

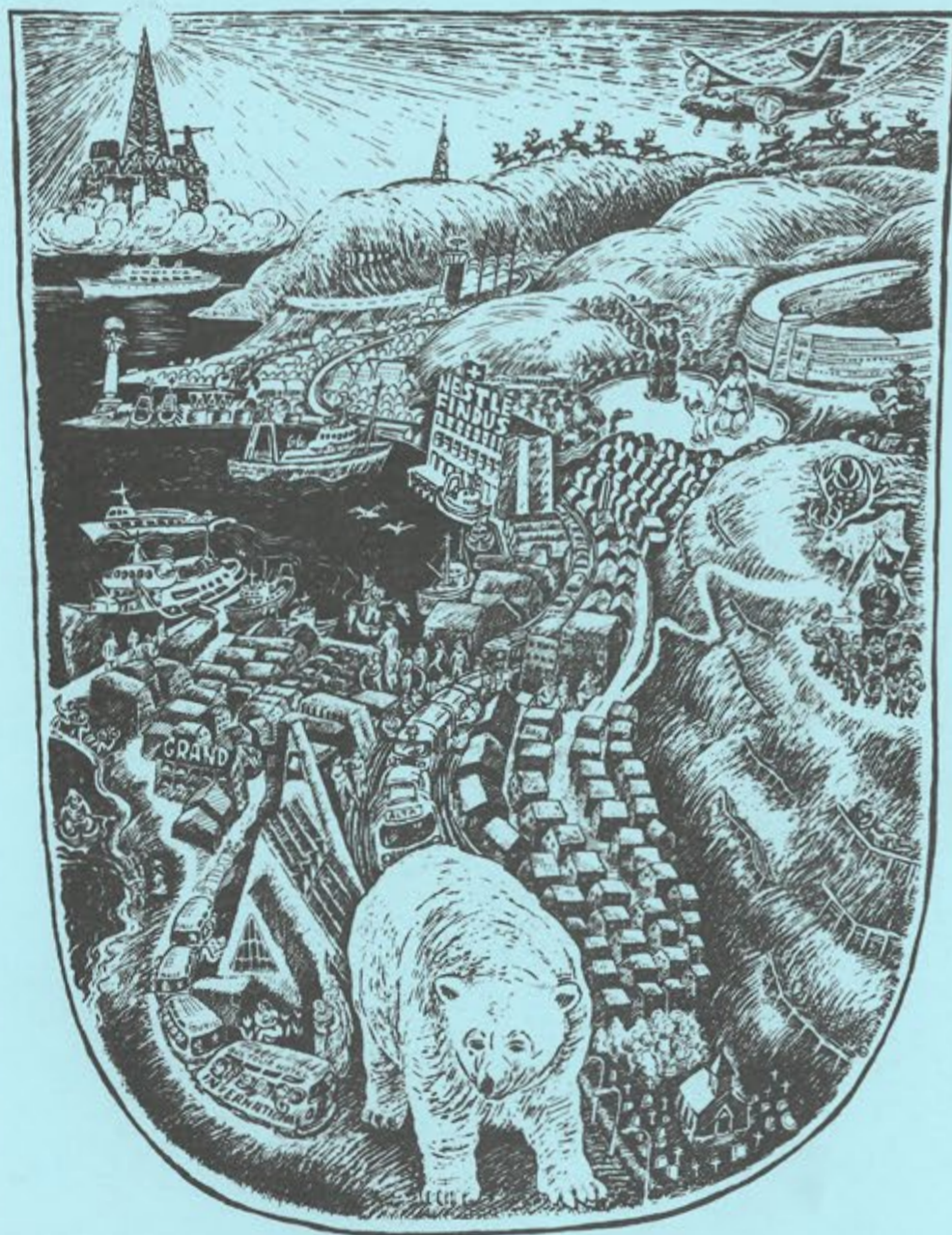
UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2

1985

ARGANG 14



Av innholdet:

«FINNMARKS-NUMMER»

- PRAKSISREGISTRERING
- LEGE I SAMELAND
- BEDRIFTSHELSETJENESTE
- OPPVEKSTKÅR OG HELSE I FINNMARK
- TYFUSEPIDEMIEN I MEHAMN
- M.M.

UTPOSTEN

**BLAD FOR ALMEN- OG
SAMFUNNSMEDISIN**

Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S
9652.63.00111

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

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

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

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

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

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

Til leserne

Dette nummeret inneholder mest stoff fra kolleger i Finnmark. Helsesjef Berit Olsen i Hammerfest har vært primus motor og gjesteredaktør for denne delen av bladet. Her er vi imponert over disse kollegenes praktiske initiativ i forhold til de prosjektene som er beskrevet og måten de nå blir presentert på. Kunne dette ha kommet fra et annet fylke eller en annen landsdel? Dersom noen har lyst på å prøve seg på et liknende tiltak fra sin del av Norge, så er vi

åpne for å diskutere slike prosjekt.

Men vi venter også spent på individuelle initiativ: vent ikke lenger med planene om å skrive ditt bidrag til Utpostens essaykonkurranse! Premiene består som alle vet av det vi aldri (?) får nok av: heder og penger! Konkurransereglene er å finne i nr. 1/85.

Ola K

HUSK ESSAYKONKURRANSEN!

INNHOOLD:

- | | | | |
|---|----|--|-------|
| Gjesteredaksjonen i badstua | 42 | Øystein Kruger: Bruk av egenmelding: sykefravær eller dårlig arbeidsmoral? | 67 |
| Berit Olsen: Er lov om helse-tjenesten i kommunene distriktsfientlig? | 43 | Øystein Kruger: De friske roper høyest. | 69 |
| Mette Brekke, Øystein Kruger og Berit Olsen: Praksisregistrering: Hva folk feiler og legene gjør. | 45 | Leif Brunvand: Tyfusepidemien i Mehann 1915-16. | 71 |
| Mette Brekke: Lege i sameland. | 50 | NSAM's spalter | 72 |
| Hans Atle Hansen: Bedriftshelse-teneste for reindriftssamar? | 53 | Kåre H. Torp: Perspektiv. | 73 |
| Tone Tveit og Leif Brunvand: Oppvekstkår og helse i Finnmark. | 55 | Hans von Krogh: Legemiddel-utprøving. Hvem skal betale? | 74 |
| Berit Olsen: Forsinka søvnfase-syndrom. | 57 | Anonyma Fimosa: En nesten-ulykke | 75 |
| Berit Olsen: Norge, et medisinsk klassesamfunn. | 59 | Fra tidsskriftverdenen. | 75-76 |
| Berit Olsen: Søvndeprivasjon som behandlingsalternativ. | 62 | Bokomtale | 76 |
| Berit Olsen: Lokalavisa som helseopplysningsressurs. | 64 | Kjeld Malde: "Byråkratitis epi-demica". | 79 |
| Marit Bjartveit Kruger: Den uendelige historie. | 66 | | |

Fragmenteres almenmedisinen?

