

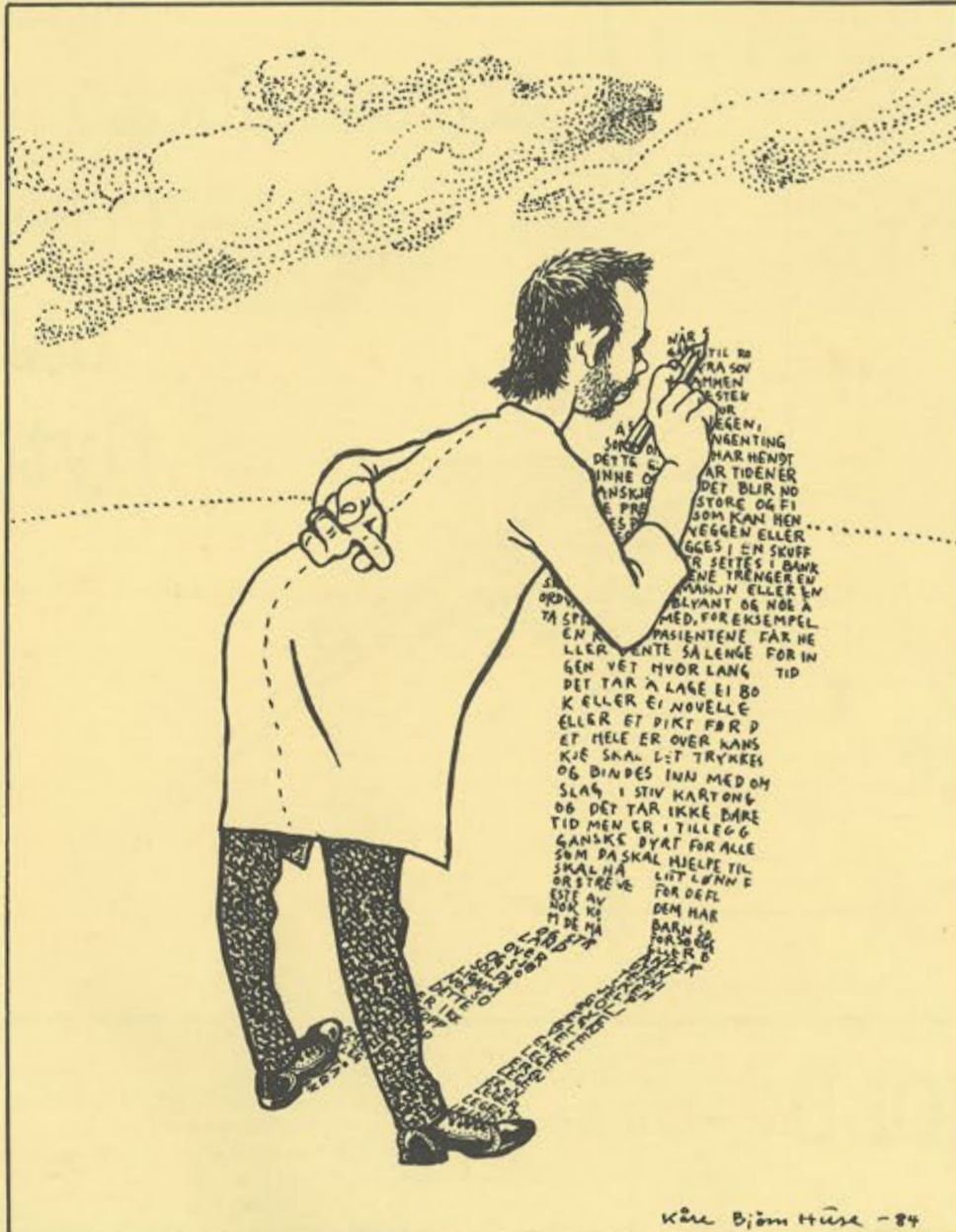
# UTPOSTEN

## BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 8

1984

ARGANG 13



Av innholdet:

- UTPOSTENS ESSAYKONKURRANSE
- Å VÆRE LEGE I U-LAND
- PRIVAT LEGEVAKTSENTRAL
- m.m.

**TEMA: Samfunnsmedisinsk arbeid i kommunehelsetjenesten**

Utdelt Unionen 07/ 63000.

# 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 1193

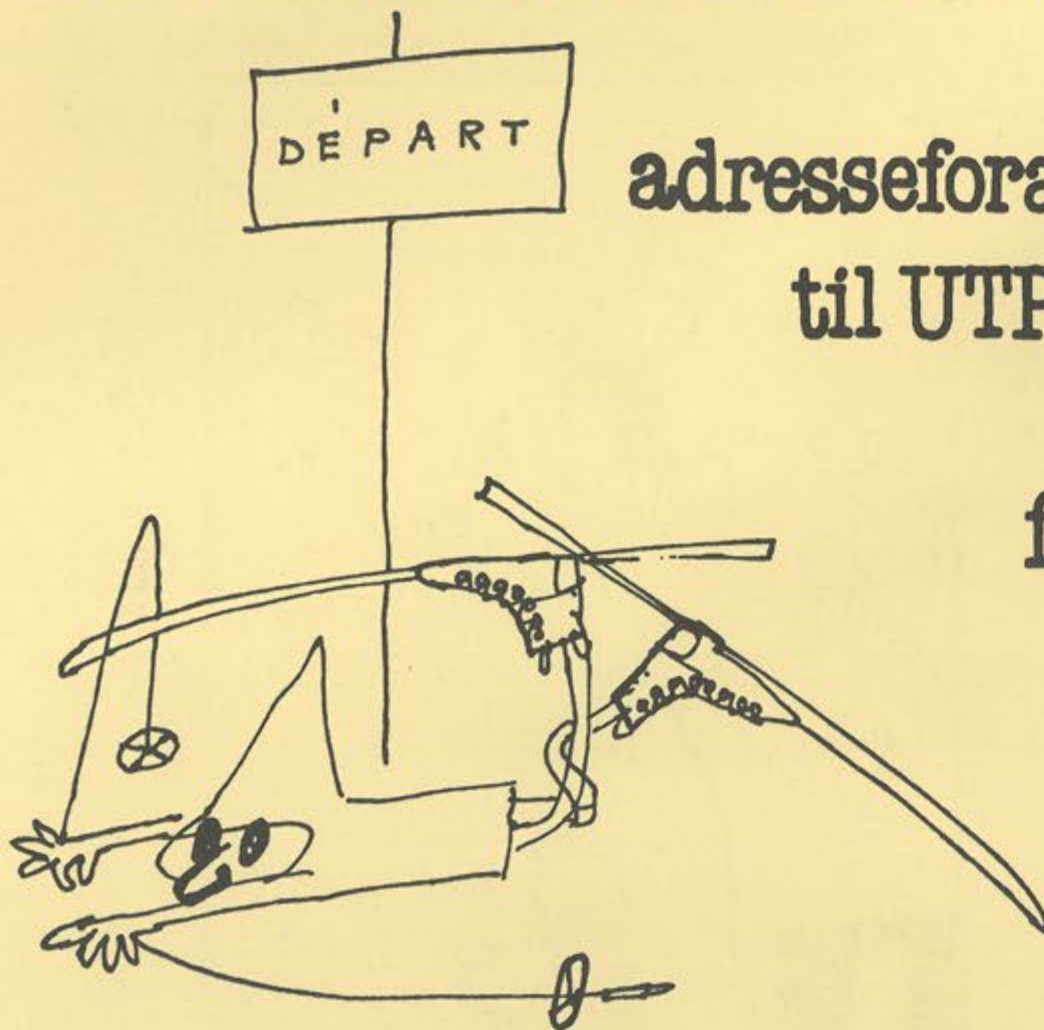
Frode Heian  
Tingvoll Helsecenter  
6630 Tingvoll  
Tlf. kont. 073. 31 100  
Tlf. priv. 073. 31 437

Øystein Pedersen  
Distriktslegekontoret  
6400 Molde  
Tlf. kont. 072. 55 036  
Tlf. priv. 072. 51 068

Jon Hilmar Iversen  
Distriktslegekontoret  
6490 Elde  
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

## Meld adresseforandring til UTPOSTEN når du flytter!



*Alles nur eine Frage der Übung*

## INNHOOLD:

Magne Nylenna: Utpostens essay-konkurranse s. 222  
 Signe Flottorp: Veien videre s. 224  
 Knut Arne Høltedal: Å være lege i U-land s. 226  
 Magne Nylenna: Ny disputas i almenmedisin s. 231  
 Magne Nylenna: Privat legevakt-sentral i Oslo s. 232  
 Peer H. Staff: Hva vet vi om mosjon og helse? s. 234  
 For Fatter: Tabbspalten s. 236

Henrik Seyffarth: Ved livets ende s. 250

TEMA: SAMFUNNSMEDISINSK ARBEID I KOMMUNEHELSETJENESTEN  
 Hans Petter Scjønby: Kommuned diagnose som samfunnsmedisinsk verktøy s. 238  
 Per Hjortdahl: ICPC - internasjonal klassifikasjon for primærhelsetjenesten s. 243  
 Gunnar Tellnes: Medisinalberetningene - kan vi lære noe av dem? s. 245  
 Per Steinar Steinsvoll: årsmeldingen fra sjukeheimen s. 247

# Hilsen til leserne ved årsskiftet



Når vi nå sender ut det siste nummeret i denne årgangen, bruker vi det som et påskudd til å trykke et bilde av oss sjøl og hilser venner og eventuelle uvenner i nord og syd, øst og vest. Bildet viser at vi er ekstremt dårlig kjønnsknotert. Når en ser bort fra denne mulige Achilleshæl, så er vi en temmelig heterogen gruppe med tilsvarende nyanser i syn på stort og smått både innenfor og utenfor helsevesenet. Vårt felles ærende er en grådig interesse for almen- og samfunnsmedisinen som vi nå ser vokse og forme seg rundt oss. Utposten har vært et viktig forum i norsk almen- og samfunnsmedisin i 13 år. Vi var så heldige å få ta over samtidig med at snøballen begynte å rulle for alvor.

Vi bor såpass spredt at kommunikasjonen oss i mellom stort sett blir pr. brev og telefon. Kanskje møtes 2 eller 3 av oss i forbindelse med mer tilfeldige møter fra tid til tid. 3-4 ganger i året møtes vi alle for å studere tidligere nummer og å tegne konturner av 5-7 nummer framover.

Dette er vårt bidrag til å forme Utposten. Resten blir reportasjer, referater og innlegg som strømmer inn fra alle deler av landet. Dermed mener vi at Utposten ikke gjenspeiler bare våre egne spesialinteresser og blinde flekker, men også en del av det som skjer i almenmedisinen nasjonalt og internasjonalt. Aktiviteten i det norske helsevesenet er i dag så stor at vi hele tida står i fare for å gå glipp av viktige signaler og utspill. Vi håper at leserne har overbærenhet med at vi ikke greier å få med alt i 8 utgaver pr. år.

De 3-4 redaksjonsmøtene i året er hyggelige og Magne N. har kalt dem "lyspunkter i en ellers ganske lys tilværelse". Bildet illustrerer dette. Ellers har vi en bokstavelig talt enestående medarbeider i Ulset form og profil: et lokalt en-kvinne formgivingsfirma. Neste gang blir Alvild U. også med på bildet!

Vi ønsker alle vel møtt igjen i 1985!

\*Fra venstre: Jon Hilmar, Magne, Ola, Frode og Øystein.



# Utrykkonkurranse

## Utpostens essaykonkurranse - konkurranseregler

Utposten inviterer sine lesere til en konkurranse om årets beste primærmedisinske essay. Deltagerne stilles fritt i temavalg, men emnet må være aktuelt og sentralt i dagens norske almen- eller samfunnsmedisin. Manuskriptet må utarbeides på norsk og artikkelen må ikke ha vært publisert tidligere.

### Manuskriptutarbeidelse:

Manuskriptet skal være maskinskrevet og innsendes i to eksemplarer. Manuskriptet skrives på A-4 ark og bare på den ene siden av arket. Det benyttes dobbel linjeavstand (ca. 30 linjer pr. ark) og bred marg (ca. 60 anslag pr. linje). Artikkelens lengde bør ikke være under 10 manussider og må ikke overskride 15 manussider. Dersom litteraturhenvisninger er aktuelle, føres disse opp i henhold til "Vancouver-konvensjonen" (jfr. Tidsskriftets manuskriptveiledning). Manuskriptet innledes med en kortfattet innledning (ingress) på inntil en manusside.

### Anonymisering:

Forfatterens navn skal ikke fremgå av manuskriptet. Manuskriptet skal imidlertid gis en tittel som knyttes til innholdet og ved innsendelsen skal det vedlegges en lukket konvolutt som er merket med manuskriptets tittel utenpå og som inneholder opplysninger om forfatterens navn, adresse og telefonnummer. Manuskriptene vil bli behandlet anonymt av juryen.

### Tidsfrist:

Manuskriptene må innsendes til: **Utposten, 6657 RINDAL** innen 1. mai 1985.

### Jury:

Manuskriptene vil bli vurdert av en jury bestående av almenpraktiker Dnlf Eli Berg Bratlie, professor Per Fugelli og stipendiat Magne Nylenna.

### Premiering:

Det vil bli kåret inntil to vinnere av konkurransen. Vinneren(e) vil bli tildelt Utpostens diplom og en samlet premiesum på kr. 10.000. Vinnerbidragene vil bli trykket i Utposten, og Utposten forbeholder seg retten til å kunne kjøpe inn også andre av de innsendte essays.

Ytterligere forespørsler om Utpostens essaykonkurranse 1985 kan rettes til Utposten, 6657 RINDAL ■

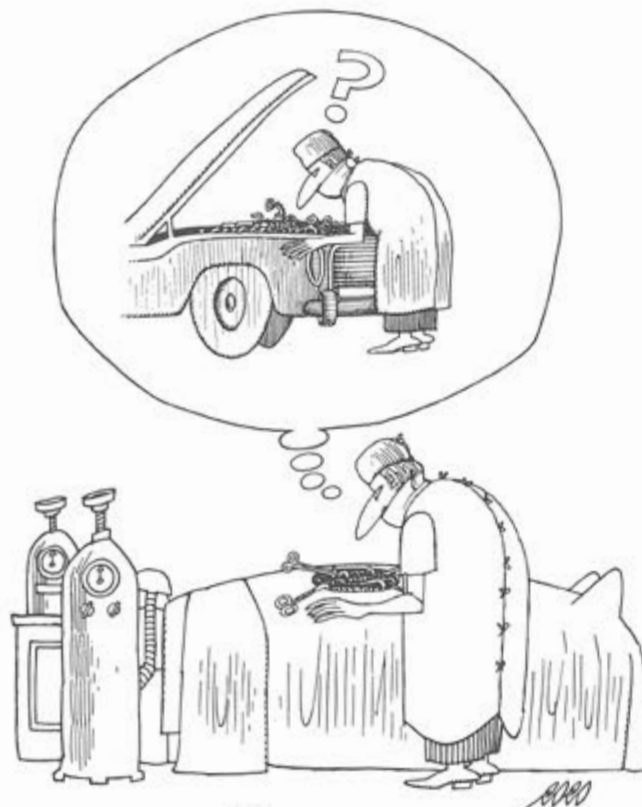


«Det var smart å komme hit med dette manuskriptet, vi trykker bare søppel.»



— Jeg skriver på en bog.  
— Nå, ja, jeg har ingen — så jeg skriver på selve bordet!  
(Storm P.)

# Veien videre



□ Signe Flottorp



Signe Flottorp er cand.med. fra Oslo 1979. Sykehusturnus i Arendal. Distriktsturnus på Vestvågøy i Lofoten og fortsatte her som distriktslege/kommunelege i Stamund. Styremedlem i NSAM.

NSAM avvikler nå sin 2. generalforsamling og har 1 1/2 års aktivitet å se tilbake på. Det er naturlig at vi nå diskuterer hvor vi vil videre. Jeg vil stryke spørsmålsteget bak titelen. Man kunne jo forledes til å tro at vi betvilte muligheten av å finne noen vei videre, som om vi enten skulle være kommet til målet, eller være tapt i den almenmedisinske jungel, hvor alle blomster er like bevaringsverdige og verdifulle.

I går var vi inne på om norsk almenmedisin er god eller dårlig. Det er i alle fall sikkert at den kan bli bedre - til glede for pasientene, for kommunene som har ansvaret for primærhelsetjenesten, og for legene som skal gjøre jobben. Vi er ubeskjedne nok til å tillegge NSAM en viktig rolle her, jfr. formålsparagrafen.

Det er allerede tatt initiativ og startet arbeid som vi venter skal

gi resultater. Det er nok å nevne navnene på underutvalgene for å antyde at vi er på vei: publiseringsutvalg, evalueringsutvalg, journalutvalg, kreftutvalg og forskningsutvalg.

Det må kunne sies at NSAM er en livskraftig og psykomotorisk velutviklet 1 1/2 åring som var så heldig å komme til verden som et resultat av et etterlenget, planlagt og nøye overvåket svangerskap. NSAM har lært å stå på egen ben og har tatt målrettede skritt som på flere områder har staket opp veien videre. Jeg kan ikke presentere nye visjoner eller Soria-Moria-slott for almenmedisinen. Det er kanskje ikke det vi har bruk for nå!

Den som har begge beina på jorda står stille, men bakkekontakt er nødvendig for å kunne gå.

Arbeidsoppgavene og ideene er mange og kjente: vi må selvfølgelig ikke glemme dem for de er realisert. Men vi må bestrebe os på å være konkrete og konstruktive: Hvordan virkeliggjøre vårt gode formål: Hvordan styrke aktiviteten i de (lokale) almenmedisinske miljøer?"

Vi har nå forutsetninger som gir muligheter vi ikke må skusle bort:

- vi har fått utviklet en almenmedisinsk ideologi og bevissthet: stikkord KOPF

- vi har endelig fått et lovverk for primærhelsetjenesten

- vi får stadig bedre legedekning i primærhelsetjenesten

- vi får snart en strukturert spesialistutdanning

- vi har entusiastiske almenpraktikere over hele landet

- og vi har NSAM

## Problemet

Problemet i praksis er det evig

# ere

aktuelle: hvordan få tida til å strekke til? Siden vi ikke kan regne med at døgnet vi få flere timer, eller uka flere dager, og siden vi ikke skal legge opp til maratonløp for almenmedisinske supermenn, må vi tenke ut i fra almenpraktikerens hverdag.

Jeg er kommunelege i Stamsund i Vestvågøy i Lofoten, for en befolkning på vel 2000 personer. Jeg går 6-delt vakt i en kommune med 11 000 innbyggere. Pasientarbeidet vil måtte ta det meste av min arbeidstid - og bør gjøre det. Jeg skal ikke beskrive travelheten og frustrasjonen over alt man ikke får gjort som en synes en burde gjøre: det er felles erfaringer.

Jeg vet ganske sikkert at jeg kunne lære mye mer av det arbeidet jeg gjør, uten at det krevde så ekstra mye tid. Vi lærer selvfølgelig av almen erfaring, men vi lærer mer av systematiserte og bevisstgjorte iakttagelser enn av vage inntrykk og anelser. Vi kan lære av feil, men da må vi vite at vi har begått feil.

Almenmedisinen er et uoversiktlig mangfold av ulike måter å drive klinisk arbeid på. Det er intet mål å utarbeide stramme retningslinjer for den ideelle praksis. Men å gi rom for positiv individualitet er ikke det samme som å si at alt er like bra. Vi fasineres av frodighet og vil gjerne ta vare på fine og morsomme planter - de hundre blomster må gjerne blomstre. Men skal vi bli best, som Olav Rutle sa det igår, må vi nok drive litt hagearbeid, og da må det gjødsling, luking og foredling til.

Jeg ønsker meg et selskap som kan bli et verksted for utvikling av bedre almenmedisin. Vi må sammen finne verktøyet vi skal benytte, vi må utvikle metodene, og vi må tegne målet klarere.

