaksjoner av denne type rapportert for følgende stoffer/stoffgrupper:

DOSERING:

Vokne: Peroralt: Ved **duodenalsår** vanligvis 0,8 g - 1,0 g cimetidin pr. dag enten 400 mg morgen og kveld, eller 200 mg 3 ganger daglig til måltidene, pluss 400 mg til natten. Ved **ventrikelsår** vanligvis 200 mg 3 ganger daglig til måltidene pluss 400 mg til natten. Dosen kan økes til 400 mg 4 ganger daglig hos pasienter med kraftig saltsyresekresjon dersom tilfredsstillende resultat ikke oppnås ved vanlig dosering. Behandlingen bør vare i 4 - 6 uker selv om pasienten blir symptomfri tidligere. Ved **profylaktisk** langtidsbehandling av **duodenalsår** gis 400 mg om kvelden eller om nødvendig 400 mg morgen og kveld. Ved **reflux øsofagitt** anvendes 400 mg 4 ganger daglig til måltidene og til natten. Ved **Zollinger-Ellisons** syndrom kan dosen økes til 2 g per døgn ved behov. Til personer med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatininclearance.

Dersom man ikke har verdien for kreatininclearance, kan dosen beregnes etter serumkreatinverdier. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin initialt.

Kreatininclearance (ml·min.)	Serumkreatinin (μmol/l)	Dosering
< 15	400-900	200 mg x 2
15-30	200-400	200 mg x 3
30-50	100-200	200 mg x 4

Barn: Erfaringene er begrenset når det gjelder bruk av cimetidin hos barn. For dosering: Se spesiallitteratur.

OVERDOSERING/FORGIFTNING:

Meget lav akutt toksisitet. Bestemmelse av akutt toksisitet ved dyreforsøk viser så høy LD₅₀ at man antar det vil være vanskelig å fremkalle akutt forgiftning hos mennesker. Dyreforsøk med ekstremt høye doser tyder på at kunstig respirasjon kan ha verdi. Akutt overdosering med opptil 20 g uten særlig bivirkninger er rapportert flere ganger.

PAKNINGER

Tabletter 200 mg: 50 stk. kr. 118,95

200 stk. kr. 452,40

Tabletter 400 mg: 56 stk. kr. 263,25

100 stk. kr. 452,40

KabiVitrum



Adresse: Postboks 22 Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 54 29 50



ANGST DEPRESJON ASTENI

FLUANXOL

(Flupentixol)

1-3 mg/dag

NEUROLEPTIKUM

Indikasjoner: Psychiatria minor: Som adjuvans til pasienter med nervøse lidelser preget av asteni, depresjon og angst, tretthet, motløshet, apati, initiativløshet. Senile atferdsforstyrrelser. Alkoholisme.

Kontraindikasjoner: *Absolutte:* Koma, svære alkohol-, opiat- og hypnotikaintoksinasjoner. *Relative:* Svære urotilstander (gjelder kun for lav dosering).

Bivirkninger: Ved bruk av preparatet i lave doser <3 mg opptrer det sjelden bivirkninger (således vanligvis ingen autonome forstyrrelser). *Ekstrapyramidale:* Akinesi, parkinsonisme, akathisi, akutte dystonier. Dosereduksjon og evt. tillegg av antiparkinsonmiddel i begrenset tidsrom, vanligvis helst ikke lenger enn 2-3 måneder, bedrer ofte symptomene. Akathisi reagerer ofte dårligere på antiparkinsonmidler enn de parkinsonlignende symptomer. Tardive dyskinesier, mer eller mindre irreversible. Dosen reduseres, og gradvis seponering av medikamentet overveies. Vanlige antiparkinsonmidler forverrer dyskinesien. *Psykiske:* Søvnforstyrrelser hos enkelte pasienter, særlig ved overgang fra medikamenter med hypnogen effekt. I lave psykosedoser (3-15 mg/døgn) kan akathisi hos enkelte pasienter opptre som rastløshet, angst, uro og spenning. *Vegetative og kardiovaskulære:* Meget sjelden i terapeutisk doseringsområde.

Forsiktighetsregler: Ved langvarig neuroleptikabehandling må vedlikeholdsdosen ikke være høyere enn strengt nødvendig. Man bør være observant overfor tidlige symptomer på tardive dyskinesier. Antiparkinsonmidler bør kun brukes når det foreligger behandlingskrevende ekstrapyramidale bivirkninger. Alkoholtoleransen og evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner kan påvirkes. Initialt må det derfor utvises forsiktighet inntil man kjenner den individuelle reaksjon på behandlingen.

Som for andre psykofarmaka bør man helst ikke gi det til gravide. I lavere doseringsområder har Fluanxol en aktiviserende effekt. I enkelte tilfelle har man derfor sett søvnforstyrrelser. Man kan da gi Truxal «Lundbeck» (klorprotixen) 15-25 mg 1 time før sengetid. Ved overgang til Fluanxol hos pasienter som behandles med sedativt/hypnogen virkende psykofarmaka bør kveldsdosen av disse opprettholdes en tid fremover. Pasienter i langtidsbehandling bør kontrolleres rutinemessig.