Spesialisering og samarbeide er fundamentale ideer og drivkrefter i den mektige framveksten av industri- og informasjons-samfunnet. Som generalister imponeres vi daglig av spesialistenes artisteri både i medisinen og andre vitenskaper. Ikke så helt sjelden forskrekkes vi av de samme spesialisters myope sneversyn. Vi mener at det fremdeles er bruk for generalister både i storsamfunnet og i medisinen.

Erfaring har lært oss at spesialistenes plass er i andre og tredje linje i medisinsk virksomhet. Almenmedisinen egenart kan ikke defineres som en særegen avdeling av medisinen totale revir men snarere ved sin lokalisasjon igrenselandet mellom det normale og det patologiske: de friske skulle vi helst sende ut igjen og grav patologi overlater vi ideelt til spesialistene.

Forskjellige medisinske fora diskuterer i disse tider forslaget om å opprette en spesialisert for yrkesmedisin i første linje: "Innstilling om legers rett til å bruke betegnelsen Bedriftslege Dnlf".

Nå er det tid for å gjøre seg opp en mening! Om noen måneder vil det være tatt en avgjørelse som vi må leve med.

Fra før har vi altså en spesialisert i yrkesmedisin, så vi må vel kunne se for oss Bedriftslege Dnlf som et punkt på stigen mellom grunnutdannelsen og spesialisiteten. I følge Norsk bedriftslegeforenings generalforsamling 30 januar d.å. skal disse legene ikke stelle med "bedriftsmedisin" men med "arbeidsmedisin".

Før jeg går videre, forkynner jeg hermed for sikkerhets skyld min oppriktige oppfatning av at kvalitet er det ypperste mål for alt medisinsk arbeide, også på

arbeidsplassene og i bedriftene. Kvalitet kan vi grovt og fantasiløst beskrive med adjektivene "god" og "dårlig".

Den nye bedriftslege Dnlf er beskrevet som generalist med særskilt utdannelse i arbeidsmedisin. Blir det en god/dårlig generalist? Blir det en god/dårlig spesialist? En pseudospesialist? En halvstudert røver?

Som spesialitet betraktet er det en merkelig framtoning. Dersom dette skal bli en generalist, må vi som almenmedisinere betrakte dette som et unødvendig appendix. Ettersom denne lederen nødvendigvis må bli kort, er det ikke mulig å gjennomføre en fullstendig analyse av argumenter for og mot ordninga. La et par av de viktigste kontra-argumentene være nevnt:

Ordninga medfører en unødvendig oppsplitting av almenmedisinen som yrkeskarriere. På et tidlig stadium må hver enkelt velge vei: enten å bli almenpraktiker Dnlf eller Bedriftslege Dnlf (eller begge deler?). Når en først er startet, vil det vise seg at valgmulighetene blir mindre: trolig vil det ikke bli fri mobilitet mellom almenmedisinen og bedriftsmedisinen. Ønsker vi å redusere bevegelsesfriheten i første linje på denne måten?

Dersom vi aksepterer en slik spesialisering i første linje, vil det vise seg vanskelig å stå i mot krav om pseudospesialiteter i "helsestasjonsmedisin Dnlf", "hypertensjonsmedisin Dnlf", "svangerskapskontrollmedisin Dnlf" etc. etc..

La oss ikke tape kontakten med almenmedisinen grunnleggende forankring nå! La oss beholde den faglige bevegelsesfriheten! Sammen må vi arbeide for å heve det faglige nivået i hele almenmedisinen. Hver enkelt må kunne utvikle sine sterkeste faglige sider på toppen av en almenmedi-

sinsk filosofi. Er det noen som tror at leger tilknyttet helsestasjoner stort sett vil søke etterutdannelse i toksikologi eller at bedriftslegene vil bruke spesielt mye tid på kurs i pediatriiske emner?

Det må være mulig å dyrke spesielle sider av medisinen og å legge opp sin almenmedisinske utdannelse uten å bli pseudospesialist. Det er både vi og storsamfunnet best tjent med.

Bedriftene også.

Tenk sjøl!

Cola L

Gjesteredaksjonen i badstua hilser kolleger på alle utposter!

Ifølge Arbeidstilsynet er Hammerfest ingen utpost, - ergo skal det heller ikke være noe problem å skaffe leger til bedriftshelse-tjenesten...

Sjøl synes vi vel heller ikke det. Men det er allikevel et faktum at det er problemer med å skaffe kvalifisert personell, her, som i fylket forøvrig.

Vi har påtatt oss å være gjesteredaksjon for denne utgaven av UTPOSTEN av to grunner:

1. Vi synes vi har noe å bidra med, og forsøker å ta alvorlig utfordringen om "å skrive vårt

fag". Fordi vi har mange baller i luften og er fulle av vyer og store bokstaver, har det vært bra å ha ei hangende øks i form av dead-line over hodet. Vi anbefaler gjerne metoden til kolleger med samme problem.

2. Vi har hatt lyst til å vise, ikke minst for oss sjøl, at det kanskje er mulig å drive faglig skikkelig almen - og samfunnsmedisins også på vår "utpost".

Vi pretenderer ikke å gi noe fullstendig bilde hverken av helseforholda eller helse-tjenesten i Finnmark. Vi har konsentrert oss om det som har

opptatt oss i det siste, og hvor vi håper at andre kan dra nytte av våre tanker og erfaringer. For sjøl om mye av stoffet nok kan virke som særlige fenomener i Finnmark, er det vår oppfatning at det har overføringsverdi til andre kanter av landet. På samme måte som ved familieproblemer; problem i Finnmark er uttrykk for generelle problem i Norge. Finnmark er bare problembæreren, og det er lite vi herfra kan gjøre med det hvis ikke resten av familien kan bringes innsikt til å stille opp!

I badstua har vi gjort oss mange tanker, - noen vil vi presentere

FINNMARK



Berit O. har vært presentert for Utpostens lesere tidligere. Ho er runnet ut av Finnmarks jord, luft og salte vann. Født i Havøysund. Cand. med. fra Bergen 1974. Turnus i Kirkenes og Båtsfjord. Nå er ho helsesjef i Hammerfest. Sia siste presentasjon har ho vært i London og er blitt M.Sc. of Community Health.



Øystein Krüger er født og oppvokst i Mo i Rana. Cand.med. fra Trondheim 1978. Trebarnspappa og lokal EDB-ekspert. Tidligere bedriftslege ved A/S Nestle-Findus. Arkiteten bak den utskjelte "Hammerfestmodellen" for integrering av bedriftshelse-tjenesten i kommunehelse-tjenesten, og badstua. P.t. ass.lege ved med. avd. Hammerfest sykehus.



Marit Bjartveit Krüger er Oslo-jente med sterk familiær belastning innafor forebyggende helsearbeid. Cand. med. Trondheim 1979. Trebarnsmamma med tid til alt. Helsesjef i Sorøysund. Distriktslege i Hammerfest fra 1981. Spesielt interessert i barns oppvekstvilkår og helse.

rundt i bladet. Kanskje noen kan finne en tråd å nøste i til et seinere nummer?