Målet: God almenmedisin.

Metoden: Akademisk/faglig ut-

vikling integrert i daglig praksis.

Verktøyet: Almenpraktikerne, de lokale almenmedisinske miljøer, instituttene.

## Målet:

For meg er god almenmedisin en spennende kombinasjon av faglig dyktighet og ekte menneskelighet.

Faglig dyktighet er lettest å definere: et sett av krav til teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter. Vi vet ganske mye - nivået kan heves. Men på mange felt vet vi ikke nok om hva som er god almenmedisin. Det gjelder en rekke av de vanlig forekommende sykdommer og plager: hva er egentlig den optimale utredning/behandling i almenmedisinen? Vi har en masse psykosomatiske lidelser: hva vet vi om dem? Familiemedisin i praksis? Eldreomsorg? Forebyggende arbeid? Det er ikke vanskelig å finne stikkord: vi venter på klinisk almenmedisinsk forskning.

Ekte menneskelighet er vanskeligere å definere, men ikke mindre viktig av den grunn. I vår iver etter å utvikle akademiske ferdigheter og almenmedisins prestisje må vi ikke glemme engasjement og nærhet og ikke minst huslegens sans for sunt folkevett.

## Metoden:

Integrering av faglig utvikling i daglig praksis er det som vil hjelpe oss å finne ut mer presist hva som er god almenmedisin. Dette kan ikke være en ren instituttoppgave. Kollegene rundt i landet sitter på erfaringer og bør og vil ha et ord med i laget i defineringen av god almenmedisin.

- Her har NSAM en oppgave.

Howdan integrere akademisk/faglig utvikling i daglig praksis?

Vi må skape et positivt og stimulerende almenmedisinsk miljø. Vi må spre budskapet om hvordan vi kan lære mer av den praksisen vi driver. Vi må utvikle hjelpemidler, evalueringsopplegg, litteraturveiledning.

Vi må tørre blottstille oss, venne oss av med alltid å presentere vår skoleflinkhet. Her burde forutsetningene være bedre i almenmedisinen enn i sykehusmedisinen. Vi sysler jo med så mange forskjellige saker og blir aldri helt overbevist om at vi behersker noe helt helt til

bunns. Det kan være pinlig å blottstille sin uvitenhet om noe man føler man burde vite, og som man jo alltid slå opp om når man kommer hjem, men ....

Folk som tør dumme seg ut for tjener ros og ikke ris.

Vi må kikke hverandre i kortene. Kanskje nabokollegaen har rutiner som faktisk fungerer bedre, kanskje hun har nyttige saker i legekofferten, kanskje hun faktisk har bedre orden på kontoret og et smartere arkivsystem? Det gjør godt å kunne gi tips/dele erfaringer - både gode og dårlige.

## Vi må lære av de mer erfarne:

Jeg misunner dem som fra første stund får glede av et strukturert utdanningsprogram, og som kan få gleden av en god veiledning. I dag er mange av oss nærmest autodidakter i almenmedisin. Vi har knapt lært almenmedisin i studiet. Jeg hadde ingen distriktslege som kunne veilede meg i turnus. Vi har riktignok et stimulerende miljø av unge og entusiastiske kommunelger, men vi er jevngamle og mangler "læremester". Dette er situasjonen i mange av distriktene i Nord-Norge og vil bli et økende problem med veksten av antall leger i primærhelsetjenesten.

Gode kurstilbud kan ikke erstatte daglig personlig feedback. Spesielt gjelder dette hjelp til å takle egen svakhet, usikkerhet, jfr. Utposten 5/84.

Kunne NSAM få igang et slags "pilotprosjekt" i veiledet almenpraksis?

## Vi må lære av spesialistene:

Spesialister og almenpraktikere har sammen gjort mye bra arbeide for å definere god almenmedisin i de enkelte fagområder. Vi forventer mer litteratur her. Spesialistene sitter med god oversikt over ulike henvisningspraksis og får sikkert inntrykk av ujevn kvalitet. Denne viten er en ressurs som vi kan benytte oss av - ikke for å henge ut enkelte kolleger, men for å lære. Vi må ikke være så redde for å ta fram i lyset hva vi faktisk bedriver. Det kunne være en mulighet at lokale grupper så litt nærmere på dette.

## Vi må lære av pasientene:

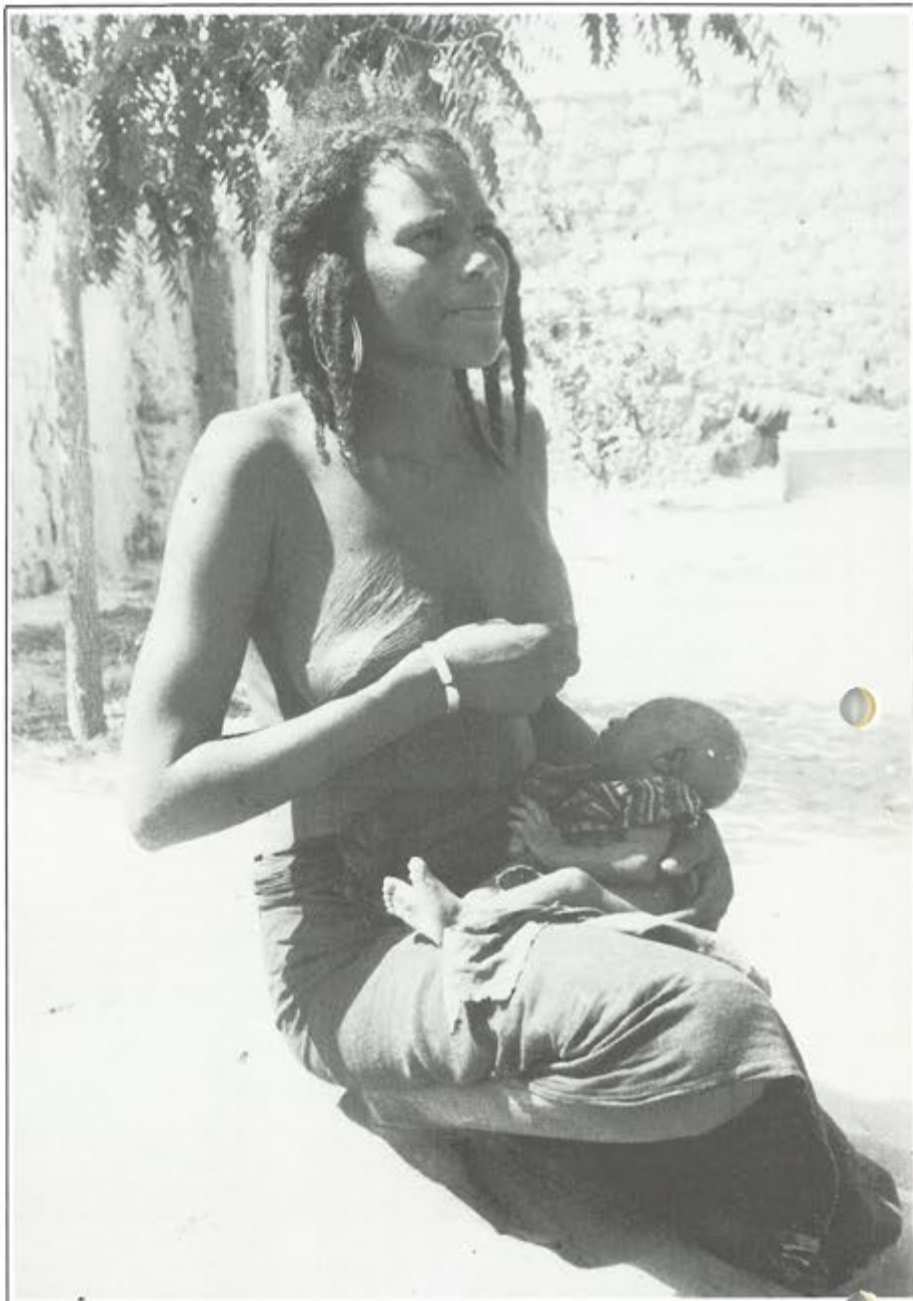
Vi kan lære mye av den enkelte pasient hvis vi åpner for reell kommunikasjon. Vi bør forsøke å oppfatte kritiske signaler uten reflektorisk å komme i forsvars-

posisjon. Vi bør innrømme utilstrekkelighet og avmakt, i alle fall overfor oss selv, men iblant også sammen med pasienten. Konsultasjonen er vårt viktigste arbeidsredskap. Hvordan kan vi bedre evaluere hva som egentlig foregår, eller "resultatene" av konsultasjonene? Vi kan lære mer av pasientene som gruppe. Hva med en slags "Aksjon publikum"? Hva forventer pasientene av oss. Hvordan mener folk at en god almenpraktiker bør være?

### Vi må lære av hverandre:

Vi må bygge videre på legegruppene. Disse fungerer mange steder utmerket, både for faglig samarbeid og utvikling, og for å løse administrative oppgaver. Slike grupper vil få en sentral plass i spesialistutdanningen. Gode samarbeidsideer og nyttige erfaringer er allerede diskutert i NSAM. Møteserier, medical audits, evauleringsprogrammer: metodene kan være mange og NSAM må være det forum som videreformidler og utvikler gode ideer. Det er et stort marked for "skreddersydde" evalueringsopplegg og strukturerte programmer for faglig utvikling. Systematisk evaluering vil være et incitament for den kliniske forskning som bør drives i almenpraksis.

Vi jobber jevnt og trutt: vi har ideer som kanskje altfor ofte forsvinner i de daglige rutinene. NSAM må bli et redskap som kan hjelpe oss, i vår travle praksishverdag, å finne veien videre ■



Mor- og barntjenesten er viktig.



# Å være lege i u-land

□ Knut Arne Holtedal □  
kommunelege i Tromsø



Knut Arne H. er cand. med. fra Oslo 1969. Almenpraktiker Dnlf fra 1975. Har vært innom pediatri, psykiatri og altså trope-/U-landsmedisin. Kommunelege ved Kvaløysletta helse- og sosialsenter i Tromsø.



Sahel-landsby: her kan primærhelsetjenesten gjøres rimelig og effektiv.

Noen omfattende U-landsmedisinsk erfaring har jeg ikke. Men som sosialantropolog-ektefelle har jeg hatt to ettårsperioder i Afrika; i Sahelområdet i det østlige Niger i 1970 og det siste året i Nord-Kamerun, i byen Ngaoundere som er på Tromsøs størrelse. Før Nigeroppholdet fulgte jeg et seks måneders kurs i tropemedisin ved Universitetet i Paris. I Niger arbeidet jeg ved et lite, men ganske velorganisert bush-sykehus der jeg etter kort tid uventet ble alene som arbeidsvillig, men fersk lege. I Kamerun har jeg hatt med skrivearbeid hjemmefra, men de fire siste månedene har jeg gratisjobbet på den ca. 60 sengers barneavdelingen samtidig som jeg har hjulpet til på mor- og barn-klinikken ved Provins-sykehuset. Vanligvis er det legevisitt bare to-tre ganger ukentlig på barneavdelingen fordi avdelingslegen også er sykehus-administrator og har mye konsultasjonsvirksomhet. Jeg skal prøve å formidle noen subjektive inntrykk av hvordan jeg har opplevd helse- og sykdomspanorama, menneskekontakt, prioriteringer og muligheter for å gjøre nyttig arbeid i helse-tjenesten i disse landene.

## En annenledes erfaring

Noen likegyldige opplevelse er det i hvert fall ikke å leve og arbeide i den tredje verden. Gleder og skuffelser veksler fort både i arbeid og dagligliv. Menneskekontakten er som regel ikke vanskelig, særlig hvis man lærer seg litt av et lokalspråk. Fargerikdommen i klær, smykker og bruksgjenstander er en kilde til

daglig glede. I helsesammenheng er det fint å se at de fleste spebarn fortsatt bæres på ryggen og ammes til 1-1 1/2 års alder, og at storfamiliesamholdet er sterkt nok til at man som regel kan få hjelp i krisesituasjoner. Blant annet klarer de fleste å skrape sammen penger nok til nødvendige medisiner. Den gruppen som umiddelbart synes å ha det vanskeligst utenom de rene nød-områdene, er førstegenerasjons kjernefamilier og enslige med halvdårlig elementær skolegang og økende avhengighet av penge-økonomi i et vanskelig arbeidsmarked - altså ikke så ulikt fattige familier i Europa. Disse familiene har sjelden kjøleskap og WC, men er mottakelige for moderne markedsføring. I økende grad tåteflaskeernærer de sine spebarn uten å ha innarbeidet nødvendige hygieniske vaner. Disse barna dør, i motsetning til de fåtallige funksjonærbarne som følger europeiske vektkurver og dessverre tilsynelatende er blomstrende reklame for de samme tåteflaskene.

I mer tradisjonelle familier er det barna i 1 1/2 - 2 års alder som er mest utsatt for sykdommer og død. Svært vanlig er det å se velnærte tre-fire måneder gamle babyer som opp mot ettårs alder gradvis stagnerer i vekt fordi den nødvendige tilleggsernæringen til morsmelken er mangelfull. Malaria og ankylostoma-ormer bidrar til langsom anemiutvikling. På den tiden barnet avvenes er forsvaret mot tarminfeksjoner og barnesykdommer minimalt. I områder med hungersnød er det ikke vanskelig å forstå at det går slik, men dette er den vanlige

småbarnsutviklingen i områder med rikelig grønnsaker og frukt på markedene, med mulighet for å kjøpe kjøtt og/eller fisk, og med helsetjenestetilbud i området.

## Krav til nyttig helsearbeid

Forutsetninger for nyttig helsearbeid er forskjellig på landsbygda og i byer, og fra land til land. For nødsområder, og i tilfelle av utbredte eller epidemiske sykdommer, har jeg tro på nytten av intensive hjelpeprogrammer av begrenset varighet. Når det gjelder alminnelig, kontinuerlig helsetjeneste, har det i de områdene jeg kjenner vært mye å hente ved en bedre helhetlig og samtidig mer desentralisert organisering og administrasjon av alle sider av helsetjenesten. Basis for all helsetjeneste må være lokale mor-og-barn-klinikker som driver svangerskapskontroll og følger alle barn i området til femårsalder. Minimumsbetingelser på landsbygd såvel som i byer er et toroms hus, en syke- eller hjelpepleier, en gjerne lokalutdannet "ernæringsekspert" som underviser foreldre ved et uten-dørs ildsted (også i Afrika begynner fedrene å komme med!), en lokal veie-person, en vekt som står framme, WHO-vekstkurver eller andre former for vekstkurveskjema/notatkort som mødre oppbevarer i en plastpose, petroleumsdrevet eller elektrisk kjøleskap og eventuelt dypfryser til vaksiner og sera, og et PR-opplegg og program for vaksinasjonsvirksomhet. Vann og såpe kan som regel skaffes greit. Dette er såpass enkle krav at utstrakt desentralisering skulle være mulig. Parallelt med slik helseklinikk-tjeneste må det etableres et kurativt minimumstilbud for hele lokalbefolkningen. Forsøksprosjekter i Vest-Afrika har vist at kinesisk-inspirerte barfotlege-opplegg kan fungere selv i fattige nomadeområder (1). Lokalbefolkningen vil nesten alltid støtte opp om desentraliserte projekter i form av dugnadsinnsats på helsehus, betaling til den lokale "helseagenten" i form av fødevarer og gratisarbeid på dennes mark, osv.. Når projektene ofte mislykkes, er det fordi de mer sentrale instansene ikke følger opp: Enkel, men regelmessig medisinforsyning, mulighet for evakuering av alvorlige syke og regelmessige samlinger med videreutdanning og diskusjoner for det lokale personellet er helt nødvendige forutsetninger for å bevare arbeidsglede og kunnskaper (2). Også jeg har opplevd mangel på oppfølging og

interesse fra det sentrale byråkrati som viktig der jeg har møtt dårlig fungerende helsetjeneste. Dette er kanskje et poeng for bistandsorganisasjoner: det er riktig å desentralisere bistand, men helt vesentlig å sikre at koordineringen sentralt også fungerer.

Kirurgiske tjenester er problematiske fordi de alltid legger beslag på store deler av et helsebudsjett, men i byer og større landsbyer må det være et minimumstilbud. Endel enkle og rimelige kirurgiske tjenester har uvurderlig betydning for de menneskene som hjelpes, og siden resultatene ses raskt, har vellykkede operasjoner stor PR-verdi for andre deler av helsetjenesten. Andre områder hvor innsats for den enkelte kan bety umåtelig, er syns- og hørselstjenester, samt protesetjenester og/eller kirurgi for ortopediske skavanker. Fysioterapitjenester kan man vel foreløpig bare drømme om.

## Behovet for fødselregulering

Hvis man spør kvinner i Ngaoundere, sier mange klart fra at de gjerne vil begrense tallet på barnefødsler. Men først må de oppleve at de aller fleste barna lever opp. De fleste funksjonærfamilier er nådd dit, og motivasjonen for familieplanlegging øker raskt i andre befolkningslag.

Ønsket om familieplanlegging er altså nært knyttet til hygiene-forbedring og innføring av moderne helsetjeneste, ikke minst til gode mor-og-barn-klinikker. Enhver sak har to sider, dessverre også innføring av god helsetjeneste. Sosialantropologen Fredrik Barth mener reduksjon av barnedødelighet i endel samfunn kan være tilstrekkelig til å ødelegge en hårfin økologisk balanse og dermed livsgrunnlaget for en befolkningsgruppe (3). Han nevner derfor familieplanlegging som like viktig. Morleys arbeider (4) tyder på at man ved å innføre en effektiv mor-og-barn-tjeneste i en landsby kan redusere barnedødeligheten betydelig i løpet av en femårsperiode. Sannsynligvis vil ønsket om familieplanlegging da melde seg gradvis, for eksempel i løpet av nok en femårsperiode. Morley anbefaler at man alltid oppretter et familieplanleggingstilbud i tilslutning til en mor-og-barn-klinikk. Mødrene kan da gå dit etter å ha bragt barn til kontroll.

I praksis er det et problem at de



Trollmannen- viktig i tradisjonell helsetjeneste.

som driver helsetjenesten i U-land gjerne vil satse på barnekontroll, men har ofte lite til overs for familieplanlegging. Muslimske og mer tradisjonelt pregete regimer varierer i sin praksis. De kan ha et økonomisk begrunnet ønske om å begrense befolkningsveksten, men de er sjelden entusiastiske og ofte negative til praktisk fødselskontroll. Lokal motstand kan være stor, ikke minst fordi menns mulighet for å oppnå prestisje gjennom mange barn begrenses.

Helsetjeneste i misjonsregi spiller en betydelig rolle i mange U-land og er ofte meget velorganisert med forsyningslinjer direkte fra hjemlandet. Jeg har lest (men har ikke referansen) i hvert fall ett godt arbeid av katolske misjonsleger og opplæring i "sikre" perioder på basis av kvinnens egen vurdering av slim fra livmorbalsen. Men regelen er nok at katolsk organisert helsetjeneste overser fødselregulering. Protestantisk misjon er sjelden prinsipielle motstandere av familieplanlegging. Men entusiasmen for slik virksomhet er sjelden stor og omfatter aldri tilbud om "spiral"-innsetting, siden slike livmorinnlegg dels virker via tidligaborter. Dette er problematisk fordi livmorinnlegg kanskje er det mest praktiske tilbudet for kvinner som har født flere barn. Et tilleggsproblem ved all prevensjonsvirksomhet er at utbredelse av kjønnssykdommer og infeksjonsbetenget sterilitet er slik at det er nødvendig med spesiell omtanke og interesse fra helsepersonellens side. For alle som tilbyr helsetjenester i U-land er det nok viktig å tenke gjennom Olav Hodnes ord: "Klarer ikke (India) å holde befolkningssøkningen i sjakk, er jeg redd håpet er ute for dette landet" (5).