Interaksjoner: Antikolinerge antiparkinsonmidler, benzodiazepiner, betanidin/guanetidin/ganglieblokkere, CNS-depressiva, adrenergika, antihistaminer, antihypertensiva, antikolinergika, l-dopa, generelle anestetika, metoklopramid, piperazin, tricykliske antidepressiva.

Dosering: Depresjoner, neuroser, alkoholisme, senile psykoser og atferdsforstyrrelser samt oligofreni: Initialt 0,5 mg 2 ganger daglig, evt. økning til 2-3 mg daglig. Ved oligofreni og senile psykoser økes dosen evt. til 4 mg daglig, og ved anankastiske og svære angstneuroser kan dosen evt. økes til 5-6 mg daglig. Evt. andre psykofarmaka seponeres før overgang til Fluanxol bortsett fra evt. kveldsdosen av hypnogen virkende preparater. En ofte gunstig kombinasjonsbehandling ved depresjoner er å gi Fluanxol om dagen og Sarotex (amitriptylin) Retard «Lundbeck» om kvelden.

Pakninger og priser:

Tabletter:

0,25 mg: 50 stk. kr. 20,10, 100 stk. kr. 32,35.

0,5 mg: 50 stk. kr. 28,30, 100 stk. kr. 48,05, 10x100 stk. kr. 394,70.

1 mg: 50 stk. kr. 39,60, 100 stk. kr. 69,80, 10x100 kr. 571,40.

5 mg: 100 stk. kr. 170,95.

Mikstur: 0,2 mg/ml: 250 ml kr. 34,75.

Dråper: 100 mg/ml: 10 ml kr. 412,10.



NORSK REPRESENTANT:
H. LUNDBECK A/S

DRAMMENSVEIEN 342 ● 1324 Lysaker ● Tlf. (02) 53 93 64

Gastrobitan®

cimetidin



Sikkert og effektivt middel
mot duodenalsår
og benigne ventrikkelsår

Dr. A.J. Morgan



Har du sett
noen **ADA**
i det siste?

ANGST
DEPRESJON
ASTENI

FLUANXOL
(Flupentixol)
1-3 mg/dag

SCHERING



Ved
hormonell antikonsepsjon
— trefase p-pillen

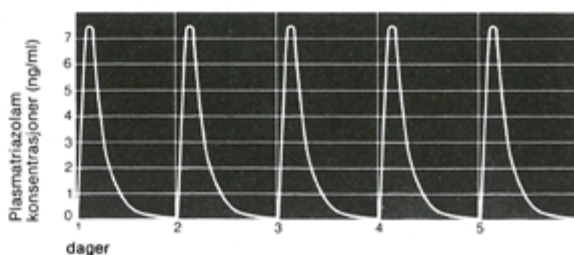
Trionetta



NYHET
TRIONETTA
28-kalenderpakning

Halcion[®]

(triazolam)



Plasmanivåer av triazolam etter gjentatt administrasjon.

B Hypnotikum

Tabletter:

Hver tablett inneh.: Triazolam 0,125 mg resp. 0,25 mg. Tablettvekt ca. 100 mg. Fargestoff: 0,125 mg: Indigotin, erytrosin. 0,25 mg: Indigotin.

Egenskaper:

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

Indikasjoner:

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

Kontraindikasjoner:

Hypersensitivitet for legemidlet.

Bivirkninger:

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

△ Forsiktighetsregler:

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

Interaksjoner:

Interaksjon kan ses med CNS-depressiva (bl.a. alkohol). (I: 51 e benzodiazepiner).

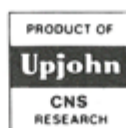
Dosering:

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

Voksne: 0,25–0,5 mg. **Geriatriske pasienter:** 0,125 mg (økes trinnvis til 0,25 eller 0,5 mg ved behov). **Hospitaliserte pasienter:** 0,25–0,5 mg.

Pakninger og priser:

0,125 mg: 10 tabl. kr. 14,35 – 30 tabl. kr. 28,85 – 100 tabl. kr. 72,55
0,250 mg: 10 tabl. kr. 17,35 – 30 tabl. kr. 36,60 – 100 tabl. kr. 94,55



Registrert varemerke: HALCION

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

NYHET

Trionetta

28-
kalenderpakning

Trionetta kan nå tas
kontinuerlig

28-pakningen inneholder 21 tabletter
dosert på samme måte som Trionetta
21-pakning. I tillegg gis 7 placebo-tabletter.

*Trionetta tas kontinuerlig for å minske
muligheten for pasientfeil.*

Trionetta
28-pakning



hver dag en p-pille —
lett å huske.

Upjohn Central Nervous System Research

Et betydelig fremskritt i behandlingen av søvnløshet



Halcion[®]

(triazolam)

Bedret søvnkvalitet uten uttalt effekt
på neste dags aktivitet

„De langtidsvirkende præparater
bør undgås, hvor man ikke specielt ønsker
dagsedation”

Rasmussen, P. Terpager & Wildschjødtz, G.
Ugeskrift for Læger 144, 331-336, 1982