Her vil vi bare uttrykke ett, for oss uforståelig, paradoks:

Finnmark er utvilsomt det fylket som kan by på de største faglige utfordringene i dag. Dårlig stabilitet blant fagpersonell og til dels manglende 2. linjetjeneste på flere felt framtvinger en bedre organisering av arbeidet og en faglig innovasjon og innsats ut over det som er nødvendig i andre fylker. Kort sagt: utfordringene står i kø. - Hvorfor er det da så vanskelig å få tak i folk? Er det virkelig ingen som har faglige ambisjoner i dette landet lenge?

Og vi som har vært i badstu:

Øystein Kruger, Marit Bjartveit
Kruger og Berit Olsen



SNUMMER

• Lov om helsetjenesten i kommunene - er den distriktsfiendtlig?

Berit Olsen

Ei av målsettingene med den nye loven om kommunehelsetjenesta var: "å sikre en geografisk mer rettferdig fordeling av ressursene" (Ot.prp.66).

Sett med finnmarksøyne er det vanskelig å se at denne målsettinga er søkt gjennomført i praksis. Det som har skjedd etter 1. januar 1984 virker annleis:

Rammetilskott basert på de aktuelle, såkalt "objektive" kriterier gir et skjevt utslag for tynt befolkede utkantkommuner. Et helsetilbud i grigrendte strøk koster like mye, ja, faktisk mer enn det samme tilbudet i tett befolkede områder. Den fordelingspott som er

avsett til å utjevne slike "spesielle" forhold er altfor liten i et fylke hvor de fleste kommunene er "spesielle" i denne forstand.

Etableringsloven er opphevet. Det er derfor fri etableringsrett for leger i alle kommuner. Legeavtalen har tydeligvis også gjort det lettere å etablere seg uten avtale med kommunene. Sannsynligvis er det også lettere å få innpass på det "grå" vikarmarkedet i sentrale strøk nå enn tidligere. Kanskje gir det i kombinasjon med deltidspresis uten avtale et brukbart ukomme?

I alle fall er det betydelig vanskeligere å få vikarer til legestillingene i Finnmark nå enn

for 1 år siden.

Alle stimuleringsiltak for leger er opphevet med unntak av ordningen med ekstra meritt for tjeneste i utkantstrøk. De såkalte "Nord-Norgereglene" er avviklet for nyansatte leger og gjelder nå kun som personlige ordninger for de som var tilsatt før 1/1-84. Når disse legene skifter stilling, forsvinner derfor dette stimuleringsiltaket, og det forsvinner først fra de stillingene hvor det er størst behov for det: i de mest ustabile stillingene, dvs. de mest upopulære smådistriktene på kysten, de som også har dårligst kommunal økonomi, og som derfor heller ikke kan forventes å opprette egne kommunale stimuleringsiltak.

Utjamningstiltak som var en direkte følge av statlig ansettelse, slik som dekning av reise- og flytteutgifter for distriktslegene er naturligvis falt bort og må eventuelt dekkes av kommunene. Dette koster mest for de kommunene som ligger lengst vekk fra utdanningsinstitusjonene. Og det koster mer hvis man har hyppig skifte i stillingene. Og enda mer hvis man også ligger langt vekk fra "vikarmarkedet", som hittil nærmest utelukkende har vært sentrale Østlandsstrøk.

Helsepersonellens pålagte og avtalebestemte videre- og etterutdanning belaster utkantstrøk relativt mye mer, dels fordi helsearbeiderne her jevnt over er nyutdannede, uerfarne, med sterkt behov for slik utdanning og med sterkt ønske om å kvalifisere seg for mer attraktive stillinger sørpå, dels fordi kurstilbudene stort sett er lokalisert i den andre enden av landet, noe som virker sterkt fordyrende.

Tilbudet om videre- og etterutdanning av helsepersonellet vil variere fra kommune til kommune. Det er lite sannsynlig at små Finnmarkskommuner vil kunne konkurrere med sentrale Østlandskommuner når det gjelder kurs-tilbud som personalpolitisk virkemiddel, til tross for at de reelle utgiftene for utkantkommunene kan være betydelige.

Den høyre turn-over i stillingene i utkanten vil medføre at Finnmarkskommunene vil fungere som "utdanningsinstitusjon" for resten av landet. Bortsett fra de økte kostnadene, har dette også en faglig dimensjon: utkantstrøkene får på denne måten et dårligere tilbud ved at de får de minst erfarne helsearbeiderne, og den manglende kontinuiteten



tegning: Arvid Sveen

bidrar heller ikke til å høyne kvaliteten på tjenestene.

Det var vel ikke mange på forhånd som hadde tenkt seg at vi ville få ei rammetilskottsordning uten noen form for veiledende minstenormer for omfanget av de ulike tjenestetilbud. Det har vi imidlertid fått, og det vil på sikt medføre svært ulik utbyggingsgrad i de enkelte kommunene. Vi vil altså få ulikt tjenestetilbud avhengig av hvor vi bor i landet.

Jeg har oppfattet at dette nettopp er hensikten: å stille kommunene fritt til å utbygge tilbudene i henhold til de behov de føler mest pressede: Men eksisterer det overhodet ikke lenger en overordnet nasjonal målsetting om likhet i helse-tjenestetilbud?

For dersom dette var målet, er det sannsynligvis behov for mye sterkere positiv diskriminerende økonomiske virkemidler til utkantene, ja, kanskje direkte en geografisk "urettferdig" fordeling av ressursene.

The Inverse Care Law

The ambition to practise "Ideal Medicine", makes doctors leave those who need them most, and go to those who need them least...

J.T. Hart



Gjennomsnittlig levealder for nyfødte gutter i Finnmark er 68,9 år, for nyfødte gutter i landet som helhet: 72,2 år. For nyfødte jenter i Finnmark er gjennomsnittlig levealder 77,1 år, i landet som helhet: 78,8 år. Kan det da være "objektivt" og "rettferdig" å benytte de samme alderskriteriene som uttrykk for sykkelighet og behov for helse-tjenester, f.eks. med hensyn til sykehjemsplasser pr. 1000 innbyggere over 70 år?

Hva folk feiler og legene gjør

□ Mette Brække, Øystein Krüger og Berit Olsen □

■ I november 1983 foretok samtlige primærleger i de 3 legedistriktene Hammerfest/Sørøysund, Kvalsund og Karasjok en parallell praksisregistrering.

De 3 distriktene er på flere måter svært ulike. Hammerfest, "verdens nordligste by" og Finnmarks største, har 7200 innbyggere. Næringlivet er variert, med industri (bl.a. Findus' fiskeforedlingsbedrift med 800 arbeidsplasser), servicenæringer, handel og skoler. Byen har også sykehus. Befolkningen er relativt ung. Median alder er 30 år. 5,9 % er over 70 år.

Til legedistriktet hører også den omkringliggende kommune Sørøysund som dels utgjør byens "forsteder" og dels spredt befolkede øyområder hvor fiske dominerer som næringsvei. Kommunen har 2300 innbyggere.

Kystkommunen Kvalsund med sine 1600 innbyggere grenser til Sørøysund i sørøst. Ca. 800 mennesker er bosatt i tettstedet Kvalsund, mens de resterende fordeles seg på en hel rekke spredt beliggende småsteder. Næringlivet er basert på fiske og jordbruk. Kommunen har vært preget av fraflytting, og andelen eldre i befolkningen er høy, 10,5 % er over 70 år. Medianalderen er 34 år.