## Sykdomspanorama

Sykdomsspekteret er kanskje ikke så veldig forskjellig fra det hjemlige, men manifestasjonene og komplikasjonene er annerledes: Den individuelle helsebakgrunnen er svært ofte mangelfull ernæring og malaria-/ernæring-/innvollsorbetinget anemi, ikke minst hos barn og unge. Luftveisinfeksjoner blir ofte til lungebetennelser. Diareer vedvarer og minsker ytterligere kroppsvekt og infeksjonsmotstand. Meslinger blir regelmessig komplisert med bakterielle luftveisinfeksjoner og er like alvorlige som i Europa for hundre år siden. Det blir ikke bedre av at meslinger er en av de sykdommene der endel tradi-

sjonelle tiltak er direkte skadelige: Både i Sahel-området (6) og i Kamerun fjerner man proteinholdige matvarer fra kosten, behandler diare med væskerestriksjon, og meslingepasienter blir til tross for snørr og øyenverk ikke vasket før alt utslett og skjelling er forsvunnet. En meget fluevennlig praksis! Nettopp fordi sykdommen betraktes som så alvorlig, tviholder mange på disse skikkene og vil nødige bringe barna til sykehus hvor slikt ikke respekteres.

Tuberkulose må man hele tiden ha i mente og iblant behandle uten sikre diagnostiske holdepunkter. Hjernehinnebetennelse er hyppig, epidemisk i Sahel-beltet sør for Sahara de tre første månedene hvert år. Poliomyelitt er langt fra utryddet, og hepatitt A og B virus florerer. Bruddskader og brannskader kommer ofte sent til behandling. Det samme gjelder fødte med vanskelige fødsler eller morkake som ikke kommer ut av seg selv.

De færreste sykehus opprettholder noe særlig diagnostisk ambisjonsnivå når det gjelder malaria. Til tross for at laboratoriediagnostikken er enkel og ofte kan gi sikre holdepunkter for behandling, nøyer man seg med å gi tillegg av antimalariamidler ved nesten enhver febertilstand. I Vest- og Sentralafrika er kinin ofte rutine til tross for at klorokin-resistens aldri er påvist i denne del av verden. Kininet gis da ofte en gang i døgnet til tross for at det skilles ut av kroppen i løpet av fire-fem timer. Det er et skrikende behov for sentral og desentralisert malariaforskning for å behandle og forebygge denne sykdommen mer rasjonelt. Også hos folk som tar profylakse vet man svært lite om hvilke symptomer som virkelig er malaria-betingende: "Det er nok et virus", sier man i Europa. "Det er nok malaria", sier man i Afrika. Flere og flere afrikanere følger europeerens eksempel og tar regelmessig medikamentprofylakse, oftest med klorokin som kanskje helst skulle reserveres for behandling. Muligheten for doseavhengig klorokin-skade i øyets netthinne øker ved slik flerårig profylakse: Etter fem år med beskjeden ukentlig klorokinose anbefales skifte til annet middel (7) -og det er svært få midler som er aktuelle.

Mange av de øvrige trope-sykdommene er også viktige, men dominerer vanligvis ikke sykdomsbildet. For å drive skikkelig diagnostikk og behandling er det

nødvendig med et minimum av laboratorieutstyr. Billige farvevasker mangler oftere enn det dyre mikroskopet. Diagnostikken lettes noe av at insektvektorer og dermed de enkelte sykdommene ofte er geografisk avgrenset: områder med skog, langs elver, avhengighet av minimumstemperaturer osv..

## Samarbeid. Hjelpemidler.

Faglige medarbeidere danner man seg vanligvis en subjektiv oppfatning av. Mange helsearbeidere i Afrika er svært dyktige, med kunnskaper og ferdigheter som går langt utover deres formelle utdannelsesnivå. Når man ikke har noen overordnede å spørre til råds, tvinges man til å handle selvstendig. På den annen side får man heller ikke noe korrektiv til tvilsomme avgjørelser. Jeg har også opplevd leger og sykepleiere med merkelige vaner når det gjelder diagnostikk og behandling, særlig i form av omfattende og ukritisk medikamentbruk på løse indikasjoner. Poenget er at man må samarbeide med dem alle hvis man vil pasientens beste, og at man som europeer rimelig nok sjelden har den øverste administrative myndighet. Reell kunnskap blir oftest godt mottatt hvis den presenteres med takt. Fagbøkene er den beste referanse og trøst for faglig ensomhetsfølelse. Jeg skal kort nevne de bøkene eller typer bøker som har vært viktige i mitt arbeid:

Mange U-lands-legers og -sykepleieres "bibel" har vært Maurice Kings "Medical care in developing countries" (8), siden den kom i 1966. Denne boken er ennå aktuell og utrolig praktisk. King har også redigert en god laboratoriebok (9), men det er mye nyttig laboratoristoff i den førstnevnte boken også. Parrys bok (10) er spesielt skrevet for afrikanske forhold. Den har fine kapitler om væskebehandling og enkelte andre emner, men er ellers litt ujevn, kortfattet iblant. Alt i alt vil jeg anbefale å ta den med hvis man skal som lege i Afrika.

En god bok i tropemedisin trenger man, og da jeg tok eksamen, var Mansons "Tropical medicine" (11) omtrent enerådende. Nå har de frankofone fått en like god bok (12). Den er meget moderne med innledende kapitler om geografi, økologi og sosiøkonomiske forhold. De enkelte sykdomsgrupper er omtalt klart og greit, med moderne og klare retningslinjer for behandling.

En bok er av UNICEF og andre

hjelpeorganisasjoner funnet å være så viktig at den utgis samtidig på fransk og engelsk, og med sterkt subsidiert pris: David Morleys bok om pediatriske prioriteringer (4). Morley har vært en pioner i utviklingen av "Under-fives"-klinikker. Boken er viktig og praktisk for alle leger i utviklingsland, fordi man nesten uansett spesialitet vil møte pediatriske problemstillinger. Boken har også gode generelle avsnitt om administrasjon og kommunikasjon.

UNICEFs nye GOBI-aksjonsprogram (Growth chart + Oral rehydration + Breastfeeding + Immunization) er sterkt inspirert av Morleys arbeid.

Ellers har jeg hatt glede av en enkel traumatologibok (13), og uansett erfaringsbakgrunn vil de fleste ha nytte av en oppslagsbok om praktisk fødselshjelp. Skal man drive kirurgi, er oppslagsverk helt vesentlig. Å prøve å få midler til et fagbibliotek som kan fornyes litt hvert år, og å hjelpe til med å organisere faglige møter, er kanskje blant de nyttigste ting man kan gjøre som lege i den tredje verden.

### Medikamentproblemer

Er man ambivalent overfor farmasøytisk industri hjemmefra, minskes følelsen neppe i den tredje verden. På den ene siden er man daglig takknemlig for at visse medisiner finnes, på den annen side forarges man ofte over sammensetninger, markedsføring og indikasjonsbeskrivelse som de samme firmaene forlenget har forlatt i Europa. Den samme representanten som helt riktig fremholder kloramfenikol som det beste midlet ved tyfoidfieber, understreker samtidig at det egentlig er best å gi midlet ved enhver spebarns- og småbarnsdiare. Å lære mødre å lage salt-sukker-oppløsning i renvaskede kopper er bedre langsiktig forsvaret mot småbarnsdiare enn å lære dem at diare må behandles med kinoliner, sulfa, kloramfenikol og stoppende preparater. Delvis takket være industrirepresentantenes innsats kan det være vanskelig å overbevise helsemedarbeidere om slikt. Et effektivt WHO-program for medisinpolitikk i den tredje verden vil være en velsigenelse. Det er gledelig at de skandinaviske land var blant de som sto bak et initiativ i denne retning som 17. mai i år ble vedtatt med 100 mot 1 stemme (USAs; Vest-Tyskland og Japan stemte ikke) (14). Hittil er det kumelkpulver som har vært mest i fokus. Det er selvsagt et nyttig næringsmiddel og industriprodukt,

bare ikke for spebarn flest. Medisinal- og næringsmiddelindustrien må nøye seg med å reklamere for sine produkter der det er behov for dem. De reelle behov og dermed markedet er sannelig stort nok.

### Konklusjon

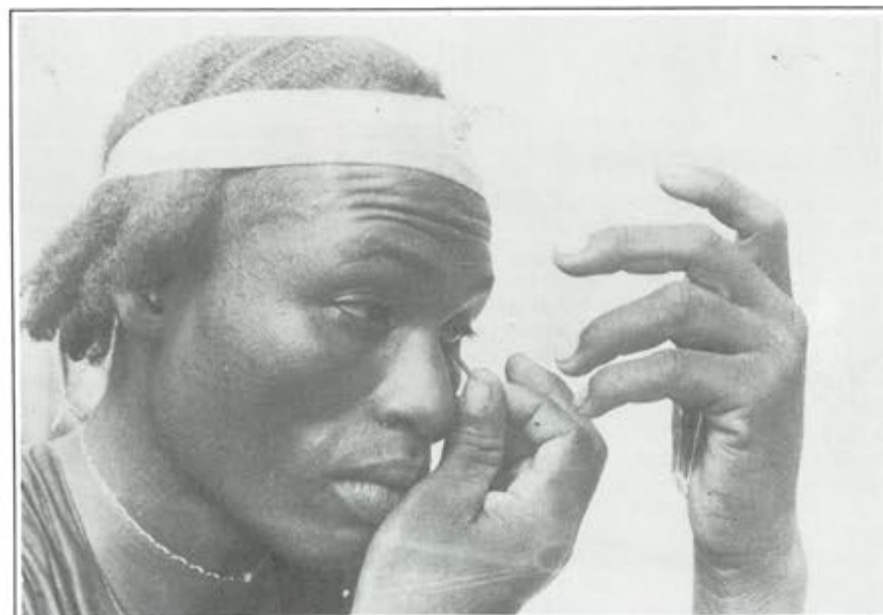
Det er mulig, men ikke alltid lett for en europeisk lege eller sykepleier å gjøre nytte for seg i et utviklingsland. Man må respektere lokale autoritetsforhold, men får da ofte god

lokal støtte i arbeidet. Det man kan lære fra seg har mer varig verdi enn det man utretter i øyeblikket, men det daglige arbeid er viktig nok. Holdningsmessig kan det være viktig at forebyggende medisin gis samme oppmerksomhet som den kurative, og at man tilstreber godt samarbeid og erfaringsutveksling mellom primærhelsetjeneste og sykehustjeneste. Har man lyst og muligheter, vil mange få en rik opplevelse ved å delta i helsearbeid i et utviklingsland ■

### LITTERATUR



Representanter for moderne helsetjeneste: staben ved sykehuset i Maine-Soroa, Niger.



Anagambamann som sminker seg: mye er annerledes i Afrika.

1. Marty M.: Evaluation des soins de sante primaire dans la zone pastorale du cercle de Gao (Mali). IRAM. Paris 1982 (sten-sil).

2. Famille & Developpement 1981; 28: 35-58.

3. Redd Barna 1984; 4: 6-7.

4. Morely D.: Pediatrie dans les pays en developpement. Problemes prioritaires. Flammarion Medicine-Sciences. Paris 1983. (engelsk originalversjon: Pediatric priorities in the developing world).

5. Norkontakt 1983; 5: 22.

6. Marty M.: Note sur la medecine et les pratiques traditionnelles dans le cercle de Gao (Mali). IRAM. Paris 1982 (sten-sil).

7. Public Health Laboratory Service Malaria Reference Laboratory: Malaria prophylaxis for long term visitors. Br Med J 1983; 287: 1454-5.

8. King M.: Medical care in developing countries. Oxford University Press. London 1966.

9. King M.: A medical laboratory for developing countries. Oxford University Press. London 1983.

10. Parry EHO (ed.): Principles of medicine in Africa. Oxford University Press. Nairobi 1976.

11. Wilcocks og Manson-Bahr: Manson's Tropical medicine. Bailliere Tindall. London 1983.

12. Gentillini M og Duflo B: Medicine tropicale. Flammarion Medicine-Sciences. Paris 1982.

13. Kirkaldy-Willis WH og Wood AM: Principles of the treatment of trauma. E & S. Livingstone Ltd. London 1962.

14. Le Monde, 19. mai 1984.

# Ny disputas i almenmedisin



Kommunelege Anders Grimsmo, Surnadal disputerte 17. november for den medisinske doktorgrad ved Universitetet i Oslo med avhandlingen "Fra å bli syk - til å bli pasient". Arbeidet er utført ved Institutt for almenmedisin i Oslo, og avhandlingen er utgitt i publikasjonsserien til SIFFs gruppe for helsetjenesteforskning (rapport nr. 1/1984).

Anders Grimsmo holdt sine to prøveforelesninger 16.11. Den selvvalgte forelesningen hadde tittelen "Bedriftshelsetjeneste i primærhelsetjenesten". Forelesningen var et ganske klart debattinnlegg i dagens bedriftshelsetjenestediskusjon, der doktoranden tok klart standpunkt for en integrering av bedriftshelsetjenesten i kommunehelsetjenesten. Det oppgitte emne var "Sosiale forskjeller i helse. Hva kan almenmedisineren gjøre med det?". Særlig med utgangspunkt i konsultasjonen tok Anders Grimsmo opp de muligheter almenpraktikeren har for å utjevne helseforskjellene som finnes i samfunnet. Han konkluderte optimistisk med at almenpraktikeren på mange områder har gode muligheter for å oppnå resultater i dette arbeidet.

Selve disputasen foregikk i Universitetets gamle festsal med professor Carl-Erik Mabeck og forskningssjef Hans Waaler som henholdsvis første og annen opponent. Doktoranden måtte tåle til dels sterk kritikk for slurve- og skrivefeil i avhandlingen. Førsteopponenten hevdet endog at avhandlingen var "preget av hastverk".

Anders Grimsmos arbeid tar utgangspunkt i Grenlandsmaterialet som han har gjort til gjenstand for en inngående analyse med tanke på legesøkningsadferd og sosiale forskjeller. Han konkluderer med at det finnes sosiale forskjeller i helse. I hans undersøkelse er infeksjonssykdommer den eneste sykdomsgruppe som ikke viser sosial variasjon. Han viser også at sammenhengen mellom mors og barns helse er langt sterkere enn mellom fars og barns helse. Han viser dessuten at folk som praktiserer egenomsorg har kortere sykeperioder, mindre fravær fra arbeid og går sjeldnere til lege enn andre.

Selv om doktoranden fikk ros for sitt grundige analysearbeid og sine sofistikerte statistiske metoder, måtte han også tåle kritikk på mange områder. Førsteopponenten trakk blant annet frem bruken av begrepet egenomsorg som han hadde sterke innvendinger mot. I avhandlingen er egenomsorg gitt en vid definisjon, som blant annet inneholder kiropraktikk og soneterapi. Carl-Erik Mabeck mente at med denne definisjonen av egenomsorg var det vanskelig å trekke noen konklusjoner i det hele tatt på dette området. Han roste imidlertid doktoranden for hans påvisning av sammenhengen mellom sykdom hos mor og barns helse i motsetning til sykdom hos far og barns helse.

Annenopponenten gikk særlig inn på de statistiske metoder som er brukt i avhandlingen og som på mange måter danner selve fundamentet for disputasen. I motsetning til førsteopponenten mente han imidlertid å ha funnet en side uten trykkfeil (side 247?). Mye av statistikken ble gjennomgått nærmest i form av et revolverintervju, og store deler av disputasen var underholdende, ihvertfall for tilhørerne.

Både doktorand og opponenter kunne enes om at legesøking er en svært komplisert prosess. Anders Grimsmo har med sine avanserte metoder gitt et godt bidrag til forståelsen av både sosiale forskjeller i helse og årsaker til legesøking. En slik forståelse kan nok også komme til nytte som kommunelege på Nordmøre. I stedet for å ønske doktoranden til lykke med videre forskning, ønsket da også Hans Waaler i stedet befolkningen i Surnadal til lykke med en vitenskapelig interessert almenpraktiker.

Magne N.

# Privat legevaktssentra -ulykke eller utfordring

□ **Magne Nylenna** □

Ifølge store presseoppslag vil en privat legevaktssentral være en realitet i Oslo fra april 1985. En gruppe sykehusleger, med Jens Moe fra Norsk Luftambulansse i spissen, har leid Ringhuset på beste vestkant og vil starte et helt privat legesenter basert på familie-medlemskap og årsavgift. Etableringen kommer ikke overraskende, og selv om heller ikke Jens Moe anses som like "stueren" i alle kretser, er det likevel et klart fremskritt i forhold til de useriøse talsmenn gruppen omkring Privat Hospital på Mesnalien har operert med. I sitt arbeid i Norsk Luftambulansse har Moe greid å lansere sitt produkt på en dyktig måte, og hans evner til markedsføring og PR står knapt nok tilbake for våre fremste skrankeadvokater og popartister.

Vil så denne private etableringen få konsekvenser utover den gruppen av arbeidssøkende assistent- og reserveleger som sikres arbeid, og den gruppen pasienter som vil få "spesialist-tjenester" i stedet for ordinære bydelslegetjenester? Se det står igjen å se.

Det skal bli spennende å følge prosjektet. Det er åpenbart at spesialistprofilen vil bli tillagt mye vekt i markedsføringen. For å kunne drive døgnkontinuerlig fremgår det likevel at de ni spesialistene vil ansette seks almenpraktikere, formodentlig til kvelds- og natt-tjeneste??

Jens Moe har allerede reklamert med computertomograf som en del av utstyret, og en avklaring av eventuelle trygderefusjonsmuligheter for slike undersøkelser imøteses med spenning. I neste omgang kan også indikasjonstillingen for slike og tilsvarende undersøkelser bli av interesse. Med årlig driftsutgifter på et tosfifret antall millioner, vil det nok være behov for andre inntektskilder enn en årsavgift på 700 kroner.

Bortsett fra et tilbud om forsikring for mulige fremtidige hjerteroperasjoner, har ikke noe forsikringsselskap trådt åpent frem på arenaen ennå. Sannsynligvis sitter forsikringsselskapene foreløpig på gjerdet og avventer utviklingen. Det er imidlertid liten grunn til

å tvile på at prosjektet er økonomisk vel fundert. Initiativtakerne tar nok en velkalkulert økonomisk risiko, og i en by av Oslo's størrelse burde det så absolutt være marked for en slik tjeneste, dersom man finner den rette nisjen og kommer heldig ut fra starten av.

For å klare seg må man i tillegg til å fremvise en høy faglig standard med velkvalifiserte leger, kompetent hjelpepersonell og adekvat og moderne utstyr, også kunne tilby noe som det offentlige helsevesen, i dette tilfelle bydelslegeetaten i Oslo, ikke har. Noen av disse faktorene kan være:

## Lett tilgjengelighet

Det må være enklere å komme til enn ved byens øvrige legekontorer, dvs. kortere ventetid ved timebestilling og på venteværelset, lengre åpningstid, noe som også er signalisert i form av den reklamerte døgntjeneste. Telefonsvareren må erstattes av en hyggelig og vennlig stemme.

## Personlig omsorg og service

Som i næringslivet forøvrig må man yte kunden service i form av vennlighet og personlig omtanke. Dette er nært forbundet med trygghet og tillit, og i en åpningsfase vil kanskje legene ved senteret endog kunne tenke seg å forsake avspaseringer og kursvirksomhet for å tilby kontinuitet.

## Tiltalende miljø og omgivelser

Hva godt som enn kan sies om Oslo kommunale legevakt i Storgata 40, så er hverken lokalene eller miljøet spesielt delikat eller innbydende. Det skyldes nok ikke bare det tildels belastede klientellet som frekventerer stedet, men også rene bygningsmessige forutsetninger. I et nyinnredet legesenter i Ringhuset vil nok omgivelsene være både fredeligere og mer tiltalende. For en mor med et febersykt barn i en sen nattetime eller for en kirkegjenger som besvimer under høymessen, skal man ikke se bort fra at bare det å unngå rødspriddunst og oppkaststank er verd en hundrelapp eller to ekstra.

Luftambulanssens Jens Moe står på

Privat legevakt for medlemmer

Oslo-leger start privat legevakt får blandede

4 REPORTASJER  
Brannfakkel i debatten om helsepolitikk:

Ni sykehusleger er nå iferd med å etablere et privat legevaktssenter i Oslo. Senteret skal baseres på medlemskap. — For et engangsbeløp i innmeldingsavgift og et årlig medlemsgebyr vil legene tilby et topp moderne senter med spesialistler av ulike kategorier i...  
...mer i...  
...Moe slip...  
...Det sier...  
...TEJJE AVNER...  
...Attenopptattene artikkel...  
...morgengullgave om...  
...sommers...  
...stammer. Me...  
...TERJE AVNER...  
...De som...  
...senteret kan få hjelp 24 timer i dr...  
...og sykeforsikring med bl...  
...og v...  
...og v...



# Hva vet vi om mosjon og helse:

skjelett, brusk,  
sener og bånd?

Peer H. Staff er overlege ved Fysikalsk medisinsk avd., Ullevål sykehus.

Denne artikkelen er et supplement til forrige nr. av UTPOSTEN som handlet om korsryggens lidelser. Den gir oss en nyttig og anvendelig forklaringsmodell over betydningen av fysisk aktivitet for behandling og profylakse av belastningssykdommer.

Peer H. Staff

■  
Leddene med sin brusk, underliggende ben, kapsel, bånd og sener tilhører bevegelsesapparatets passivt stabiliserende strukturer. Aktivisering kommer ikke istand uten ved medvirkning fra det kontraktile apparat. Man har derfor hatt lett for å betrakte disse vevsstrukturer som passive også i metabolsk og funksjonell sammenheng. Dette til tross for at de fleste av bevegelsesapparatets mest symptomgivende regressive prosesser nettopp kommer til uttrykk i ben, brusk, sener og bånd.

Det faste bindevevet, som utgjør hovedkomponenten i disse vevstypene, består av kollagene fibre, intercellularsubstans og celler. Til tross for åpenbare morfologiske forskjeller har benvev, hyalin brusk, fiberbrusk, sener og bånd klare fellestrekk hva angår mikroskopisk struktur og metabolske egenskaper (1).

I eldre litteratur betraktes disse vevsstrukturene som metabolsk inaktive (2), mens nyere undersøkelser har vist en klar metabolsk aktivitet, selv om denne ikke kan måle seg med f.eks. muskel- og levervev (3).

## Benvev

Etter avsluttet lengdevekst fortsetter skjelettet å øke i sin masse inntil fjerde dekad. Deretter skjer det et jevnt tap av benvev. Den maksimale benmasse er størst hos menn og tapet noe langsommere enn hos kvinner. Reguleringen av skjelettets mineraliseringsgrad og vekst styres blant annet av mekanisk påvirkning og ernæringsmessige (vaskulære) forhold. Støttefunksjonen er avhengig av den mekaniske belastning vevet utsettes for både med hensyn til mineraliseringsgrad og innhold av kollagene fibre. Det er noe usikkert om fysisk aktivitet kan bremse det aldersbetingede bentap selv om flere arbeider antyder at dette er mulig (6).

## Hyalin brusk

Leddbrusken er i de ekte ledd bygget opp av hyalin brusk. Brusken består av kollagene fibre arrangert i et karakteristisk mønster. Det kollagene nettverk holder en geleaktig grunnsubstans og bruskcellene på plass. Grunnsubstansen består av mukopoly-

sakkarider (proteoglycan) sammen med store mengder vann.

Leddbrusken er uten blodforsyning og får i det vesentlige sin ernæring fra synovialvæsken. Under belastning vil endel leddvæske presses gjennom de belastede bruskflater. Ernæringen synes til en viss grad å være avhengig av en pumpeeffekt på synovialvæsken med vekslende kompresjon og dekompresjon av brusken.

Ved hoftededdsartrose er det funnet at de degenerative forandringer av leddbrusken er mest uttalt i de områder av leddhodet som ikke er i kontinuerlig kontakt med leddskålen (7). Lignende samsvar mellom degenerative forandringer og redusert belastning er vanlige selv hos unge voksne og regelmessig tilstede hos eldre.

Det er interessant å merke seg at motstående flater i de fleste ledd ikke er kongruente i ubelastet tilstand. Denne inkongruensen er en forutsetning for at konkaviteten av de belastede leddflater skal kunne fuktes med leddvæske når leddet er avlastet. Den kritiske belastning som for hoftededds vedkommende gir fullstendig bruskkontakt ligger rundt 50% av kroppsvekten. Slike belastninger kan bare nås når man står eller går. I en amerikansk undersøkelse viste skrittallregistreringer at omtrent halvparten av vanlige mennesker under sin daglige aktivitet bare oppnådde avbrutt fullkontakt 5% av døgnet (7).

## Fiberbrusk:

Mellomvirvelskivene er bygget opp av fiberbrusk. Brusken er uten egen blodforsyning og ernæres ved diffusjon fra de tilstøtende virvlers endeplater og fra skivenes ytterkant. Hvorledes immobilisering og hypermobilitet påvirker metabolismen i skiven er nylig undersøkt i et forsøk hvor 3 intervertebralskiver ble immobilisert ved en spinal fusjon (4,5). De tilstøtende intervertebralskiver får ved dette en kompensatorisk hypermobilitet. Normale, fusjonerte og hypermobile skiver kunne således sammenlignes. Intervertebralskivene mellom fusjonerte virvler blir metabolsk hypoaktive med nedsatt vanninnhold, redusert proteinomsetning i intercellularsubstansen, redusert oksygenomsetning og betydelig økning av anaerobe metabolitter sentralt i skiven. Skivene over og under fusjonen viser metabolsk hyperaktivitet i forhold til normale skiver. Det er således grunn til



å anta at hypoaktive skiver predisponerer for degenerative forandringer sekundært til den reduserte ernæring cellene utsettes for. På den annen side fører øket aktivitet til en metabolsk hyperaktivitet som sikrer cellenes optimale metabolske forhold. Dynamisk belastning av intervertebralskivene gjennom aktiviteter som jogging, skigang helst på variert eller mykt underlag (for å redusere støt-effekten fra hælen) burde kunne gi lendeavsnittets skiver optimale metabolske betingelser.

### Sener og ligamenter:

Styrken av seners og ligamenters feste til ben svekkes under immobilisering og øker ved trening. Immobilisering fører til økt benresorpsjon (økt osteoclastaktivitet) (8). De forandringer som skjer i selve ligamentstrukturen er undersøkt ved å studere reparasjonsprosessen etter overskjæring og sutur (9). Forsøkene viser entydig fysisk aktivitets betydning for bedringen av suturerte ligamenters styrke. Også hos "skinn"-opererte dyr viser effekten av immobilisering og trening nøyaktig samme tendens. Trening fører til en økning av collagenets omsetning og ligamentet blir tykkere.

Metabolske undersøkelser viser at immobiliseringen alene fører til et markert fall i vevets aerobe kapasitet. Utholdenhetstrening øker imidlertid oksygenomsetningen i normale sener og ligamenter beskjedent (ca 10%). På samme måte som i fiberbrusk synes immobilisering å være katastrofal for vevets metabolisme.

Også for sener og ligamenter synes derfor den generelle regel å gjelde at manglende funksjon fører til regressive prosesser i vevene.

### Leddbevegelighet:

Den normale stivheten i ledd er hovedsaklig forårsaket av elastiske og plastiske krefter. Viskositet forårsaker høyst 10% av leddstivheten. De strukturer som først og fremst er ansvarlig for leddstivheten, er leddkapsel og muskelvev (10).

Fysisk aktivitets virkning på leddbevegeligheten gjelder derfor først og fremst tøyning av muskulatur, kapsel og båndstrukturer. Leddstivhet tiltar med alderen og kan bare motvirkes ved regelmessig aktivitet og gymnastikk. I tilslutning til skade og immobilisering tenderer bindevevsarret til å utvikle en

lokal kontraktur. Regelmessig tøyning hinderer kontraktur-utvikling under tilhelingen og tenderer til å orientere de kollagene fibre i strekkretningen.

### Leddsans:

Leddenes styring beror dels på reseptorer knyttet direkte til leddenes kapsler og ligamenter, dels reseptorer knyttet til huden og dessuten fra muskel- og sene-spoler. Leddreseptorer alene synes ikke å kunne gi all informasjon nødvendig for leddsans. Undersøkelser av pasienter med totalprotese i hoftelrådet (leddkapselen fjernet) viser bare helt ubetydelig reduksjon av leddsansen, likeledes lokal-anestesi av huden og kapsel rundt kneleddet. Igjen er det da bare muskelreseptorene som kan være ansvarlige.

I ankelleddet spiller imidlertid hudreseptorer i kapsel og bånd en mer vesentlig rolle. Båndskader i ankelleddets laterale ligamenter er karakterisert ved en langvarig følelse av instabilitet (funksjonell instabilitet) lenge etter at ligamentskaden er tilhelet og uten at det forligger tegn til mekanisk svikt. Forsøk har påvist endring av de posturale reflekser ved slike skader. (11).

Den funksjonelle instabilitet vedvarer i årevis etter at skaden er tilhelet dersom man ikke gjennom et balansetreningsopplegg på ny innøver leddsansen.

En god leddsans kan derfor bare oppnås og bevares gjennom variert koordinasjonstrening av leddet.

### Referanser:

1. Ham W: Histology. 5th ed. J.B. Lippincott, Philadelphia 1974, 169.
2. Neuberger A, Perrone J C & Slack HGB: The relative metabolic inertia of tendon collagen in the rat. Biochem J 1951: 49: 199 - 204.
3. Tripton C M et al.: Aerobic characteristics of isolated ligaments and tendons. Physiologist 1975: 18: 422 - 425.
4. Holm S & Nachemson A: Nutritional changes in the canine intervertebral disc after spinal Fusion. Clinical Orthopedics and Related Research 1982: 92 IX, 243 - 258.
5. Holm S et al.: Nutrition of the intervertebral disc. Solute



transport and metabolism.  
Connect Tiss Res 1981: 8: 101.

6. Smith EL & Reddan W:  
Physical activity - a modality  
for bone accretion in the aged.  
Am J Roentgenol Radium Ther Nucl  
Med 1976: 126: 1296.

7. Bullough P et al.: The rela-  
tionship between degenerative  
changes and loadbearing in the  
human hip. J Bone Joint Surg  
1973: 55B: 746 - 758.

8. Laros GS, Tipton CM & Cooper  
RR: Influence of physical  
activity on ligament insertions  
in the knee of dogs. J Bone  
Joint Surg 1971: 53 a: 275 -  
286.

9. Tipton CM et al.: Lesions and  
connective tissue. P. 67 - 80 i  
Staff, Peer H. ed. Nordisk  
idrettsmedisinsk kongress.  
Syntex Terapiserie nr 2. 1977.

10. Wright V: Stiffness. A  
review of its measurement and  
physiological importance.  
Physiotherapy 1973: 59: 107 -  
111.

11. Moritz U & Zetterström R:  
Undersøkningssteknik vid funk-  
tionell instabilitet etter for-  
ledsligamentskade Pp. 50 - 55 i  
Staff, P. H ed Nordisk seminar i  
fysikalsk medisin og rehabili-  
tering. Syntex Terapiserie nr 6.  
1979.

T  
A  
B  
B  
E  
S  
P  
A  
L  
L  
E  
N

# En slurk tre ganger daglig

For Fatter

Å ingå allianser med pasienten er vel noe de fleste leger rett som det er føler behov for i sitt daglige arbeid. Å jobbe med og ikke mot har helt innlysende sine klare fordeler. Etter min mening er dessuten norske leger stort sett joviale og velmenende personer som gjerne vil være snille. Denne fryktingytende historien som her følger, må ikke oppfattes som et angrep på hverken allianser eller snillhet. For det grufulle resultat av hendelsen hadde nok ikke sin årsak i at jeg som lege var snill og velmenende. Heller ikke at jeg søkte å etablere allianse med pasienten og hans frue. Vi får heller skylde på tilfældighetenes ondskapsfulle spill og noe diskutabile rutiner på det aktuelle legekontor.

En gallsur marstirsdag kom fru Thoresen, en blid og sjarmerende vestlandskone mellom 60 og 70 til kontoret medbringende sin noe eldre ektefelle. Pliktskyldigst hadde de bestilt sin legetime og møtte så opp etter vel en ukes venting. Herr Thoresen holdt seg som rimelig var noe i bakgrunnen alt fra starten av. Blodforsyningen til en del sentrale områder av kroppen var helt klart nedsatt på grunn av visse innsnevninger. Det gikk imidlertid innledningsvis tydelig fram at det var han som var hovedpasienten i dag, og at konsultasjonsårsaken ikke var de før nevnte innsnevninger. En langvarig snue og produktiv hoste var det som bekymret dem begge. Herr Thoresen kledte samarbeidsvillig av seg sine mange skjorter og spøkte med i en hyggelig og gemyttelig tone på kontoret. Det ble auskultert og perkutert og et helhetsbilde av pasientens almentilstand og lungestatus dannet seg. Sammen med en samvittighetsfull sykehistorie fortalt av fru Thoresen sto tilfellet etter hvert nokså klart fram for meg: Her var det mye slimlyder øverst i luftveiene men eller ingen ting som tydet på grovere patologi som skulle tilsi behandling med antibiotika eller andre medikamenter. Heller ikke var det grunn for videre utredning.

Strikt medisinsk sett burde jeg her berolige, anbefale varm drikke om kvelden og så framholde at hosten kun var av det gode. Men her er det allianseaspektet som kommer inn. 70-åringen som engster seg over sine hostesyntomer, som bader og kler seg i 3-4 nye skjorter og drar på legekontor etter 1-2 ukers venting forventer seg noe mer i

gjengjeld enn det å få vite at: nei, hosten din er helt kjempefin den. De vil kort og godt ha noe for hosten. Nå ville det å gi hostestillende remedier her tross alt være å gå for langt for å tilfredsstille forventninger. Jeg landet derfor på noe såpass medisinsk nøytralt som slimløsende middel.

Før jeg går videre med historien er det på plass med noen romgeografiske opplysninger. Angjeldende legekortor har først en ekspedisjon der en melder seg og leverer inn eventuelle prøver. Innover i korridoren finnes så laboratoriet og legenes kontorer. Innerst et såkalt medisinnrom med medisiner til etterfylling av legekofferter etc.. Laboratorie-sykepleier har ansvaret for dette rommet. Jeg hadde samme dag som dette skjedde lagt merke til at en flaske slimløsende middel sto palssert på en av hyllene i dette rommet. Like ved legekortoret lå en forretning med medisinsalg som førte dette reseptfrie middelet. Men den snille legen tenker som så at nå skal herr og fru Thoresen slippe å gå på sine gamle ben til medisinsalget: de skal få kjøpe det her av legen direkte.

Jeg hentet medisinen, doserte 5mlx3 og forklarte at dette var for å lette hostens arbeid og godsnakked noen minutter til slutt. Herr og fru Thoresen forlot kortoret lettet over at intet alvorlig var tilflytt herren i huset, og at de hadde fått medisiner for de plagsomme symptomene som altså ikke var farlige. Jeg ropte fornøyd inn neste pasient og glemte hele historien til neste dag da jeg brutalt ble konfrontert med resultatene av min tilsynelatende pliktoppfyllende legogjerning.

Det var fru Thoresen som var på telefonen neste kveld. Jeg har før i denne historien med rette karakterisert henne som blid og sjarmerende, men i denne samtalen hadde hun lagt begge disse egenskapene ettertrykkelig på hyllen. Fru Thoresen var i harnisk. Hun var opprørt, desillusjonert og til de grader sjokkert og skuffet at det tok meg flere minutter før jeg sakte begynte å fatte årsaken til hennes sinnsforvandling. Og det fru Thoresen kunne berette, følger nå:

Hun og den hostende ektefellen hadde altså kommet hjem denne blåsende og deprimerende mars-ettermiddagen med rotnen snø rundt husveggene og tykke lag av søle under skosålene. Bringende med seg en brun medisinflaske med påklistret bruksanvisning hadde

de startet kuren umiddelbart. 5 ml i medbragt måleskje ble servert, og gubben var etter det hyggelige legebesøket behandlingsmotivert og tok imot. Medisinen ikke smakte ikke godt. Men ondt skal ondt fordrive. Ved sengetid ble neste dose målt opp. Denne gang skapte inntagelsen av fluidumet høylydt bannskap og krakilske kroppbevegelser. Og den som trodde at pasienten hadde glemt medisinen utrivelige smaksnyanser til neste morgen da en ny runde ventet, tar skammelig feil. Konfrontert med måleskjeen erklærte den syke sittende på sengekanten: "Jeg vil heller dø enn å ta mere av denne medisinen!" Intetanende fru Thoresen med et hav av tillit til helsevesenet og en mindre innsjø av mistillit til sin noe senile ektefelle parerte: "Nei, nå er du vanskelig, Jens. La meg vise deg hvor god medisinen er!" Og hun svelget skjeen med det slimløsende midlet og frokosten sto i den sjuende vegg.

Hva som i de følgende minutter forgikk i fru Thoresens tanker ville jeg absolutt ha betalt mer enn ti øre for å få vite. Antakelig følte hun seg slitt mellom lojalitet overfor hyggelige autoriteter og en vel berettiget mistanke om at her hadde samme autoritet falt ned fra pidea-stallen. Og vissheten var så uforståelig at den ikke helt klarte å slå gjennom. Vissheten gikk ut på at den brune medisinflasken inneholdt noe helt annet enn slimløsende middel. For å finne ut om mistankens grusomme klo var av berettiget natur, var det bare en ting å gjøre: Oppsøke stedets medisinsalg slik at en kunne sammenligne de ulike medisiner. Behandlingen ble midler-

tidig seponert, og fru Thoresen dro forvirret og småkvalm til Samvirkelagets medisinsalg. Hva som foregikk her interesserer nok leserne mindre. Men at ekspeditrisen på nevnte utsalg hadde tatt seg en liten slurk av medisinflasken for å sammenligne med medisinen hun førte, gjorde neppe tragedien mindre. Men i alle fall feide sammenligningen den siste rest av tvil bort: Herr Thoresen hadde fått i seg 10 ml urin, fru Thorsen 5 ml ditto, ekspeditrisen antagelig noe mindre av samme væske. Hva de måtte ha fått i seg av epitel, bakterier og hvite vil gudskjelov ingen instans noen gang få tallet på.

Historien om distriktslegen som strøk til urinprøven ender for såvidt her. Her ble intet 1000-kronerstips til Dagbladet takket være en jordnær og barmhjertig fru Thoresen som trass i sin tradisjonelle legeoppfatning forsto at vi alle er mennesker med menneskers iboende tendens til tabber. Det ble sendt blomster og beklagelser, og ekteparet har etterpå fått en spesiell god omsorg og service. Staben ved kortoret holdt "oppvaskmøte", og rutinene ble revidert for å unngå gjentakelser. Vi lærte særlig to ting: Innleverte prøver skal merkes i luken dersom de ikke allerede er merket. Og: La apotekene eller medisinsalgene ta seg av medisinformidlingen. Selv knytter jeg nevene i fortvilelse mot skjebnen og knurrer to spørsmål: Hvorfor måtte en eller annen idiot levere inn urinprøve på en tilsynelatende splitter ny Expigenflaske? Og hvorfor måtte idioten fylle flasken helt full? Og skjebnen hånflirer tilbake med uringule tenner ■



# Kommune- diagnose

en oppgradering og en blankpussing av et samfunnsmedisinsk arbeidsredskap !

En helsesøster som deltok på kurs i samfunnsmedisin, om kommunediagnose uttalte selvfølgelig : Dette har da vi helsesøstre drevet med best andig !

Det har hun rett i ! Helsesøstre har hatt opplæring i og, ikke minst tid til, å se befolkningen som et hele og forsøkt å gripe inn for å sikre god helse hos den oppvoksende slekt.