Karasjok kommune på Finnmarksvidda er Norges nest største kommune i utstrekning, men har kun 2 700 innbyggere. De fleste av disse er bosatt på "kirkestedet". Ca 80 % av befolkningen er samer. Jordbruk og reindrift er viktige næringsveier, men i de

seinere år har servicenæringer fått økende betydning. Befolkningen er ung, 6,1 % er over 70 år, medianalderen er 28 år. Folketallet er stabilt.

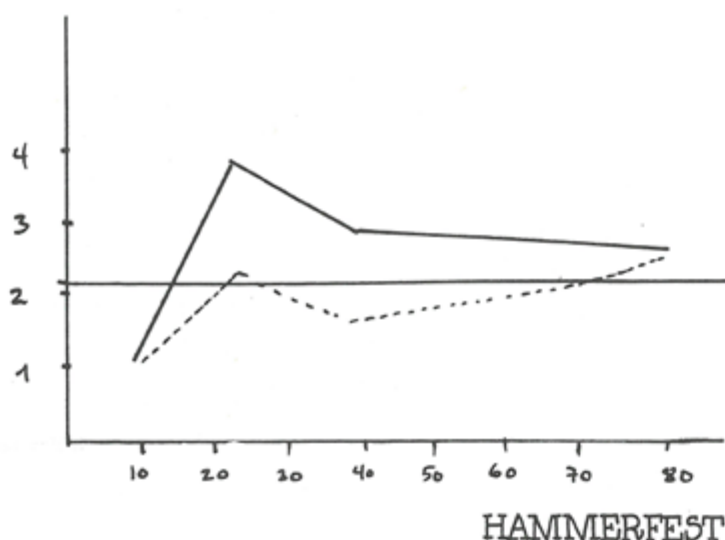
Alle de 3 legedistriktene hadde innført fastlønsordning da registreringen ble foretatt. Legene, tilsammen 10, var i 30-års alderen, og de fleste hadde vært 2 - 3 år i distriktet. 5 turnuskandidater deltok også i registreringen. Kollegene følte seg faglig på bølgelengde og hadde god faglig og sosial kontakt distriktene i mellom. Blant annet fungerte på det tidspunktet ennå "Faglig forum for primærleger i Vest-Finnmark" hvor man møttes og utvekslet erfaringer.

På grunn av distriktenes ulikheter fungerer deres helsestjeneste likevel nokså forskjellig. For Hammerfest/Sørøysund's del er samtlige 8 kommuneleger og 2 turnuskandidater samlet i Helsehusets 4. etasje i Hammerfest sentrum. Sosialkontor, helseråd, hjemmesykepleie og helsestasjon holder til i samme bygg. Her jobber legene i en stor og travel bypraksis som må administreres med fast hånd og hvor lite kan improviseres.

Kvalsund fikk egen lege og turnuskandidat i 1981. (Distriktet ble tidligere betjent fra Hammerfest). Stresset byliv preger ikke bildet her: det gjør derimot spredt bosetning og lange avstander. Man har blant annet utekontor i Kokelv, 70 km fra Kvalsund sentrum.

Karasjok betjenes av 2 leger og turnuskandidat, som på regist-

ANTALL DIREKTE KONSULTASJONER PR. INNBYGGER PR. ÅR



Gj.snitt:

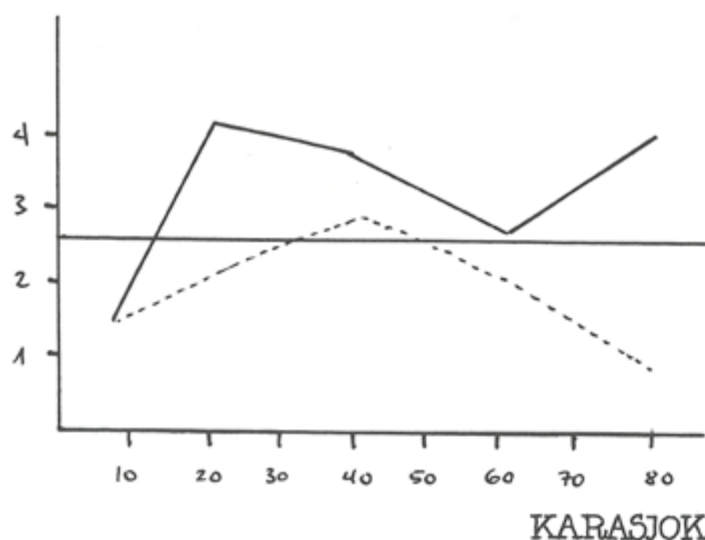
♀ 2.7

♂ 1.8

Totalt:

2.2

alder



Gj.snitt:

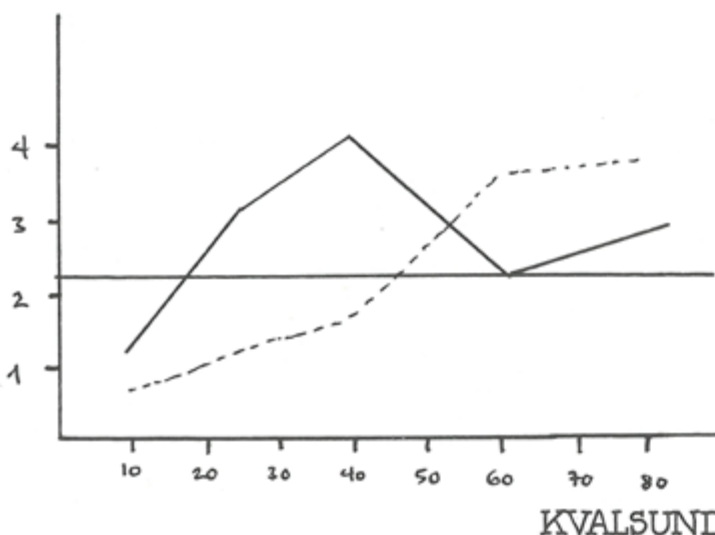
♀ 3.1

♂ 2.1

Totalt:

2.6

alder



Gj.snitt:

♀ 2.6

♂ 1.9

Totalt:

2.2

alder

ringetidspunktet fristet en kummerlig tilværelse i kjellerron på stedets sykehjem sammen med de øvrige kommunale helsearbeiderne. (Seinere er det bygd et moderne helsesenter). Foruten sykehjem finnes sykestue som benyttes når pasienten kan behandles uten å måtte reise de 230 km til Hammerfest sykehus, og det finnes fødestue.

I november 1983 registrerte samtlige leger samtlige pasientkontakter i sin kurative praksis, direkte og indirekte. Dato, tidspunkt, pasientens kjønn og fødselsår ble registrert. Konsultasjonstype ble anført (kontor, vakt, telefon, ø.h.j. o.s.v., tilsammen 12 varianter). Man registrerte diagnose, inntil 3 pr. pasient. Til dette benyttet man seg av en diagnoseliste med 37 diagnoser, hovedsaklig svarende til WONCA-systemets hoveddiagnosegrupper. I Karasjok registrerte man dessuten pasientens morsmål og eventuelle språkproblemer ved legekonsultasjonen (se egen artikkel). Utrednings- og behandlingstiltak ble ikke registrert.