Dette har også gode distriktsleger gjort, hvis de har hatt tid til det.

Men ny giv krever nye ord, og beskrivelsen av folkehelsen og livsvilkårene kan gjøres med større bredde, forståelse og effekt enn tidligere, derfor ordet : Kommunediagnose.

Hvis mulighetene som ligger i det å organisere primærhelsetjenesten som kommunal helsetjeneste skal bli fullt utnyttet, må vi satse spesielt bevisst på det forebyggende helsearbeid i vid forstand. Det kurative arbeid får alltså sin plass på budsjetter og arbeidsplaner.

Den kommunediagnostiske prosess minner mye om tresteg. Den inneholder tre steg, og det er liten vits i å satse stort på de to første stegene, hvis ikke du får med deg det tredje steget også. Så sats ikke mot skyene, hvis du ikke er sikker på at du kommer ned på bakken igjen (bakken med to k'er).

Kommunediagnose som arbeidsredskap har tre steg : (1) Beskrivelse av helse og miljø, (2) analyse av sykdomsårsaker og risikofaktorer og (3) til slutt forslag om tiltak for bedring av folkehelsen og lokalmiljøet.

Den første delen av arbeidet preges av å samle kunnskap og forståelse, mens den andre delen består i å spre denne innsikten ut igjen til de som kan nyttiggjøre seg den : befolkning, politikere, kommuneadministrasjon, pasienter og kolleger osv.

Dette er en nødvendig oppgave for

# Samfunnsmedisin i kommunehelsetjenesten

alle kommuneleger med ansvar for helsetjenesten i sin kommune. Les formålsparagrafen i lov om helsetjenesten i kommunene !

Det er synd at de mellomstore og mindre kommunene av økonomiske grunner har bevilget seg så små ressurser til samfunnsmedisinsk arbeid i lokalsamfunnet. NKS og staten burde sette en minstenorm for ikke-kurative tjenester i kommunene, slik at målet med kommunehelsetjenesten kan oppnås. Ellers er jeg redd ressursene slukes av det umettelige kurative behov.

I Sverige har de organisert samfunnsmedisinske samarbeidsteam på regionalnivå, fjernt fra det enkelte lokalsamfunn. Vi trenger også samfunnsmedisinske samarbeidsteam i helse- og sosialtjenesten i Norge, men la oss utnytte mulighetene i kommunehelsetjenesten og organisere slike arbeidsgrupper på kommunenivå.

Disse teamene skal drive den kommunediagnostiske prosess i bred forstand og være faglig kraftsentrum for planlegging, budsjettering, evaluering og forebyggende helsetjeneste generelt i lokalsamfunnet.

## Litteratur:

Spri rapport 84, 1982: Offensivt helsoarbeide. Kom-mundiagnostik - erfaringer fra tvverrsnittundersøkning helsoprofil Skaraborg. Spri, Box 27310, S-102 54 Stockholm.

# Kommunehelsetjenesten som samarbeidsteam i samfunnsmedisinsk arbeid

Hans Petter Schjønsby   
helsesjef

Hans Petter Schjønsby, f. -36. Distriktslege i Etnedal i 5 år og distriktslege i Ringsaker fra 1972. Nå helsesjef og kommuneoverlege i Ringsaker kommune. 6 mndr. utdanning i samfunnsmedisin på den Nordiske helsevårdhøgskolan i Göteborg 1970 -71. Godkjent almenpraktiker DNLF 1973.

MA:

# Medisinsk arbeid i helsestjenesten

## Kommunedagnose

om

## medisinsk

## støyt



■ Kommunediagnose eller kommuneprofil er beskrivelse av sykdom i lokalsamfunnets ulike befolkningsgrupper og geografiske områder.

Med sykdom menes alle faktorer, fysiske, psykiske og sosiale som kan gi uhelse i befolkningen.

Kommunedagnosen er derfor et verktøy for helseplanleggere for å tilføre befolkningen hensiktsmessige helsestjenester.

Kommunedagnose er altså ikke noe

frittstående hele. Det er et viktig ledd i den kommunale helseplanlegging. Derved er kommunediagnosen en vesentlig forutsetning i den lokale helse- og sosialpolitiske beslutningsprosess.

Kommunedagnose kan også defineres som en behovsanalyse, et redskap for kommunen til prioriteringsprosessen og ressursfordelingen (1).

Det er de lokale helse og sosialarbeidere som først og fremst står for oppsamlingen av de epidemiologiske data som skal sysammen til en kommunediagnose.

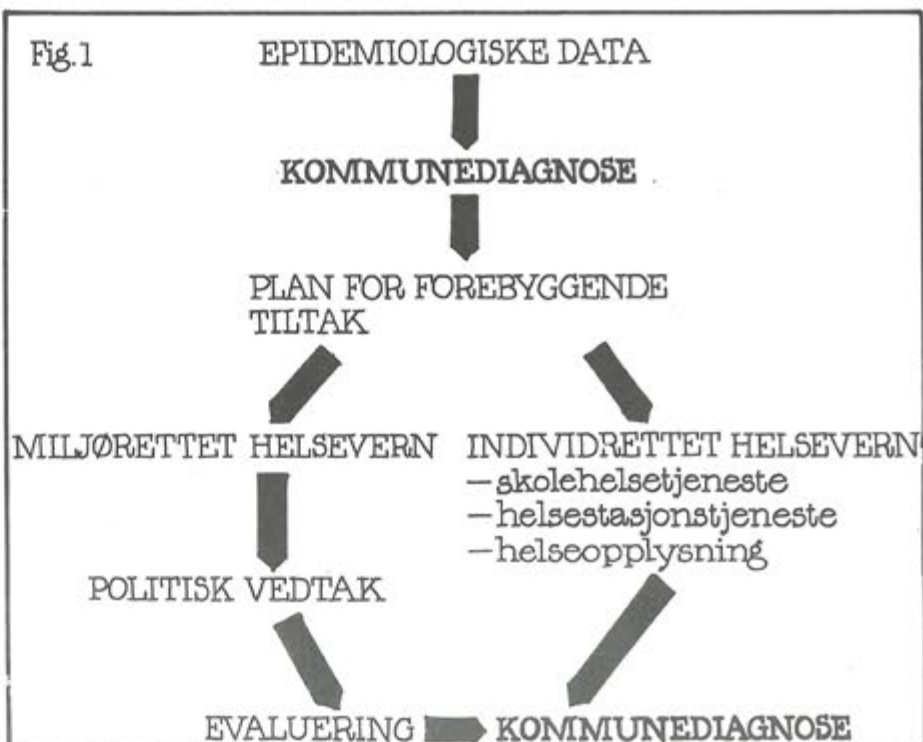
Kommunedagnosen har derfor også en ren faglig funksjon, nemlig å gi feed-back til dette fagpersonellet.

Man kan si at kommunediagnosen gir en produktivitetsoversikt tilbake til personellet ved siden av sitt hovedformål; å være en del av politikernes beslutningsgrunnlag.

Arbeidet med kommunediagnosen vil i fremtiden være en del av helse- og rådstjenestens arbeidsoppgaver:

- \* Oversikt over helsetilstanden i kommunen, registrering av risikofaktorer, vurdering av årsakssammenhenger (kommunedagnose)
- \* Miljørettet helsevern
- \* Beredskap mot smittsomme sykdommer.

Kommunedagnosens plass i plan- og beslutningssystemet kan skjematiseres slik (2):



Som ethvert annet planarbeide, er helseplanlegging en kontinuerlig prosess. Tiltak kan føre til at plangrunnlaget endres, kommunediagnosen skifter, og må gjentas (3).

Evalueringen er derfor en selvfølgelig del av planprosessen og kommunediagnostikken.

En forutsetning for at det lokale plansystemet skal virke og til enhver tid rulle godt, er nærhet mellom det administrative og politiske apparat. Mangelen på slik nærhet har tildels ført til sendrekte beslutningsprosesser og tilsidesettelse av faglig ekspertise lokalt i land som England der samfunnsmedisinsk kompetanse først virker på regionalt nivå (4).

Kommuned diagnosen er altså et vesentlig middel for å kunne treffe hensiktsmessige tiltak i forebyggende øyemed.

Enhver god forebygging er betinget av at det ligger dokumenterte årsaksforhold bak uhelsen, og vi må også ha kunnskaper om sykdommene folk lider av, og hva de dør av.

Man kan spørre seg om det er nødvendig at slike epidemiologiske studier foretas i alle kommuner. Det angis i undersøkelser på landsbasis (5), at sykedata stort sett også er retningsgivende og representative for de aller fleste kommuner, og at det kun trengs små lokale justeringer. Dette kan nok medføre riktighet, men man bør ha in mente at :

- sykdoms- og dødelighetsbildet i de enkelte kommuner varierer over tid, og nok også fra kommune til kommune (Finnmark, Sogn og Fjordane),

- innen en og samme kommune kan det foreligge epidemiologiske eller demografiske forskjeller som betinger ulik ressursfordeling,

- politikerne identifiserer seg i langt høyere grad med problemene dersom de må forholde seg til hjemlige data, og

- en gjennomført helseprofil av hele lokalsamfunnet kan tjene som dokumentasjon mot usaklige pressgrupper.

De fleste norske kommuner er små, (57% har færre enn 5000 innbyggere) og er dermed oversiktlige i epidemiologisk henseende. Med innføringen av kommunehelseloven og overgangsbestemmelser for de tidligere distriktsleger ser det ut til å kunne bli en større

stabilitet enn tidligere i bemanningsforholdene for leger.

Dette vil også bevirke til en større grad av lokalkunnskap hos kommunens samfunnsmedisinere, og sammen med kommunens oversiktighet gjøre sitt til at den kommunaldiagnostiske prosess ikke blir for tidkrevende.

Det er viktig at det diagnostiske arbeidet ikke gjøres for omstendelig. Det er intet vitenskapelig arbeide som skal presenteres i et fagtidsskrift. Vanligvis skal utredningsarbeidet ende som et vedlegg til kommunens helse- og sosialplan. Det er der den hører hjemme.

En kommuneprofil som på en rimelig måte inkluderer demografiske forhold, fysiske og sosiale risikofaktorer, og vitalstatistiske data kan modelleres på de etterfølgende hovedpunkter, avhengig av den enkelte kommunes størrelse, innbyggertall og ressurser.

Der det er mulig belyses punktene med eksempler, og hvilke plantiltak som bør følge. Noen gyllen sannhet foreligger ikke, her skal bare endel erfaringer bringes videre og forhåpentligvis gi befordrende reaksjoner.

## I TRADISJONELL KOMMUNEHELSEUNDERSØKELSE

### 1. Alder, dødelighet og sykkelighet

- hvordan er aldersfordelingen i kommunen, lokalt og distriktsvis fordelt?
- hva dør folk av? Hvordan er de viktigste dødsårsakene kjønns- og aldersfordelt?
- hvilke sykdommer har folk? Hvordan er disse sykdommene kjønns-, alders- og bostedsfordelt?

### Til a: Aldersfordeling

Data om kommunens aldersfordeling fås fra folkeregisteret. Dette er enkle data som bør ordnes krets- eller distriktsvis. En slik oppstilling kan tydeliggjøre forskjeller som kan ha betydning for ressursfordelingen:

I Ringsaker som er en landkommune, fant man at i en av de 5 ungdomsskolekretsene var nærmere 4 av 20 over 67 år, gjennomsnittet for resten av kommunen var vel 1 av 20.

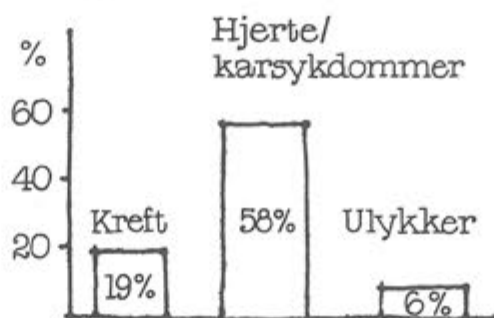
Denne forskjellen alene var nok til at langtidsplanleggingen av eldreomsorgstiltak, hjemmesykepleie og legetjenester i denne del av kommunen bærer preg av disse særegne demografiske forhold.

## Til b: Dødelighetsforhold

Det kan alltid diskuteres om helserådets dødsmeldingsprotokoll gir et faglig tilfredsstillende bilde av kommunens reelle dødelighet. For den interne helseplanlegging er det imidlertid rimelig å anta at dødsmeldingene er gode nok som kilde.

I 1983 døde vel 300 personer i Ringsaker kommune. For de tre mest aktuelle dødsårsakene forelå følgende fordeling (alle aldre, begge kjønn):

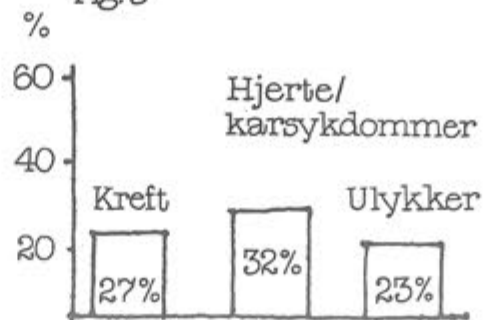
Fig. 2



Dette er et uinteressant diagram. Fremstillingen er ikke aktuell som bakgrunn for forebyggende tiltak fordi den ikke er rettet mot aldersgrupper der man kan ha berettigede håp om at profylakse har hensikt, at produktive leveår ikke tapes (6).

Følgende diagram viser fordelingen av de samme dødsårsaker, men for døde av begge kjønn, under 65 år:

Fig. 3



Ut fra denne oppstillingen er det åpenbart at ulykker er en svært viktig dødsårsak for mennesker i arbeidsfor alder.

Av dette følger at kommunediagnoser også må omfatte en analyse av ulykkesdødsfall, og at det også må foreligge forslag om forebygging. En slik analyse i Ringsaker viste det ikke uventede resultat at langt over 2/3 av dødsfall ved ulykker i 1983 hadde sammenheng med alkohol, suicid og trafikk, alene eller i kombinasjon.

Det er helserådstjenestens plikt å utrede en slik analyse, og melde resultater og tilrådinger til politikerne.

Dette kan foregå direkte gjennom helsevesenets politiske styringsorgan, eller via relevante offentlige organer som har tiltaksansvar.

Det siktes i dette tilfelle til bygningsråd (kommunal planlegging), veitrafikkmyndigheter og det sosiale hjelpeapparat.

Det er dokumentert bl.a. i Norge (7) at forebyggelse av livsstilssykdommer kan ha effekt ved å nedsette dødelighet. Dette innebærer ikke at enhver av de 454 kommuner i Norge skal igangsette storstilte helseopplysningskampanjer og intervensjonsforsøk. Man skal begynne smått og forsiktig og lukte seg frem i dette

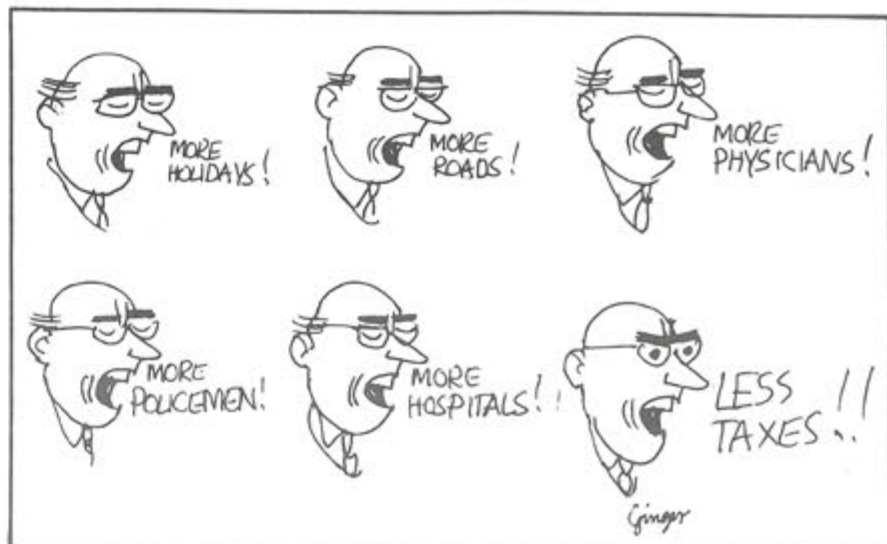
kontroversielle emnet som helseopplysning egentlig er.

I Ringsaker har det politiske styringsorganet forlenget satt i gang en liten arbeidsgruppe som i første omgang har registrert hva som finnes av helseopplysning i kommunen. I andre omgang skal gruppen vurdere om de eksisterende tilbud er gode nok, om det trengs forbedringer, koordinering og eventuell videre planlegging. Gruppen omfatter bare en lege, fordi leger ikke nødvendigvis er gode helseopplysere. Det kan lærere og helsesøstre bedre.

## Til c: Sykdomsforhold

For data om sykdomsforhold til bruk i en kommunediagnose i et vanlig norsk distrikt er det tilstrekkelig å registrere i en representativ uke. Dette er mindre arbeidskrevende enn man tror. Det bør registreres hoveddiagnose (ICD's hoveddiagnosegrupper), og iallfall kjønn, alder og bosted. Dette er tidligere blitt foretatt i vitenskapelig øyemed av norske samfunnsmedisinere (8,9), men sikkert også på et lavere ambisjonsnivå og enklere metodikk av mange andre offentlige leger opp gjennom årene, som i Ringsaker i 1983:

	NES 1955	SOGNDAL 1959	NESNA 1972	VØRØY 1972	NORGE 1975	RINGSAKER 1983
PSYKISKE LIDELSER	6.2	7.2	6.1	16.2	15.0	7.6
SIRKULASJONSFORSTYRRELSER	8.5	5.5	6.7	14.1	13.0	13.0
SKADER	8.8	8.5	7.2	10.3	3.6	3.5
URINVEISLIDELSER	4.0	4.3	13.8	8.9	13.6	10.3
SYKD. I LUFTVEIENE	15.8	13.2	9.4	8.3	6.3	15.2
SANSEAPPARAT OG SNS			9.1	7.6	4.4	6.0
BEVEGELSES/STØTTEAPP.	12.1	10.0	15.1	7.4	16.4	17.3
UBESTEMT		1.6		7.2	1.7	3.3
HUDSYKDOMMER	6.4	8.0	6.2	6.3	6.6	4.9
FORDØYELSESBESVÆR	8.4	7.1	6.4	4.5	6.4	5.8
HELSEUS/GRAV.KONTROLL		8.8	11.8		13.1	5.5
ANNET				9.2		7.0



Tabellen er hentet fra kommunens helseplan og viser hva folk i Ringsaker gikk til lege for i uke 9 i 1983.

Resultatene skiller seg lite fra andre undersøkelser. For kommunen under ett fant man å måtte konkludere med at både når det gjaldt syke- og dødelighetsforhold lå kommunen rundt landsgjennomsnittet, likeledes legesøkning og alders- og kjønnsfordeling på pasientene. På bakgrunn av dette skulle det ikke være behov for spesiell ressursfordeling annet enn det som angis for landet som helhet.

Imidlertid viste den distriktsvise analysen at det i et av distriktene forelå en signifikant høyere andel av belastningslidelser. Her kan det være feilkilder, men poenget er at diagnoseprosessen må gjentas. Dette er gjort i 1984, og skulle det samme forhold gjenta seg, plikter helserådstjenesten å analysere forholdet for eventuelt å konkludere med særskilte, muligens ressurskrevende forebyggende tiltak.

## 2. Annen registrering

Lov om helsetjenesten i kommunene presiserer særskilte tiltak for utsatte samfunnsgrupper som alltid har hatt en tendens til å falle mellom to stoler. For at helse- og sosialtjenesten kan planlegge og iverksette forebyggende tiltak, må disse gruppene registreres.

Alkoholskadede er den viktigste av disse gruppene og alkohol er av de viktigste risikofaktorene for sosial og medisinsk elendighet.