Opplysningene ble ført på sten-silert skjema i A4-format med plass til 30 konsultasjoner. Dette tok ikke mange sekunder for hver pasient, såsant man husket å registrere umiddelbart etter konsultasjonen. Dataprogrammet er behandlet i egen artikkel.

Mange før oss har registrert sin praksis, og det både grundigere og over lengre tidsrom. Hvilke motiver hadde så vi for vår registrering? For det første var vi nysgjerrige på praksisprofilen i nettopp vårt distrikt. Vi mente å ha merket oss særtrekk og skjevheter, og hadde behov for å se om disse lot seg tallfeste. For eksempel følte vi i alle distrikter at psykiatriske og sosiale problemer utgjorde en stor arbeidsbelastning. I Hammerfest mente man de eldre var underforbrukere av legetjenesten, mens man i Karasjok følte at andelen ø.h.j.-konsultasjoner var uvanlig høy. Tall er i denne sammenheng bedre enn følelser, derfor registrerte vi.

Så var vi interessert i å sammenlikne praksisprofilene i 3 ulike distrikter med fastlønnssystem og "faglig likesinnede" leger. Vi ville også sammenligne våre distrikter med det som er funnet ved andre praksisregistreringer.

Dessuten ville vi prøve ut registreringssystemet i praksis, da vi mente dette var både enkelt, billig og formålstjenlig.

Tabell 1

Kontakter med legetjenesten pr. innbygger pr. år:

	Hammerfest	Kvalsund	Karasjok
Konsultasjoner i kontortida	2,05	2,02	2,39
Konsultasjoner utenom	0,06	0,05	0,10
Sykebesøk i hjemmet	0,14	0,17	0,13
Telefoner	0,01	0,60	0,78
Bud etc.	0,26	0,14	0,16
Mindre tjenester	0,39	0,73	0,57
Alle kontaktformer	3,90	3,70	4,10

LITT AV DET VI FANT

Vi tar ikke her sikte på å presentere alt vi fant, bare ta fram noen interessante forhold. Fordelinga av de ulike kontaktformene er vist i tabell 1. Det må her innskytes at registreringsperioden var 1 mnd, slik at tallene er fremkommet ved å regne om til et helt år. Dette kan gi et skjevt inntrykk, dersom registreringsperioden ikke er representativ for året som helhet.

Forholdet mellom direkte og indirekte kontakter var temmelig ens i de tre distriktene, henholdsvis 60 % og 40 %. Tallene fra Karasjok bekrefter inntrykket derfra, at de hadde forholdsvis mye ø.hj.-henvendelser. Ellers er likheten mellom tallene kanskje det som forbausset oss mest.

For Hammerfests vedkommende fant vi at hver lege i gjennomsnitt hadde 17,6 direkte pasientkontakter i kontortida, og gjennomsnittlig brukte 22 minutter på hver. I tillegg hadde hver lege gjennomsnittlig 7,4 telefonkonsultasjoner i kontortida.

Fig. 1 viser antall direkte konsultasjoner i ulike aldersgrupper for kvinner og menn i de tre distriktene. Alle tre distriktene hadde en "kvinnetopp" på ca. 4 henvendelser pr. innbygger pr. år i aldersgruppa 25-40 år, dvs. hovedsaklig i den fertile alder. Dersom en drar ut henvendelser som gjelder svangerskapskontroller, genitale infeksjoner og prevensjonsveiledning, reduseres denne toppen noe, men fortsatt har kvinnene høyere kontaktrate enn mennene. Påfallende er den fallende kontaktraten for eldre menn i Karasjok. Her må en imidlertid være klar over at det dreier seg om små tall.

Et annet interessant forhold vedrørende bruken av legetjenester er det faktum at kvinner benytter tjenestene på dagtid vesentlig hyppigere enn menn, mens forholdet er omvendt på vaktene. Direkte kontaktrate på vakt er for menn: 2,1 pr innbygger pr. år, mens den for kvinner er 1,2. Kjønnforskjellen er størst i den yngste og i den eldste aldersgruppa, noe vi egentlig ikke har kunnet finne en rimelig forklaring på.

HVA FEILTE DE ?

Tabell 2 viser noen av de registrerte diagnosegruppene, med Nilssons tall fra kommunene A og B i 1978 til sammenligning fordi den har benyttet samme diagnose-

Tabell 2

Antall kontakter for utvalgte hoveddiagnose pr. 1000 innbyggere pr. år:

	A	B	Gj.sn.	Hammerf.	Kvalsund	Karasj.
Infeksjonssyk.	59	27	344	316	257	493
Psykisk syk.	129	78	99	97	53	133
Hjerte/karsyk.	213	120	147	139	219	133
Luftvegssyk.	215	161	96	87	106	120
Hud	136	108	132	125	98	178
Muskel/skjeletts.	279	170	395	424	400	289
Skader	216	89	167	122	174	320
Prevensjon	69	30	64	70	45	53

Hvd	Dato	Ukedag	LEGE	Kons. type	%	Tids- pkt.	Pas. f. år	Sex. kjønn	DIA 1	DIA 2	DIA 3	EKSTRA 1	EKSTRA 2	EKSTRA 3
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														

KODER: KONSULTASJONSTYPEN: Kontortid: 01 Kontorkonsultasjon
 02 Sykebesøk (utrykning)
 03 Telefon
 04 Annen konsultasjon (bud)
 Vakt: 05 Kontorkons./us. på lill
 06 Sykebesøk
 07 Telefon
 08 Annen konsultasjon (bud)
 Utenom kontortid/vakt: 09 Kontorkons./us. på lill
 10 Sykebesøk
 11 Telefon
 12 Annen konsultasjon (bud)
 Alltid: R Reseptor (uten kons.)
 Underkr. sykem. etc.

klassifikasjon, registreringsperioden var like lang som hos oss og ble gjennomført på samme tid av året. Vi har også i tabellen innført en kolonne med gjennomsnittet for våre tre distrikt.

Svakheten med å bruke denne typen registrering som diskusjonsgrunn er at en lett kan komme til å ta som uttrykk for sykkelighet det som reelt sett er et mål på forbruk av legetjenester, idet en pasient vil kunne være registrert flere ganger i løpet av perioden. Dette er spesielt viktig å være klar over når vi opererer med såpass små tall som vi gjør innfor enkelte diagnosegrupper i Karasjok og Kvalsund.

Vi har tatt med gruppa Infeksjonssykdommer og gruppa Luftvegssykdommer i tabell 2 nærmest bare for å vise hvor lett det er å snuble i en metodologisk fallgrube: vi vil tro at de store forskjellene mellom Nilsson og oss i disse diagnosegruppene skyldes ulikheter i registreringspraksis i forhold til WONCA-lista, og ikke representerer noen reell forskjell i forekomsten av infeksjonssykdommer.

Den største overraskelsen var at vi registrerte så lite psykiske sykdommer. Dette var en kategori alle forventet ville gi seg store utslag, og det er derfor vanskelig å tenke seg at det skulle dreie seg om registreringssvikt.