Å tallfeste problemet må gjøres indirekte, og som utgangspunkt kan benyttes Fekjærs beregninger (10) for landet som helhet. Antas at ens eget distrikt er representativt for gjennomsnitt-Norge med hensyn til alkoholproblemer, kan man kalkulere seg frem til alkoholdata for kommunen.

Det gjør inntrykk på politikere når man kan dokumentere at daglig berøres hver 10de sambygding av følgene av alkoholmisbruk.

I kommuneprofilen må helse- og sosialtaten fremsette et handlingsprogram mot alkoholskader, og målet for dette forebyggende arbeidet må selvsagt være å senke kommunens totalforbruk av alkohol

Dette kan gjøres på tre måter:

- opplysningsarbeide
- det politiske styringsorgans uttalelser og anbefalinger i

forbindelse med bevillinger - en stadig hamring fra fagfolkene på politikere om at alkoholproblemenes løsning er politisk avhengig.

## II SOSIAL RISIKOFAKTOR-UNDERSØKELSE

Behovet for dette bygger blant annet på større prospektive sosiologiske undersøkelser fremfor alt i USA (11,12) som klart viser en overdødelighet i sosiale grupper kjennetegnet ved isolasjon i nærmiljøet og svakt sosialt nettverk.

Behovet for en epidemiologisk penetrering i slike risikofylte undergrupper begrunnes også i den dokumentasjon som nå foreligger for oversykkelighet- og dødelighet av livsstilsykdommer i slike befolkningslag, også fra Norge (7,13).

Oslo helseråd har allerede inkludert en slik risikofaktorundersøkelse i kommunens helseprofil, og har i 1981 brukt følgende parametre (1):

- gjennomsnittsinntekt for aldersgruppen 50-54 år
- befolkningsandel sysselsatt i industri
- befolkningsandel som ikke har utdannelse utover folkeskole
- andel innvandrere
- andel skilte/fraseparerte kvinner 25-50 år
- antall gjennomsnittlig rom pr. bolig
- antall boliger med bad og WC
- andel 0-6 år
- andel trygdede og pensjonister.

Selvsagt er det ikke mulig å tilpasse dette i en vanlig kommune. Det har kommunen hverken størrelse eller ressurser til. Imidlertid er sammenhengen mellom slike sosiale faktorer og sykkelighet så klar, at helse- og sosialtaten må sette seg ned og forsøke å samle og systematisere den ikke ubetydelige kunnskap man allerede har på dette feltet. At man må videre er selvfølgelig, for det er nettopp disse utsatte gruppene som idag sannsynligvis mottar minst av det kommunale helse- og sosialtilbudet i forhold til behovet.

En vesentlig del av en systematisert handlingsplan på dette området vil være etterprøvingen. Den vil ha som mål å undersøke om tiltakene når den enkelte.

## III BRUKERNE SYN PÅ HELSETJENESTETILBUDET

Tradisjonelt har det kun vært

helsearbeiderne og politikere (som representanter for brukergruppen) som har levert premisene for tiltak innen helse- og sosialsektoren.

Det trenger vel ikke underbygges at det i 1984 burde være en selvfølge at pasientene som brukere også tilhørte leverandørgruppen. Og det er heller ikke tvil om at pasientene kan gi verdifull feedback til kommunediagnostikerne forutsatt at spørsmålene tilfredsstillende krav som en slik epidemiologisk metode stiller.

Det må presiseres at for evalueringen av visse tiltak vil pasientenes syn være vesentlig og utslagsgivende.

Helse- og sosialstyret i Ringsaker budsjetterte i 1984 med et beløp som skulle dekke utgiftene til et databasert spørreskjema til et representativt utvalg av befolkningen.

Dette ble avslått under henvisning til trang økonomi. Sannsynligvis vil tilsvarende forslag i andre kommuner lide samme skjebne. Det må aksepteres.

Man får da basere seg på et enklere opplegg med manuell tyding og uten vesentlige kostnader uten merarbeid for planleggeren. Dette kan også gi brukbare resultater.

## Litteratur:



1. Høverstad, Lillian: Kommunedagnose. Hvorfor? Hvordan? Utredningsavdelingen, Oslo helse-råd 1983.

2. NOU 1984:28. Helseråds-tjenesten.

3. Hjort, P.F. Dagens helseproblemer - en oversikt. Kapittel 6 i NOU 1984:28 Helse-rådstjenesten.

4. Rethinking Community Medicine. USHP, London 1979.

5. NOS. Helseundersøkelser 1975. Oslo: Statistisk Sentralbyrå 1977.

6. Waaler, N.T. & Hjort, P.F. Tapte leveår: hva betyr de enkelte dødsårsaker. Tidsskr. Nor. Lægeforen. 1978,98, 720-25.

7. Hjermann, I et al. Effect on diet an smoking intervention on the incidence of CHD. Report from th Oslo Study Group of a randomized trial in healthy men. Lancet 1981,2: 1303-10.

8. Fugelli, Per. Helsetilstanden på Værøy og Røst. Universitetsforlaget, Oslo 1978.

9. Telje, Jo: Praksisregistrering i et nord-norsk legedistrikt. Tidsskr. Nor. Lægeforen. 1976,96, 77-86.

10 Fekjær, H.O. Alkohol. Nyere data om virkninger, bruk og holdninger. Tidsskr. om edruskaps-spørsmål, 1, 4-47.

11. Berkman, L.F & Syme, S.L.: Social networks, host resistance, and mortality: A nine year follow-up study of alarmed county residents. Am. J. Epidemiol. 1979, 109, 2; 186-204.

12. House, J.S. et al. The association of social relationships and activities with mortality. Am. J. of Epidemical 1982, 116, 123-140.

13. Norges offisielle statistikk. Helseundersøkelsen 1975. Oslo; Statistisk Sentralbyrå 1977.

# ICPC - intermasjonale klassifikasjoner for primærhelsetjenesten



□ Per Hjortdahl □

Per Hjortdahl er cand. med. fra Colorado, USA. Etter en del år som distriktslege på Værøy er han nå bydelslege på Lysejordet i Oslo. I det siste har han arbeidet som stipendiat ved Institutt for almenmedisin i Oslo. Den som er havnet under bordet i en større forsamling kan lett identifisere ham på strømpene: De er aldri par.

■ Anamneseopptak og bruk av bakgrunnskunnskap om pasienten er det viktigste diagnostiske redskap vi har i almenmedisin.

I motsetning til hva vi lærte i studiet om den trinnvise diagnostiske prosess med anamnese, undersøkelse og prøver før vi former en diagnose og et behandlingsopplegg, skjer det annerledes i almenpraksis. Undersøkelser har vist at vi former arbeidshypoteser om pasientens diagnose og årsak til å oppsøke lege allerede to - tre minutter etter at konsultasjonen er påbegynt. Resten av konsultasjonstiden, inklusive undersøkelse og prøver, bruker vi stort sett til å teste disse hypotesene. I færre enn 50% av konsultasjonene kommer vi frem til en sikker diagnose. De første minuttene av konsultasjonen og vår forståelse og tolkning av pasientens presentasjonsproblemer spiller derfor en nøkkelrolle i hele den almenmedisinske diagnostiske og terapeutiske prosess.

Møtet med de uferdige sykdomsbilder i deres tidlige emning er et genuint primærmedisinsk anliggende. Likeledes kan registrering av presentasjonsårsaker være et godt utgangspunkt for retrospektive undersøkelser og bedømmelse av en lokalbefolknings legesøkningsadferd. En kodeliste som hjelper oss til å registrere hvorfor pasienten kommer til lege, er derfor et viktig alternativ og supplement til



Psykisk og Sosialt kapittel. Hver av disse 17 kapitlene har fått sin egen bokstavkode (alfakode). Hvert kapittel er så igjen delt i syv komponenter. Disse komponentene er like i alle kapitlene og danner den andre aksens. Komponentene har fått en tosifret numerisk kode. Første komponent inneholder symptomer og plager (nummer 01-29), neste diagnostiske og forebyggende tiltak (nummer 30-49) osv.

Kommer en pasient med kvalme, vil bokstavkoden bli D (digestiv = for-døyelse), og siden dette er et

symptom/plage er tallkoden å finne i gruppe 01-29; nemlig D 09. Kommer pasienten for å få vite svar på røntgen V+D, er kapitlet fremdeles D. Behovet er svar på prøveresultat, dette er komponent 4 som har numerisk kode 60-61: nærmere bestemt D 60.

Bare i 10% av konsultasjonene kommer pasienten med en ferdig diagnose. "Jeg kommer på grunn av mitt høye blodtrykk" (K 85). Det er derfor relativt sjelden at komponent 7 -Diagnoser, blir brukt.

Alle registreringene får derfor først

en bokstavkode fulgt av en tosifret tallkode. Listen kan etter behov gjøres mere spesifikk og nøyaktig ved å lage undergrupper på tresifternivå. Dette krever imidlertid at man er lojal overfor den logiske oppbygning av listen.

ICPC og ICHPPC, norsk utgave, kan kjøpes ved henvendelse til professor Bent Guttorm Bentsen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Parkbygget, Regionsykehuset, 7000 Trondheim ■

# Medisinalberetningene - kan vi lære noe av dem?

□ Gunnar Tellnes □

■ Siden 1803 har distriktslegene vært pålagt å skrive samfunnsmedisinske rapporter i form av de årlige medisinalberetninger(1). Beretningene har vært sendt fra de lokale helseråd til fylkeslege og til sentrale helsemyndigheter. Informasjonen skulle danne grunnlag for forebyggende tiltak, ressursfordeling og helsetjenesteplanlegging. Året 1984 er en milepel. Ny lov om helsetjenesten i kommunene tvinger oss til å vurdere verdien av det rapportsystem som nå har fungert i 180 år. Vi bør utvikle en ny form for samfunnsmedisinske rapporter tilpasset fremtidens kommunehelsetjeneste (2).

Før vi bestemmer oss for den nye ordningen, i pakt med dataalderens hjelpemidler, bør vi ta et tilbakeblikk. Da kan vi se hvilke gode elementer i det gamle systemet vi bør ta vare på i fremtiden.

## "Kommuned diagnose" eller "Helse- og sosialprofil"?

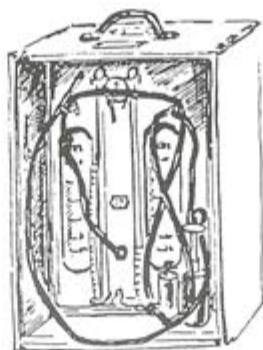
Medisinalberetningene var på mange måter en årlig "Community diagnosis" stilt av den lokale helserådsordfører med de hjelpemidler han hadde til rådighet (3). Opplysninger om de viktigste epidemiske sykdommer, sinnssyk-

dommer, fødselsstatistikk, dødsstatistikk og sykdomsutbredelse ble tatt med, men også detaljerte opplysninger om sykdomsfremkallende faktorer i nærmiljøet (4, 5). Distriktslegens vurdering av de hygieniske-, sosiale- og helsemessige forhold i lokalmiljøet munnet dessuten ofte ut i konkrete forslag om hvordan forbedring kunne skje (6). Denne eldgamle form for "Nærmiljødiagnose" var kanskje noe overfladisk og bygd på skjønnsmessige vurderinger, men den lot seg likevel gjennomføre i en travel hverdag og kunne revurderes fra år til år.

## Hva lærte legene?

En bevisstgjøring skjedde. Hvert år måtte distriktslegene sette seg ned og tenke igjennom hva som var det største helseproblemet i kommunen. Hvor lå årsakene til sykdom? Hvilke faktorer virket positivt og hvilke virket negativt på folkehelsen i distriktet? Årsakene var ofte åpenbare i nærmiljøet. Andre ganger måtte legene gjøre antagelser. Men de lærte noe. De lærte å lete etter sykdommens årsaker for så å klemme ut forslag til forbedringer og forebyggende tiltak. De lærte å tenke lokal-samfunnsmedisin.

Distriktslegene hadde oppgaver både som almenpraktiserende leger og som



Tegninger av Margaret Gates

offentlige leger. Denne kombinasjonen var gunstig. I sin kurative hverdag lærte de hvorfor sykdommer oppstod. Gjennom sine samfunnsmedisinske oppgaver kunne de gjøre noe med årsakene. Denne tosidige aktivitet som omfatter hele sykdomspanoramaet, ga primærlegene et helhetsbilde over medisinen. Kanskje var dette noe av årsaken til at de kunne holde ut det store arbeidspresset gjennom flere år.

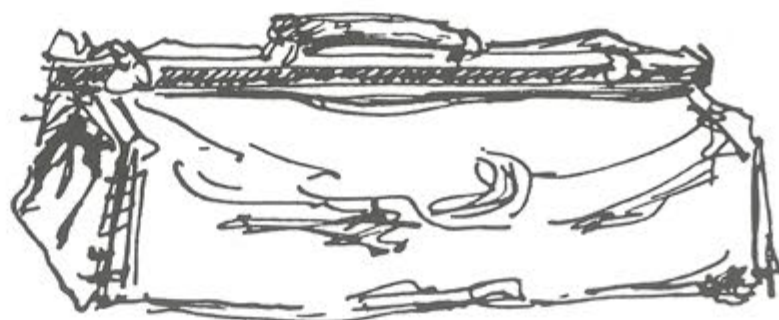
## Hva kan vi lære av distriktenes medisinske historie?

Vi kan lære at de gamle distriktslege- ne utførte et forebyggende arbeid det i dag står respekt av. Forebygging var en del av deres kliniske hverdag. De arbeidet ikke bare på individplanet, men også på miljøplanet. Det samme må vi gjøre i fremtidens kommune- helsetjeneste. Vi må drive forebygging som en integrert del av almenmedisinen. Dette er en unik mulighet til å påvirke den enkelte pasient til å forbedre sin livsstil, løse sine sam- livsproblemer og unngå mellommen- neskelige konflikter i hverdagen. Kom- munelegen som bor i nærmiljøet kan påvirke utviklingen i lokalsamfunnet. Dette må gjøres gjennom lokale politi- kere, ledertyper, ressurspersoner og frivillige foreninger. Ved å få hver enkelt innbygger til å tenke fore- byggende helse, kan en utvikle et sam- funn som fremmer helsen mer enn å bryte den ned.

Slik tenkte og handlet fortidens helse- personell. Medisinalberetningene inne- holder utallige eksempler på dette (1, 4, 5, 6).

Historien forteller oss også at tål- modighet er en dyd. Årsakene til syk- dom ble kartlagt og innrapportert gjennom medisinalberetningene. Myn- dighetene ble gjort oppmerksom på hvilke forebyggende tiltak som var nødvendig. Ofte skjedde ingen ting. Saker ble tatt opp på nytt, men årene gikk. Man måtte være tålmodig og ikke gi opp. Ved å lese de gamle beretningene kan en se hvordan fore- byggende tanker går igjen fra beret- ning til beretning, men det tok ofte 10, 20 eller 30 år før tiltakene ble gjennomført i praksis (1).

Ressursmangel var ofte en større bøyg enn vilje til forebygging. Men uheldig prioritering var også årsak til at fore- slåtte tiltak ikke kunne gjennomføres. Ved økonomisk fremgang, kunne imid- lertid et skred løsne og betydelige forebyggende tiltak ble satt ut i livet. Fisket slo til, folk tjente penger, boliger ble isolert, vannforsyning ut- bedret og tuberkulosen gikk tilbake. De gamle beretningene gir langsiktige perspektiver over hvilken betydning den sosiale velstand har for helsen. Dette er lærdom som kan være nyttig å ta med når vi i dag skal dele samfun- nets ressurser på områder som forbyg-



gende og kurativt medisin, arbeidsløs- het og sysselsetting, utdanning og nærmiljø.

Kjennskap til distriktenes medisinske historie er noe dagens helsepersonell kan ha nytte av når vi skal behandle de eldre som har vokst opp under helt andre forhold enn vi har i dag. Bedre innsikt i deres oppvekstvilkår, for- tidens sykdomspanorama og behand- lingsmuligheter, kan gjøre oss i stand til å bli bedre pasientbehandlere.



## Konklusjon

Ved planlegging av fremtidens kom- munehelsetjeneste bør en først ta et tilbakeblikk og se på forholdene slik de tidligere har vært i distriktet (7). Det- te kan særlig være til nytte for unge helsearbeidere. De gamle medisinal- beretningene kan vise oss at det nytter å lete etter sykdommens årsaker for deretter å både tenke og handle fore- byggende. Forebygging bør skje på in- divid- og miljøplanet, gjennom al- menmedisin, samfunnsmedisin og loka- le politiske organer. Dersom vi virkelig ønsker "helse for alle" (i år 3000?), må vi begynne i dag! Til det trengs personlig engasjement, tålmo- dighet, pågangsmot og interesse for våre medmennesker.

## Litteratur:

1. Tellnes G. Medisinske beretninger fra Værøy og Røst. Værøy: Lofotboka Forlag, 1984.
2. Ånstad H et al. Statistikk for kom- munehelsetjenesten. Oslo: Sosialdepar- tementet, 1983.
3. Haglund BJA. Community diagnosis. Scand J Primary Health Care 1983;1:12-19.
4. Forsdahl A. Sunnhetstilstanden og sosiale forhold i Sør-Varanger kommu- ne 1869-1975 belyst ved medisinalbe- retningene. ISM skriftserie nr. 2. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, 1977.
5. Bain MH. I hine haarde dage - legeberetninger fra Lurøy legedistrikt. Lurøy: Lurøy kulturstyre, 1980.
6. Forsdahl A. Merkesteiner i norsk medisin reist av almenpraktikere, og enkelte utdrag av medisinalberetning- ene av kulturhistorisk verdi. ISM skriftserie nr. 8. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, 1984.
7. Tellnes G. Medisinsk historie i dis- triktshelsetjenesten. Tidsskr Nor Læ- geforen 1983;103:III.



# Årsmeldingen fra sjukeheimen

## Hvorfor er den så viktig?

Per Steinar Steinsvoll  
Otta



Per Steinar Steinsvoll er cand. med. fra Bergen 1961 og har drevet solo almenpraksis i Sel siden 1963. Tilsynslege ved Sel sjukeheim fra 1977.

Tragiske beretninger fra en norsk sjukeheim har aktualisert denne problemstilling. I kjølvannet av rettssaken ble det innskjerpet at alle medisinske revisjoner skulle attesteres av tilsynslegen, og det ble utarbeidet retningslinjer for ekstraordinært offentlig tilsyn med den medisinske virksomhet. Dette er nå bortfalt sammen med distriktslegeetaten, men fortsetter via fylkeslegene.

I tillegg til denne offentlige påbudte kontrollerende virksomhet bør årsmeldingen komme som et nødvendig supplement, både fra styrer og tilsynslege.

Formålet med den medisinske årsmelding er to-sidig:

1. Den gir en noenlunde ordnet oversikt over egen virksomhet med mulighet for selvevaluering.
2. Den er åpen for innsyn i tilsynslegenes virksomhet.

Den åpner for innsyn i den medisinske virksomhet. Tilsynslegen arbeider i et mer lukket medisinsk miljø og mangler den kritiske overvåking og faglige veiledning som fellesskapet med kolleger i andre medisinske institusjoner representerer.

Årsmeldingen er derfor å anse som et hjelpemiddel for å holde et visst minimum av faglig standard.

Et annet viktig formål er informasjon til overordnede helsemyndigheter. Disse har nær kontakt med politiske organer som kan fatte avgjørende vedtak i helsepolitiske saker.

### SELVEVALUERING

1. Tilsynslegen er alene som lege og medisinsk ansvarshavende. Der er manglende faglig korrektiv fra samarbeidende kolleger. Til-

synslegen arbeider isolert, med minimalt "innsyn" og kan utvikle "uheldige" vaner.

2. Årsmelding er en form for selvransakelse. Virksomheten skal presenteres på trykk for andre. Dette betinger en ordnet oversikt og et visst minimum av faglig standard. Viktige momenter er: Ordnet tilsyn, med journal for hver enkelt pasient, fortløpende notater ved alvorligere endringer i den kliniske tilstand, en viss presisjon i diagnosene og oversikt over de forskjellige former for behandling som tilbys, - ikke minst den medikamentelle.

Årsmeldingene bør systematiseres og kan da være gjenstand for sammenlignende analyser. Forskning er her et nøkkelord.

3. Som ledd i tilsynslegens egen etterutdanning. Kontroll og oversikt over egen virksomhet i ordnet form gir grunn til ettertanke og med mulighet for forbedringer. Dette gjelder faglig kvalitet hva angår utrednings-, behandlings- og pleierutiner. Den medmenneskelige og kollegiale opptreden er også svært viktig.

Årsmeldingen kan benyttes som grunnlagsmateriale for etterutdanning i lokale kollegiale grupper.

### STRUKTUR

Den komplette årsmeldingen består av:

1. Administrativ del som innberettes av styrer.
2. Medisinsk del som innberettes av tilsynslege.

Samlet vil disse gi en god oversikt over sjukeheimens virksomhet, økonomisk-administrativt og faglig-medisinsk. ▶

## DEN MEDISINSKE ÅRS- MELDING

er rent faglig og bør kunne leses og forstås uavhengig av den administrative del. Den er i sin form og sitt innhold primært beregnet som informasjon til medisinsk personell.

Jeg har funnet det naturlig å dele den inn i en generell del og en mer spesiell faglig del for oversiktens skyld.

### Kommentarer til enkelte avsnitt i rapporten:

#### GENERELL DEL:

##### I.B: Tilsynslegens virksomhet

Denne bør beskrives nokså detaljert. Det er naturlig innledningsvis å presentere antallet tilsynstimer per uke og hvorledes fordelingen av disse er praktisert. Opplegg av rutiner er av stor interesse. Hvor omfattende er den rutinemessige kliniske undersøkelse av nyinnlagte pasienter? Journalens innhold og funksjon er nøye knyttet sammen med visittgang og øyeblikkelig hjelpsituasjoner. Viktige forutsetninger og hjelpemidler som diktafonbruk og sekretærhjelp beskrives. (Frigjøring av tid for god lege/pasientkontakt). Samarbeidsformer bør komme frem i alle kontaktretninger innen kommunens helse- og sosialtjeneste. Inntaksteamets virksomhet bør presiseres nærmere. Undervisning og etterutdanning av pleiepersonell er også av stor interesse, likeledes tilsynslegens egen mulighet for etterutdanning.

##### I.C: Pasientoversikt. Sirkulasjon. Belegg

Antall nyinnleggelser. Antall korttidsopphold (avlastning/rekonvalesens). Antall pasienter med stasjonær plass hele året. Antall utskrevne pasienter. Antall døde pasienter.

Utnyttelsesgrad (effektivitet) = Totalantallet behandlede pasienter fordelt på antallet senger gir uttrykk for sirkulasjon.

Den samfunnsmessige utnyttelse av institusjonen er best ved høy sirkulasjon, d.v.s. når antallet faste pensjonærer er lavt. Dette er "harde data" som kan brukes ubalansert for å fremme spesielle helsepolitiske tiltak. "Myke data" som trivsel og trygghet for

den enkelte pasient lar seg ikke kvantifisere i tall. Det er derfor ikke etisk holdbart å evaluere behandlingstilbudet i en institusjon etter effektivitetsprinsipper. Kriterier for kvalitet i pleie og rehabilitering må komme inn med avgjørende vekt i totalvurderingen.

#### SPESELL FAGLIG DEL:

##### II.A: Sykdomsspekteret blant pasientene

Diagnoseregistrering er da nødvendig. Diagnosegrupper som anført i WONCA's forkortede diagnoseliste ICHPPC med inndeling etter organsystemer og patologisk anatomi, tilfredsstillende formålet. Hovedgruppering i 20 kodennummer er passe presisjonsnivå. Pasientene frembyr ofte symptomer på sykdom i en rekke organsystemer. Den kliniske tilstand, kombinert med høy alder, begrenser muligheten for diagnostisk utredning. En naturlig følge blir derfor gruppen uavklarte observasjonstilfeller, hvor obduksjon er den eneste mulighet for diagnostisk avklaring.

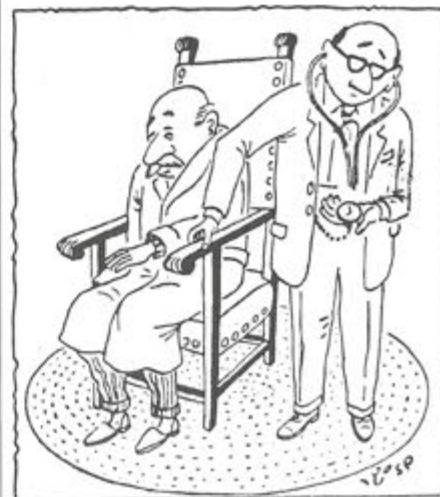
I de fleste tilfelle ender man opp med den eller de hoveddiagnoser som har preget pasientens tilstand, og bygger da på godt kliniske skjønn. Skaderegistrering har verdi og bør gjennomføres. Interkurrente epidemier er vanskelig å registrere eksakt i tall. "Sikre" epidemier bør omtales.

##### II.B: Behandlingsmåter og behandlingsmuligheter

Ikke medikamentell: Ergoterapi og fysioterapi. Gruppeaktivering. Individualterapi i form av samtale og stimulering til selvhjelp. Medikamentell: Medikamentforbruket kan spesifiseres og registreres av NMD ved hjelp av EDB. Dette formidles i Gudbrandsdalen av det lokale apotek uten større omkostninger. Det har medisinsk og økonomisk interesse. Bruken av medikamenttyper kan kartlegges nøyaktig. Polyfarmasifaren kan det være naturlig å berøre her, likeledes muligheten for bivirkninger og intoksikasjoner. Problematikk av spesiell betydning for farmakoterapien hos eldre kan diskuteres her.

##### Laboratoriebruk

Egne tjenester presenteres. Dette er fordelaktig og billigste



alternativ, gir hurtige svar, og tjenesten bør utvides, hvis praktisk mulig.

Rekvisisjon av service fra spesiallaboratorium: En del laboratorieprøver må utføres ved sentrallaboratorium. denne service er dyr, og det tar lang tid før svaret kommer. En kan her diskutere hvilke rutiner som er ideelle for både den interne og eksterne laboratorietjeneste sett i forhold til organsvikt og regulering av den medikamentelle terapi.

## II.C: Konsulenthjelp:

Henvisninger til spesialist og innleggelse i sykehus kan med letthet registreres i antall og spesialitet. Større registreringer forteller om i hvilken spesialitet behovet er størst. Ønsket om tilreisende konsulentbistand kan diskuteres med utgangspunkt i eksisterende forhold. Det er ønskelig å komme fram til rasjonelle løsninger, som foruten å tilgodese pasientens trivsel, også er økonomiske og ressursbesparende.

Samarbeid er et nøkkelord.

## II.D: Pleieproblematikk og behandlingsrutiner:

Avdelings-sykepleier bør kanskje her i eget avsnitt redegjøre for spesielle pleiemessige problemer, rutiner og erfaringer. (Hjelpemidler, lokaler, materiell, personell, pasientforhold. Positive og negative sider). Ellers kan tilsynslegen her omtale institusjonens eller egne erfaringer ved håndtering av "spesiell problematikk" knyttet til langtidspleie. Som eksempel kan anføres: Liggesår, profylakse/behandling. Leggsår, profylakse/behandling. Urinvegsinfeksjoner - når skal de behandles? Sondeernæring. Intravenøs væskebehandling. Pleie av døende pasienter (Nærhet, omsorg, redelighet, medmenneskelighet.)

## III. AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Dette kan være:

A. Generelle bemerkninger om den medisinske virksomhet og samarbeidet med andre helseorganer. Virkelighet og ønsker.

B. Spesielle geriatriske problemer: Senil demente i egne avdelinger, i egne institusjoner eller integrert i de somatiske

institusjoner.

Skadeprefylakse kommer ofte i konflikt med ønsket om aktivisering og personlig frihet.

Medikamentelle problemer: Polyfarmasi, intoxicasjonsfare og bruk av spesielle medikamenter (Ataraxica, hypnotica, laxantia etc.) kan drøftes ut fra egne erfaringer.

C. Omtale av dødspleien. Hvordan praktiseres den? Hvordan er den fortløpende kontakt med pasient og pårørende? Hvilke er prinsippene for medikamentell behandling av døende, f.eks. smertelindring eller intravenøs væsketerapi?

D. Tilsynslegefunksjonen. Det kan være vurdering av egen virksomhet og ønsket om visse forandringer. Mange føler faglig isolasjon og har et dypt behov for samarbeid og kontakt med kolleger. De fleste ønsker nok

også ofte konsulenthjelp når vanskelige avgjørelser skal tas.

## Avslutning

Jeg vil nå gå tilbake til mine innledende betraktninger, hvor jeg omtalte det flersidige formålet med disse årsmeldinger: nemlig i forhold til selvaluering og kontrollfunksjoner.

Her har vi dessuten en enestående påvirkningsmulighet som bør utnytted. Omkring en kjerne av faktiske opplysninger og nøkterne tall kan vi rette oppmerksomheten mot forhold som vi mener er uheldige og som bør forandres. Våre erfaringer fra dagens medisinske virksomhet kanaliseres videre på denne måte. Samlet kan disse årsmeldinger få betydning ved utforming av framtidens helsepolitikk, og sjukeheimens funksjons- og ansvarsområde er sentral i en stadig mer ressurskrevende eldreomsorg.

# Disposisjon for årsmelding

## I. GENERELL DEL:

A. Innledning: For forståelsens skyld er det naturlig at den innledningsvis kort presenterer institusjonen som driftsenhet i arbeidsåret. Sengeantall og pleiefaktor omtales kort.

B. Tilsynslegens virksomhet.

C. Pasientoversikt: Belegg. Sirkulasjon. Korttidsopphold (avlastning og rehabilitering).

## II. SPESELL FAGLIG DEL:

A. Sykdomsspekteret hos pasientene.

B. Behandlingsformer og behandlingsmuligheter.

C. Konsulenthjelp.

D. Pleieproblematikk og behandlingsrutiner.

## III. AVSLUTTENDE KOMMENTARER



"It's been a good life."

# «Ved livets ende»

Henrik Seyffarth



Utposten - nr. 5 - 1984 inneholdt adskillig av interesse. Således viste statistikken Norsk-toppen at av de 60 innsendte svarslippene var det utpreget interesse for muskel/skjelett-sykdommer (nr. 1) og kroniske smerter (nr. 9). I virkeligheten er vel dette stort sett det samme problemet, og vi kan vel si at smertene skyldes belastnings-sykdommer i de aller fleste tilfeller.

Hvis det er tillatt, vil jeg meddele at det kommer en omfattende bok om disse problemer på Gyldendals Forlag i løpet av 1984-85. Jeg håper at kollegene vil interessere seg for denne boken. Ellers må jeg undre meg over at kollegene hittil har vist

så liten interesse for dette område som er meget sparsomt representert i undervisningen. Jeg må her nevne at jeg tidligere har tilbudt en rekke private legeforeninger foredrag om belastningssykdommer (uten omkostninger), men har møtt liten interesse. Man kaller meg kontroversiell, men det bør vel være riktig at mine synspunkter, som jeg underbygger i den kommende bok, blir tatt opp til drøftelse. Boken bygger jo på personlige erfaringer og de mange gode resultater av min behandling.

Mitt inntrykk av legene er at de først og fremst tenker på å gardere seg mot kritikk fra kolleger og dernest studerer pasientens symptomer mere inngående. I det siste spørsmål er jeg ofte blitt skuffet, og som pasient har jeg i de fleste tilfeller sett at den første diagnosen var gal. Skal jeg summere opp mine synspunkter ved enden av et liv, så må det bli at studentene blir innpisket et pensum og en lojalitet mot de rådende oppfatninger som virker stagnerende. Ofte har jeg i stedet for lojalitet lyst til å bruke ordet feighet.

Som 26 år gammel landslege opplevet jeg det store valget: Skal jeg tenke på det som er best for denne pasient, eller skal jeg gardere meg mot kritikk fra kollegene?

Jeg har aldri angret på at jeg valgte det første - nemlig pasientene.

Tendensen til gardering fører til at pasienten blir sendt fra lege til lege. Det er tydelig her på det store sykehus hvor jeg nu befinner meg. Jeg føler at ingen bestemt lege har ansvar for meg.

Dessverre blir vel dette pasientenes situasjon også i fremtiden med de mange lege-sentra. Dette gjør det umulig for legen å sette seg inn i pasientens sykehistorie, og interessen som legen har for den enkelte pasient må naturligvis dabbe av når det er så mange kokker.

I samme nummer av Utposten står det også nevnt at en kollega ble forskrekket over en annen kollegas uvitenhet på et lege-møte. Imidlertid ble der tilføyet at vedkommende lege var kjent for å ha gode behandlingsresultater. Jeg tror at denne kollega er glad i mennesker og i sitt yrke. Pasienten står i sentrum. Derimot er de teoretiske kunnskaper bare av sekundær (men stor) betydning. I min praksis var de fleste tilfeller av psykosomatisk natur. Det er klart at disse sykdommer får en dårlig behandling uten den personlige tilknytning pasient/lege. For meg passer ordene: "Kjemp for alt hva du har kjært, Dø om så det gjelder! Da er livet ei så svært. Døden ikke heller".

Så ønsker jeg at alle mine yngre kolleger får den samme glede i legeyrket som jeg har hatt.

## NORDISK MØTE OM INFEKSJONSSYKDOMMER I ALMEN-PRAKSIS I UPPSALA 27. - 30. april 1985.

Vi viser til kort omtale av dette kurset i forrige nummer av Utposten. Detaljert program kommer i "Tidsskriftet". Vi har kunnet konstatere at det hele har et faglig solid preg: lista over forelesere er en rikholdig "Hvem er hvem?" i Nordisk almenmedisin. Det er altså reservert deltakerplass for 30 heldige fra Norge.

Påmelding innen 15. januar til prof. Chr. F. Borchgrevink, Institutt for almenmedisin, Fr. Stangs gate 11/13, 0264 Oslo 2. (Telefon 02-563780).



## VIKARIAT

### AMANUENSIS I SAMFUNNSMEDISIN

Ved Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim blir det fra årsskiftet ledig et ett-års vikariat i en av de to amanuensisstillingene, eventuelt med tiltredelse snarest mulig etter dette tidspunkt. Stillingen vil være vinklet mot almenmedisin, og ønskes besatt av primærlege (almenpraktiker/kommunelege) med bred klinisk og helst noe pedagogisk/forskningsmessig bakgrunn.

Her er det altså anledning til faglig fordypning, tenkning, skriving og undervisning i et år - en erfaring som helt sikkert vil være berikende for en interessert kollega. Det er ellers ikke ofte vi kan tilby slike stillinger ledig.

Nærmere opplysninger og betenkning for stillingen kan fås ved henvendelse til

professor Bent Guttorm Bentsen eller  
førsteamanuensis Steinar Westin  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Eirik Jarls gt. 10  
7000 TRONDHEIM tlf. 07 598875

Se ellers fullstendig utlysningstekst i "Tidsskriftet" eller Norsk Lysningsblad.

## ETTERLYSNING:

### FRIE FOREDRAG - BEITO-KURSET 1985

Steinar Westin

Som ved de to siste APLF-kursene på Beito høyfjellshotell vil det også i 1985 bli avsatt en egen kursdag for almenmedisinsk forskning i regi av Almenmedisinsk forskningsutvalg. Under denne kursdagen, fredag 15. mars, blir det som tidligere arrangert en minikongress, d.v.s. to timer avsatt til frie foredrag á 10 minutter, med tillegg av 5 minutter til spørsmål og skusjon etter hvert innlegg.

Her har dere altså sjansen, alle dere som har større eller mindre prosjekter som er ført fram til et trinn hvor dere har noe å meddele. Skriv et en-sides sammendrag og send det til

Kurskomiteen for Beito-kurset 1985  
v/Steinar Westin  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Eirik Jarls gt. 10  
7000 TRONDHEIM

innen 31. januar 1985.

Forfatterne av de 6 til 8 mest aktuelle bidragene vil bli invitert til å fremføre sine foredrag. Denne Beito-kursets minikongress er såvidt vi vet den eneste kongress innen vårt fag der reise og opphold for foredragsholderne dekkes. Så merk dere det, og at dere dertil får anledning til å fremføre foredragene for den forsamling som vi uten beskjedenhet kaller norsk almenmedisins La Scala.

Sammendragene bør utformes etter det mønster vi benytter ved de nordiske kongressene i almenmedisin.

## HØRINGSSEMINAR OM HELSERÅDSTJENESTEN

17. og 18. januar 1985 arrangerer Teknisk Hygienisk Forum i samarbeid med Sosialdepartementet, Helsedirektoratet og Den norske lægeförening et høringsseminar med utgangspunkt i NOU 1984:28 om helserådstjenestene.

Målsettingen er en faglig gjennomgåelse av de forslag i utredningen.

Av programmet:

- fremtidig lovgrunnlag
- politisk styring, nemdstruktur, administrasjon, delegasjon
- arbeidsdeling med andre myndigheter
- overordnede forvaltningsorgan, klageinstans
- faglig utvikling. Styrking av det teknisk/hygieniske arbeidsfelt
- ressursbehov

Seminarret retter seg mot leger, ingeniører, inspektører, helse-søstre, annet helsepersonell samt helsepolitikere.

Påmelding innen 11. januar 1985 til

Aud Inger Rasmussen  
SIF, Geitmyrsveien 75,  
0462 Oslo 4

Tlf. 02-356020

## Erratum:

### Vevstypebestemmelse hos pasienter med ryggsmarter

Ola Lilleholt

Utposten nr. 7/84 er nettopp kommet inn på skrivebordet her omtrent samtidig med at nr. 8/84 går ut til lay-out og trykking. Det går noen ganger over stakk og sten. Til min forskrekkelse ser jeg at begrepene sensitivitet og spesifisitet er ombyttet i om-talen av 2x2 tabellen. For å avverge en storm av reaksjoner fra leserne vil jeg nytte sjansen til å nevne at det strengt tatt ikke er riktig å bruke begrepa

# «Ved livets ende»

Henrik Seyffarth



Utposten - nr. 5 - 1984 inneholdt adskillig av interesse. Således viste statistikken Norsk-toppen at av de 60 innsendte svarslippene var det utpreget interesse for muskel/skjelett-sykdommer (nr. 1) og kroniske smerter (nr. 9). I virkeligheten er vel dette stort sett det samme problemet, og vi kan vel si at smertene skyldes belastnings-sykdommer i de aller fleste tilfeller.

Hvis det er tillatt, vil jeg meddele at det kommer en omfattende bok om disse problemer på Gyldendals Forlag i løpet av 1984-85. Jeg håper at kollegene vil interessere seg for denne boken. Ellers må jeg undre meg over at kollegene hittil har vist

så liten interesse for dette område som er meget sparsomt representert i undervisningen. Jeg må her nevne at jeg tidligere har tilbudt en rekke private legeforeninger foredrag om belastningssykdommer (uten omkostninger), men har møtt liten interesse. Man kaller meg kontroversiell, men det bør vel være riktig at mine synspunkter, som jeg underbygger i den kommende bok, blir tatt opp til drøftelse. Boken bygger jo på personlige erfaringer og de mange gode resultater av min behandling.

Mitt inntrykk av legene er at de først og fremst tenker på å gardere seg mot kritikk fra kolleger og dernest studerer pasientens symptomer mere inngående. I det siste spørsmål er jeg ofte blitt skuffet, og som pasient har jeg i de fleste tilfeller sett at den første diagnosen var gal. Skal jeg summere opp mine synspunkter ved enden av et liv, så må det bli at studentene blir innpisket et pensum og en lojalitet mot de rådende oppfatninger som virker stagnerende. Ofte har jeg i stedet for lojalitet lyst til å bruke ordet feighet.