Men kan det dreie seg om et avmaktsproblem? Slik at fordi 2. linjetjenesten, og til dels også sosialtjenesten, fungerer dårlig, og det er få støttespillere for legen, så føles byrden av psykiske lidelser større enn det reelle omfanget?

Eller kan det være slik at fordi det å erkjenne tilstedeværelsen av psykisk sykdom er så krevende, så foregår det en ubevisst "avskjerming" i forhold til det å gå inn i pasientens problemer?

Vi kan heller ikke se bort i fra at pasienter i mindre grad kommer til oss med psykiske lidelser. Forklaringen kunne da være den manglende stabiliteten i legestillingene. På den annen side hadde vi på registreringstidspunktet en av de mest stabile periodene på lang tid i alle de tre distriktene.

Når det gjelder muskel/skjelett-sykdommene så fant vi hva vi hadde ventet: mye. Faktisk kan vi ved gjennomgang av andre praksisregistreringer (2) ikke se at noen overhode har registrert

så mye muskel/skjelettlidelser. Vi tror det har sammenheng med to særtrekk ved våre distrikt: 1) klima 2) arbeidsliv:

Fuktig og værhardt kystklima har vi i Hammerfest og i Kvalsund, mens Karasjok har innlandsklima ad modum Trysil/Østerdal. Arbeidslivet er i Hammerfest og i Kvalsund sterkt preget av fiske, og for Hammerfests vedkommende også av fiskeindustri.

Noe av forklaringen på at vi registrerer så mye i denne diagnosegruppen har nok sammenheng med at vi har så dårlige behandlingstilbud. På det aktuelle tidspunkt hadde ingen av de tre distriktene praktiserende fysioterapeuter i virksomhet, fra sykehuset i Hammerfest ble det levert ca. 1 årsverk til poliklinisk tjeneste fordelt på hele Vest-Finnmark.

Vi kan vel heller ikke se bort fra at noe av "den manglende psykiatrien" er registrert her.

Hjerte/karsykdommer vet vi at vi har mye av i Finnmark. Det ville derfor være rimelig å tro at denne gruppa belasta legetjenesten en god del. Det var derfor overraskende å finne at alle våre tre distrikt hadde færre kontakter i denne diagnosegruppa enn Nilsson hadde i kommune A.

At Karasjok hadde færrest kontakter var forventet, vi vet at forekomsten av hjerte/karsykdommer er lavere i den samiske befolkninga. Noen av pasientene med hjerte/karsykdom i Hammerfest mottat tjenester fra medisinsk poliklinikk, og dette kan svare for noe av den forholdsvis lave kontaktraten i Hammerfest.

Forskjellen mellom de tre distriktene når det gjelder

skader, kan dels skyldes at kirurgisk poliklinikk tar en del fra Hammerfest og Kvalsund, dels at skadehyppigheten i reindriftsnæringa kan synes spesielt stor. (Kfr. Hans Atle Hansens artikkel i dette nr.)

KONKLUSJON

Til tross for at det store forskjeller mellom de tre distriktene med hensyn til arbeidsliv og etnisk bakgrunn, synes det ikke å være de helt store forskjellene i forbruk av legetjenester. Dette er kanskje heller ikke så uventa, eventuelle forskjeller i sykkelighet er neppe store nok til å påvirke forbruket særlig mye, sammenholdt med den effekt forskjeller i tilbudet må antas å ha.

Undersøkelsen må i hovedsak sees på som et redskap i evalueringa av egen praksis. En bedre standardisering av diagnosegruppene og sikring mot registreringsfeil hadde vært nødvendig for å øke den vitenskapelige utgangsverdien. Men undersøkelsen har i høy grad vært hypotesegenererende, og har fremkaffa administrative data vi ikke hadde fra før, og som kan være til nytte i planleggingsarbeidet i kommunene.

Vi vet noe mer om forbruket av legetjenester i våre tre distrikt etter dette. Og ettersom etterforskelsen etter kurative tjenester langt på veg er en funksjon av tilbudet, kan vi anvende tallene i styringsøyemed. Når hver lege bruker gjennomsnittlig 22 minutter på hver pasient, har det snnsynligvis mer å gjøre med at vi har satt opp timelistene med 3 bestillinger pr time, enn at det "naturlige behov" er på 22 minutter. Likeledes vil vi tro at antallet telefonkonsultasjoner pr. dag er



en funksjon av den tid som er avsatt til det, heller enn av noe "faktisk" behov.

Alle tre distrikt har en kontakt-rate nær, og til dels et godt stykke over, den "ideelle" på 3,75 pr innbygger pr. år (Stortingsmelding nr. 12, 1976-77). Det en kunne spørre seg om er: Er innbyggerne i distrikt med høy kontaktrate mer fornøyd med legetjenesten sin enn innbyggerne i distrikt med lav kontaktrate? Hvor mye av den høye kontaktraten skyldes dårlig stabilitet i legestillingene?

Og hva skyldes de kjønns- og aldersforskjeller vi har påvist mellom distriktene?

For vår del har vi fått fram mange nye problemstillinger å fordype oss i. Konkret har vi fått fram tall som underbygger behovet for fysikalsk/medisinske

behandlingstilbud og for skolering innen diagnostikk og forebygging.

Vi håper også at vi har kunnet vise hvor enkel og lite tidkrevende en slik undersøkelse kan være for andre som måtte ha lyst til å gå i gang.

LITTERATUR:

1. Nilsson F: Primærlegeforbruk i to kommuner. Hva skjer når forbruket øker? Tidsskrift Nor Lægeforen 1983, 103: 1538-42.
2. Fugelli P: Værøy og Røst-prosjektet. I. Praksisbeskrivelsen. Tidsskrift Nor Lægeforen 1979, 99: 1326-31.

DE SOM REGISTRERTE:

I Karasjok:

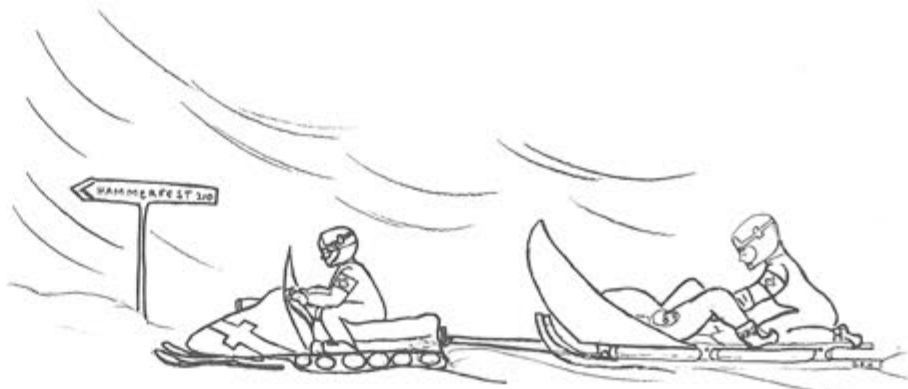
Mette Brekke
Hans Atle Hansen
Kåre Liodden

I Kvalsund:

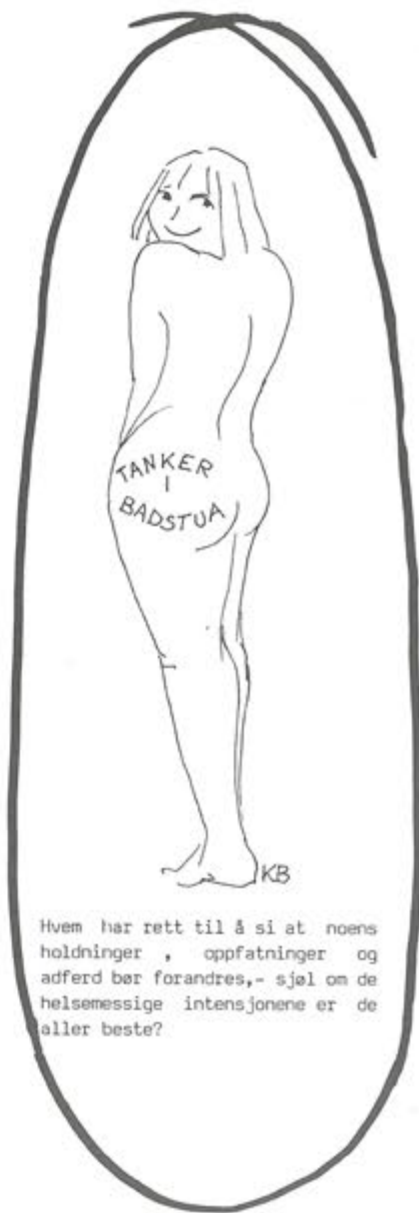
Tore Mellby
Fredrik Hansson

I Hammerfest:

Berit Olsen
Marit Bjartveit Kruger
Øystein Kruger
Geir Clausen
Gro Hallseinti
Bjørn Yngvar Nordvåg
Audun Irgens
Svein Ove Aase
Sian An Oen
Peter Prydz



DESENTRALISERT FØDSEL?! (Tegnet av elever ved Samisk videregående skole i Karasjok i forbindelse med spørsmål om nedleggning av fødestua.)



Hvem har rett til å si at noens holdninger, oppfatninger og adferd bør forandres, - sjøl om de helsemessige intensjonene er de aller beste?



Tanker omkring praksisregistrering

LEGE I SAME



Karasjok kommune

på Finnmarksvidda er sammen med Kautokeino den mest samiske kommune i Norge. I Karasjok bor ca. 2700 mennesker. Ved en undersøkelse i 1970 fant man at samisk var det første språk som

ble lært av 73 % av befolkningen. Det var stort samsvar mellom det å ha samisk som første språk og det å oppleve seg selv som same, å ha en samisk identitet.

Situasjonen er neppe særlig annerledes i dag. Fokuseringen

på samisk språk, identitet og kultur de siste årene har sannsynligvis heller styrket denne siden av folks bevissthet. D.v.s. at 70-80 % av befolkningen i Karasjok vil definere sin etniske tilhørighet som samisk.

Lokalsamfunnet Karasjok har på kort tid gjennomgått en dyptgripende forandringsprosess. Dette kommer til uttrykk i utbygging av næringslivet med særlig vekt på servicenæringer og tilsvarende tilbakegang i primærnæringene. Sentralisering omkring tettstedet følger et "drabantymønster" typisk for det norske samfunnet forøvrig. Nye yrker, bo- og samlivsformer som ikke har tradisjon i samekulturen er på kort tid etablert og stiller nye krav til mestring.

Hva registrerte vi?

I nov. 1983 gjennomførte de to faste distriktleger i Karasjok og turnuskandidaten en praksisregistrering samtidig med to andre Finnmarkskommuner (beskrevet annet sted i dette nr. av Utposten). I tillegg til de der omtalte data registrerte vi følgende:

- pasientens morsmål
- pasientens opplevelse av språkproblem i den aktuelle konsultasjon - herunder bruk av tolk



Mette B. er cand. med. fra Bergen 1979. Distriktslege i Karasjok 1981-85. Kommunelege i Vinstra fra febr. 1985.



LAND

c) pasientens eventuelle tilhørighet til reindriftsyrket

Hvorfor?

Hensikten var å søke svar på følgende spørsmål:

a) ingen av legene snakker samisk. Selektorer en norsk legetjeneste i Karasjok norsk-talende pasienter, eller blir den brukt av hele befolkningen uavhengig av morsmål?

b) hvor stort er språkproblemet under legekonsultasjonen tallmessig sett?

c) er det riktig, slik man har hatt inntrykk av, at reindriftsutøvere er underrepresentert blant legetjenestens brukere?

Hva fant vi?

a) 73,7 % av pasientene hadde samisk som morsmål, 23,9 % hadde norsk som morsmål (2,5% "annet"). Dette er en fordeling svært lik den i kommunen hadde totalt. Dette tyder på at legetjenesten blir brukt av befolkningen uavhengig av morsmål, hvilket også samsvarer med legens inntrykk før registreringen.

b) 10,4 % av de samiskspråklige måtte bruke tolk. Ytterligere 18,9% opplevde språkproblemer ved den aktuelle konsultasjon, slik

at tilsammen 29,3 % av pasienter med samisk som morsmål hadde språkproblemer ved konsultasjonen. Dette utgjorde 22,2 % av samtlige konsultasjoner (norsk-talende iberegnet).

Man regner med en viss underregistrering av språkproblemer ut fra følgende grunner:

- Der dette ikke gikk fram, ble pasienten spurt om han opplevde det vanskelig å snakke med legen på norsk. Dette gjaldt for den aktuelle konsultasjon. Man kan gå ut fra at en som utmerket godt kan kommunisere på norsk om en ørebetennelse eller en forstuet ankel, vil kunne ha vansker når samtalen skal dreie seg om mindre konkrete problemer, og derfor lar være å ta slike opp med legen.

- Man antar at de del pasienter benekter språkproblemer som like fullt eksisterer. Å innrømme språkvansker kan framkalle en følelse av skam/underlegenhet. Eller pasienten kan oppleve kontakten med legen som god og trygg, og dermed "glemme" språkproblemene som kanskje ville vært merkbare hvis legen var ukjent for pasienten.

- I aldersgruppen over 70 år hadde 91 % samisk som morsmål. Her hadde språkproblemene vist seg å være så store at man allerede før registreringen delvis

var gått bort fra konsultasjoner for denne gruppen og i stedet dro i hjemmebesøk sammen med (samisk-talende) hjemmesykepleier. Disse pasientene kom altså ikke med i registreringen.

At altså ca. 30 % av samisk-talende pasienter ble funnet å oppleve språkproblemer ved kontakt med norsk lege må derfor antas å være et minimumstall.

c) 10,8 % av pasientene var tilknyttet reindriftsyrket. Her ble begge ektefeller og barn under 18 år registrert. Kommunens reindriftsamantall som registrerer det samme, omfatter 414 personer, d.v.s. 15,8 % av kommunens innbyggere.

Dette bekrefter nok inntrykket av et underforbruk, men tallene er for små til at sikre konklusjoner kan trekkes.