Som 26 år gammel landslege opplevet jeg det store valget: Skal jeg tenke på det som er best for denne pasient, eller skal jeg gardere meg mot kritikk fra kollegene?

Jeg har aldri angret på at jeg valgte det første - nemlig pasientene.

Tendensen til gardering fører til at pasienten blir sendt fra lege til lege. Det er tydelig her på det store sykehus hvor jeg nu befinner meg. Jeg føler at ingen bestemt lege har ansvar for meg.

Dessverre blir vel dette pasientenes situasjon også i fremtiden med de mange lege-sentra. Dette gjør det umulig for legen å sette seg inn i pasientens sykehistorie, og interessen som legen har for den enkelte pasient må naturligvis dabbe av når det er så mange kokker.

I samme nummer av Utposten står det også nevnt at en kollega ble forskrekket over en annen kollegas uvitenhet på et legemøte. Imidlertid ble der tilføyet at vedkommende lege var kjent for å ha gode behandlingsresultater. Jeg tror at denne kollega er glad i mennesker og i sitt yrke. Pasienten står i sentrum. Derimot er de teoretiske kunnskaper bare av sekundær (men stor) betydning. I min praksis var de fleste tilfeller av psykosoamtisk natur. Det er klart at disse sykdommer får en dårlig behandling uten den personlige tilknytning pasient/lege. For meg passer ordene: "Kjemp for alt hva du har kjært, Dø om så det gjelder! Da er livet ei så svært. Døden ikke heller".

Så ønsker jeg at alle mine yngre kolleger får den samme glede i legeyrket som jeg har hatt.

## NORDISK MØTE OM INFEKSJONSSYKDOMMER I ALMEN- PRAKSIS I UPPSALA 27. - 30. april 1985.

Vi viser til kort omtale av dette kurset i forrige nummer av Utposten. Detaljert program kommer i "Tidsskriftet". Vi har kunnet konstatere at det hele har et faglig solid preg: lista over forelesere er en rikholdig "Hvem er hvem?" i Nordisk almenmedisin. Det er altså reservert deltakerplass for 30 heldige fra Norge.

Påmelding innen 15. januar til prof. Chr. F. Borchgrevink, Institutt for almenmedisin, Fr. Stangs gate 11/13, 0264 Oslo 2. (Telefon 02-563780).

## VIKARIAT

### AMANUENSIS I SAMFUNNSMEDISIN

Ved Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim blir det fra årsskiftet ledig et ett-års vikariat i en av de to amanuensisstillingene, eventuelt med tiltredelse snarest mulig etter dette tidspunkt. Stillingen vil være vinklet mot almenmedisin, og ønskes besatt av primærlege (almenpraktiker/kommunelege) med bred klinisk og helst noe pedagogisk/forskningsmessig bakgrunn.

Her er det altså anledning til faglig fordypning, tenkning, skriving og undervisning i et år - en erfaring som helt sikkert vil være berikende for en interessert kollega. Det er ellers ikke ofte vi kan tilby slike stillinger ledig.

Nærmere opplysninger og betenkning for stillingen kan fås ved henvendelse til

professor Bent Guttorm Bentsen eller  
førsteamanuensis Steinar Westin  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Eirik Jarls gt. 10  
7000 TRONDHEIM tlf. 07 598875

Se ellers fullstendig utlysningstekst i "Tidsskriftet" eller Norsk Lysningsblad.

## ETTERLYSNING:

### FRIE FOREDRAG - BEITO-KURSET 1985

Steinar Westin

Som ved de to siste APLF-kursene på Beito høyfjellshotell vil det også i 1985 bli avsatt en egen kursdag for almenmedisinsk forskning i regi av Almenmedisinsk forskningsutvalg. Under denne kursdagen, fredag 15. mars, blir det som tidligere arrangert en minikongress, d.v.s. to timer avsatt til frie foredrag á 10 minutter, med tillegg av 5 minutter til spørsmål og skusjon etter hvert innlegg.

Her har dere altså sjansen, alle dere som har større eller mindre prosjekter som er ført fram til et trinn hvor dere har noe å meddele. Skriv et en-sides sammendrag og send det til

Kurskomiteen for Beito-kurset 1985  
v/Steinar Westin  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Eirik Jarls gt. 10  
7000 TRONDHEIM

innen 31. januar 1985.

Forfatterne av de 6 til 8 mest aktuelle bidragene vil bli invitert til å fremføre sine foredrag. Denne Beito-kurssets minikongress er såvidt vi vet den eneste kongress innen vårt fag der reise og opphold for foredragsholderne dekkes. Så merk dere det, og at dere dertil får anledning til å fremføre foredragene for den forsamling som vi uten beskjedenhet kaller norsk almenmedisins La Scala.

Sammendragene bør utformes etter det mønster vi benytter ved de nordiske kongressene i almenmedisin.

## HØRINGSSEMINAR OM HELSERÅDSTJENESTEN

17. og 18. januar 1985 arrangerer Teknisk Hygienisk Forum i samarbeid med Sosialdepartementet, Helsedirektoratet og Den norske lægeforening et høringsseminar med utgangspunkt i NOU 1984:28 om helserådstjenestene.

Målsettingen er en faglig gjennomgåelse av de forslag i utredningen.

Av programmet:

- fremtidig lovgrunnlag
- politisk styring, nemdstruktur, administrasjon, delegasjon
- arbeidsdeling med andre myndigheter
- overordnede forvaltningsorgan, klageinstans
- faglig utvikling. Styrking av det teknisk/hygieniske arbeidsfelt
- ressursbehov

Seminarret retter seg mot leger, ingeniører, inspektører, helseøstre, annet helsepersonell samt helsepolitikere.

Påmelding innen 11. januar 1985 til

Aud Inger Rasmussen  
SIF, Geitmyrsveien 75,  
0462 Oslo 4

Tlf. 02-356020

## Erratum:

### Vevstypebestemmelse hos pasienter med ryggsmarter

Ola Lilleholt

Utposten nr. 7/84 er nettopp kommet inn på skrivebordet her omtrent samtidig med at nr. 8/84 går ut til lay-out og trykking. Det går noen ganger over stokk og sten. Til min forskrekkelse ser jeg at begrepene sensitivitet og spesifisitet er ombyttet i omtalen av 2x2 tabellen. For å avverge en storm av reaksjoner fra leserne vil jeg nytte sjansen til å nevne at det strengt tatt ikke er riktig å bruke begrepa

sensitivitet og spesifisitet i denne sammenhengen. Sjansen på 3.6% for at en pasient med vevstype HLA B-27 og akutt ryggvondt skal ha Bechterew's sykdom er en betinget eller a posteriori sannsynlighet. Etter som Baye's formel var nevnt i den første artikkelen, og fordi den er både den mest korrekte og enkleste måten å regne ut denne typen betinget sannsynlighet på, tar jeg den med her:

$$p(AS|T+) = \frac{p(T+|AS) \cdot p(AS)}{p(T+)}$$

$p(AS|T+)$  = sannsynligheten for at pas. har Bechterew's sykdom når prøven er positiv.

$p(T+|AS)$  = sannsynligheten for at prøven er positiv når pas. har Bechterew's sykdom (0.95).

$p(AS)$  = prevalensen av Bechterew's sykdom i populasjonen (0.003)

$p(T+)$  = prevalensen av HLA B-27 i populasjonen (0.08).  
Når en setter inn disse tallene i formelen kommer en heldig-, eller naturlig-vis, fram til det samme resultatet: nemlig at 3.6% av pasientene med ryggvondt og HLA B-27 antigenet har Bechterew's sykdom.

Tilsvarende kan en regne ut betinget eller a posteriori sannsynlighet 0.9998 for at en pasient med ryggvondt uten HLA B-27 ikke har Bechterew's sykdom.



## Aktuelle bøker fra Universitetsforlaget

### Almen- praktiker biblioteket

Jon Gunnar Mæland  
LEGENS ATTESTHANDBOK  
kr 110,-

Tor Inge Tonnessen  
SMERTER OG ANDRE  
SYMPTOMER HOS KREFT-  
PASIENTER  
Diagnose og behandling  
kr 110,-

Steinar Westin (red.)  
FORSKNING I  
ALMENPRAKSIS  
En innføring i forskningspro-

sessen, fra den første idé til den ferdige publikasjon. kr 220,-

Per Fugelli og Kjell Johansen (red.)  
LANGSOMT BLIR FAGET  
VÅRT EGET

Festskrift til Christian F. Borchgrevinks 60 års dag og Sigurd Humerfeldts 70 års dag

Norsk almenmedisins nære historie og det faglige utviklingsarbeid fremover. kr 120,-

Chr. F. Borchgrevink, Dag Hoffoss, Hans Th. Waaler (red.)

VERDENS BESTE - ER DET GODT NOK?

Foredrag i anledning Peter F. Hjort's 60 års dag

kr 85,-

Ingunn Aalvik, Egil Willumsen, Jan Grund, Odd D. Vellar, Leif A. Aaro

FOREBYGGENDE HELSE-  
ARBEID I 1980-ARA

Muligheter og begrensninger

kr 80,-

Eli Knudsen Ingnes og Karin Haarberg Aas

SEKSUELLE OVERGREP  
MOT BARN

kr 95,-

Elisabeth Backe-Hansen  
FOSTERBARN

kr 145,-

Bøkene fås i bokhandelen

UNIVERSITETSFORLAGET



Risvollan legesenter  
10 år

**HELSEMARKED 6.-12.-84**

KL. 12-17 PÅ TORVET, RISVOLLAN SENTER

**GRATIS TILBUD PÅ GOD HELSE**

**KJENNER DU?**

- \* Virkningene av medisinene dine?
- \* Norges Ladykiller Nr. 1?
- \* Vår tids største potensdreper?

**VET DU?**

- \* Hvordan barn skader seg?
- \* Hvordan få fart på en treg mage?
- \* At markedets billigste livsforsikring er nesten gratis?

*Forøvrig byr markedet på gratis smaksprøver.*



Ordnet  
FAMILIEØKONOMI  
godt grunnlag for GOD HELSE

Kontakt oss



Trondhjems og Strindens  
**SPAREBANK**

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

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

Symptom:

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

**30%** av pasientene som fikk sår-dannelse/strikturer på øsofagus på grunn av legemidler, opplevde at legemiddelet satte seg fast allerede ved administrasjonstidspunktet. Fornyet væskeinntak hjalp likevel ikke disse pasientene fordi det oppstår en spasme i 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. Lymecyclin (Tetralysal<sup>®</sup>) har vist seg ikke å gi slike komplikasjoner. Tetralysal<sup>®</sup> er ikke et ulcerogent legemiddel.

#### Referanser:

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

(Anders Kumlien. Under trykking: Apoteknytt.)

*Biverkningar vid accidentell lösning av läkemedel i esofagus och bronker.*

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

*Tetracycline induced oesophageal ulcers - a clinical and experimental study.*

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

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

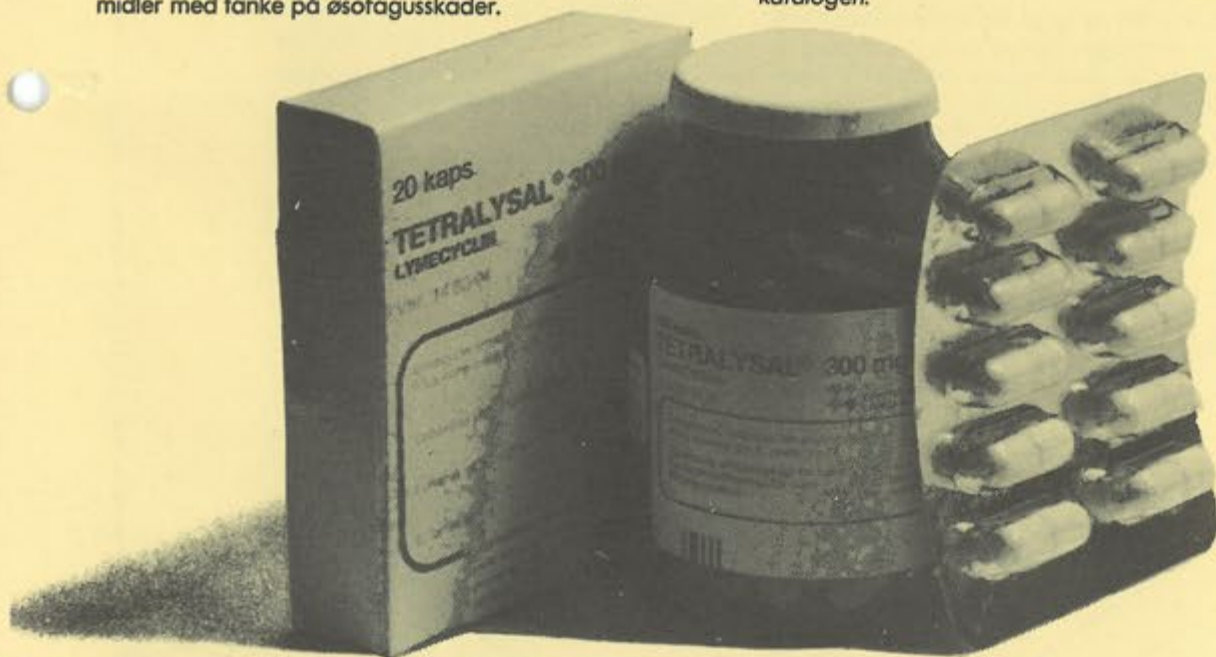
*Ulcérations œsophagiennes induites par la doxycyclines. A propos de 5 cas.*


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

*A new endoscopic finding of tetracyclineinduced esophageal ulcers.*

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

For øvrige opplysninger om Tetralysal<sup>®</sup>, henvises til felleskatalogen.



 MONTEDISON GROUP  
FARMITALIA  
CARLO ERBA  
Postboks 53, 1371 ASKER  
Tlf. (02) 79 07 60

Tetralysal<sup>®</sup>  
lymecyclin



RUTLE OLAV  
Slettmark 2  
2050 Jessheim

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.

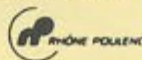
Spesielt velegnet til ømfintlig hud, hudirritasjoner, i dusj og bad, til uren hud, intimpleie og når vanlig såpe ikke tåles.

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  
Skårersletta 80 Postboks 20 N-1473 Skårer Tlf. (02) 70 55 20 Telex 76738 N



# Sobril®

(oxazepam)



**Benzodiazepin  
med spesifikk  
angstdempende  
virkning.**



# Sobril "Kabi Vitrum"

Tranquillizer.

Indeks: N05B A04

**TABLETTER:** Hver tablett inneh.: Oxazepam. 10 mg, med delestrek, resp. 15 mg og 25 mg, const. q.s.

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Benzodiazepinderivat med spesifikk angstdempende virkning og med mindre muskelrelaxerende effekt enn f.eks. diazepam. *Absorpsjon:* Langsommere enn diazepam ved peroral tilførsel, med mindre tendens til høye innledningskonsentrasjoner. Maks. serumkonsentrasjon etter 2-4 timer. *Proteinbinding:* 95-96%. *Halveringstid:* Biologisk halveringstid er vanligvis 10-15 timer, hvilket gjør at kumulasjon i kroppen ved gjentatt dosering blir av vesentlig mindre betydning enn for andre benzodiazepinderivater. *Metabolisme:* Enkel metabolisme uten aktive metabolitter. *Utskillelse:* Ca. 80% utskilles via nyrene, hovedsakelig som glukuronid. Fullstendig utskillelse i løpet av 2-3 dogn. *Overgang i placenta:* Passerer placenta. *Overgang i morsmelk:* I noen grad.

**Indikasjoner:** Neuroser og psykosomatiske lidelser preget av angst, uro og spenning. Søvnvansker. I kombinasjon med tricykliske antidepressiva ved engstelig/agiterte depresjoner.

**Kontraindikasjoner:** *Absolutte:* Myasthenia gravis. Sjuketilstander og koma ved intoksikasjoner med alkohol og medikamenter.

**Bivirkninger:** Tilvenningsfare. Tretthet og søvnighet kan forekomme initialt. Muskelsvakhet, ataksi, svimmelhet, kvalme, utslett, nedsatt potens, hodepine, økt appetitt. Paradoksale reaksjoner i form av excitasjon, eufori kan forekomme. Sjeldne bivirkninger er tåkesyn, blodtrykkfall, sløvhet og uklar tale, hukommelsestap, tremor, inkontinens og konstipasjon.

**Forlektighetsregler:** Pga. faren for tilvenning bør preparatet gis i et begrenset tidsrom. Det advares mot bruk av preparatet hos narkomane og narkomanidisonerte. Pga. individuell varierende følsomhet bør det utvises forsiktighet ved bilkjøring og betjening av maskiner. Toleransen overfor alkohol og andre sedativa og hypnotika kan være nedsatt og kombinasjon med Sobril bør unngås. Må brukes i fortrinnsvis kortere tid, og etter nøye vurdering til alkoholikere, da disse pasienter ofte risikerer tilvenning og avhengighet av slike midler. Det bør utvises forsiktighet i medikasjonen hos barn, hjerneskadde, eldre og pasienter med kardiopulmonær svikt, da oxazepam tolereres svært forskjellig. Abstinens-

symptomer evt. i form av kramper kan forekomme etter lang tids bruk av høye doser og med påfølgende brå seponering. Må benyttes med forsiktighet ved mistanke om latente psykoser. Oxazepam har ikke vist noen teratogen effekt ved dyreforsøk. Sedvanlig forsiktighet bør naturligvis iakttas ved tilførsel til gravide. Oxazepam går over i morsmelk, men i så små mengder at risikoen for at barnet skal påvirkes ikke behøver å foreligge ved bruk av terapeutiske doser. Kort halveringstid ( $T_{1/2}$  hos nyfødte ca. 20 timer), ingen aktive metabolitter og langsom passasje over lipidmembran gjør at kumulasjonen i fosteret blir av vesentlig mindre betydning enn f.eks. for diazepam. Kan anvendes uten ulempe hos pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi.

**Interaksjoner:** Interaksjoner kan sees med CNS-depressiva bl.a. alkohol (neuroleptika. (1:47E) hypnotika/sedativa, benzodiazepiner).

**Dosering:** Ved lettere urolitstander: 10 mg 3-4 ganger daglig. Normaldosering: 15 mg 3-4 ganger daglig, som ved behov kan økes til 25 mg 3-4 ganger daglig. Ved angst og uro i forbindelse med depresjoner: 25 mg 3-4 ganger daglig. Til gamle og svake pasienter: 10 mg 2-3 ganger daglig, ved behov en forsiktig økning til 15 mg 3-4 ganger daglig. Ved søvnvansker: 15-25 mg 1-2 timer før man legger seg. Ved premedisinering før operasjoner: 25-50 mg om kvelden dagen før. Doseringen er den samme for pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi. Absorpsjonen er også uavhengig av samtidig fødeinntak.

**Overdosering/Forgiftning:** Oxazepam skiller seg kjemisk fra klordiazepoxid, diazepam og nitrazepam ved en aktiv OH-gruppe som formidler hurtig glukuronsyrebinding, resulterende i redusert toksisitet.  $LD_{50}$  for oxazepam gitt peroralt til mus og rotter er høyere enn 5000 mg pr. kg. kroppsvekt. Ved omfattende laboratorieundersøkelser har oxazepam ikke vist noen skadelig innvirkning på blodbilde, lever eller nyrefunksjon. Symptomer forekommer først i kombinasjon med andre sentralt virkende farmaka. Behandling: Ventrikeltømming. Kull. Symptomatisk behandling.

**Holdbarhet:** 3 år. Værelsestemperatur.

**Pakninger og priser:** 10 mg: 25 stk. kr 14,25, 100 stk. kr 39,35. 15 mg: 25 stk. kr 18,20, 100 stk. kr 52,15, 250 stk. kr 112,95. 25 mg: 25 stk. kr 20,55, 100 stk. kr 61,20, 250 stk. kr 121,80.

## KabiVitrum



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