Imidlertid var det interessant at det i diagnosegruppene: preventjonsveiledning, andre forebyggende tiltak, sosiale problemer, svangerskapskontroll, sykdom under svangerskap ikke var registrert en eneste reindriftsutøver denne måneden.

Skader var den største diagnosegruppe (14,8 %).

Hvilken betydning har språkproblemene?

1) For pasienten sier det seg selv at legekontakt via tolk eller med store språkproblemer ikke er noen enkel affære. Pasienten gruer seg ofte til dette, særlig hvis legen er ukjent. Pasienten vil lett føle seg underlegen og ydmyket p.g.a. manglende norskkunnskap. Ofte vil han av den grunn gi uttrykk for at han forstår mer av det legen sier enn han i virkeligheten gjør. Misforståelser oppstår hyppig. Arten av problemer som tas opp, blir stort sett begrenset til rent somatiske "maskinfeil".

2) For legen er språkproblemene en tålmodighetsprøve. Eksakte opplysninger blir det vanskelig å få - tenk f.eks. på smertebeskrivelsene via tolk! Det kliniske diagnostiske arbeid blir vanskeliggjort, ofte blir anamnesen så diffus at man kan fortvile. I lengden vil mange oppleve arbeidet som tungt, og stabiliteten blant legene har ikke vært stor.

"Følsomme" spørsmål vil legen ofte holde tilbake i tolkens nærvær. Det er svært vanlig at en pårørende medbringes som tolk. Ellers brukes kontorpersonalet ved legekantoret. Det er absolutt nødvendig at legen har god tid. Kombinasjonen språkvansker og hastverk garanterer feil og misforståelser.

Når minst 1/4 del av alle pasienter har språkproblemer i forhold til norstalende lege, vil man måtte sette av lengre tid pr. pasient og dermed færre pasienter pr. dag. Legetjenesten blir mindre effektiv og dermed dyrere for kommunen.

Løsninger?

Det som her er sagt om legetjenesten gjelder også for den øvrige helsetjeneste: helse-søster, fysioterapi og hjerme-sykepleien.

Det mest logiske ville være at samisktalende helsepersonell ble ansatt i de samiske distrikter. Karasjok kommune har en ansettelsespolitikk som går ut på at "under ellers like vilkår blir samisktalende stillingsøker foretrukket". Mange mener man burde praktisere en mer radikal positiv diskriminering, i allefall til visse typer stillinger. Et virkemiddel som allerede har eksistert i en årrekke, er opptak av samisktalende søkere til medisinstudiet på særvilkår. Hittil har dette hatt liten virkning for

primerlegetjenesten i de samiske kjerneområder. Årsakene kan vel være mange: forholdene er små, og det er som kjent ikke lett å bli profet i sitt eget land. Muligens holder situasjonen på å endre seg. "Samisk legeforening" dannet i 1984 har over 20 medlemmer, og arbeider aktivt for en samisk helsetjeneste.

For norsk helsepersonell som ønsker å arbeide i samiske strøk i lengre tid, føles det sterkt påkrevet å lære seg språket. Samisk er imidlertid et fremmedartet og vanskelig språk og lar seg ikke lære ved avspilling av kassetter under vaktkjøring dersom

det skal tas seriøst. Skal språkstudium ha noe for seg, må man ha mulighet for lønnet permisjon for å drive dette aktivt.

Det er imidlertid utenkelig at kommunene skal kunne bære de økte utgifter slike permisjonsmuligheter vil føre med seg. Behovet eksisterer som nevnt for en rekke personelltyper, både i og utenfor helsetjenesten. Her må det statsmidler til! Konsekvensen av at de samiske områder har en dyr og tungdrevet helsetjeneste må være at områdene tilføres økonomiske midler utover de ordinære rammetilskudd.



Bedriftshelseteneste for reindrifftsamar?

Hans Atle Hansen



Hans Atle H. er cand. med. frå Bergen 1978. Siviltenesteplikt og distriktslege i Karasjok 1981-85. Nå kommunelege II i Nord-Fron.



Forfatteren til høgre.

Reindrifftsamane blir gjerne oppfatta som typiske representantar for det samiske folket og sjølv kjernen i samisk kultur og tradisjon. Fargerike skildreri og eksotiske turistbrosjyrer utgjer grunnlaget for mange mennesker sine kunnskaper om reindriffts-næringa.

I Karasjok kommune tilhøyrer 15-20 % av 2 700 innbyggjarar reindrifftsfamilier. Næringa er under press frå fleire hald: Krav til effektivisering og rasjonalisering; krav om å redusere talet på reinsdyr og talet på driftseiningar; inngrep i tradisjonelle reinbeiteområder og beitekonflikter med jordbrukarar og kystbefolkninga. Aukande regulering og dirigering er nøkkelord. Samstundes skjer ei viss modernisering ved bl.a. omfattande bruk av motoriserte hjelpemiddel. Trass i dette er hovudprinsippa i drifta og den nødvendige kunn-

skapsmengda mykje den same som tidlegare.

For kvar driftseining er området for sommar- og vinterbeite klart definert og flytteleiene fastlagde. Tider for flytting og samling av flokkane i gjerde blir tilpassa og avtalt med andre driftseiningar. Dyra blir gjeta og påpassa gjennom heile året. Dette er særleg krevande under haustflyttinga som kan vare i 2-3 månader: mørketid med hauststormar og vekslande med regn og snø, gjennomvåte klede. Tilfeldige muligheter for overnatting med lite søvn og uregelmessige måltid. Avstanden mellom sommarbeite og vinterbeite kan vere opptil 400 km. Andre tider med hardt fysisk arbeid, gjerne fleire døgn i strekk, er når flokken blir samla i gjerde. Dette finn stad gjennom heile årssyklusen for å skille ut innblanda dyr og slaktedyr, og merking og telling. Omfattande og detaljerte kunnskaper om reinsdyra og eit fortruleg forhold til natur og klima er sjølvsgade eigenskaper. Tallause praktiske gjeremål må mestrast. I tillegg kjennskap til lover og regler og innsikt i økonomi, planlegging og

ressursdisponering. Mitt poeng med alt dette er å få fram at reindriftsamane har eit omfattande og krevande yrke.

Mi erfaring er at folk i helse-tenesta har eit svakare utgangspunkt overfor reindriftsamane enn overfor dei fleste andre yrkesgruppene. Dette kan kome av dei vanskeleg tilgjengelege særdraga i reindrifta, eventuelle språklege og kulturelle skilnader, men også fordomar og motsetningar som finns, også frå andre samiske grupper.

Eg har ikkje kunna oppspore publiserte arbeider som seier noko om dei yrkesmedisinske tilhøva i reindrifta. Slik viten ville vore til hjelp og nytte ved forsøk på forbedring av helsetenesta til denne gruppa. Dette var bakgrunnen for ein spørreskjemaundersøkelse i Karasjok kommune våren 1983 blant alle reineigarane fylt 18 år, tilsaman 303 personer. Undersøkelsen var såkalt "uvitenskapeleg, retrospektiv". Han er tidlegare ikkje forsøkt publisert då dette vart frårådd pga. svak gehalt. (Håper prof..... ikkje les dette nummeret av Utposten).

Målsetjinga med undersøkelsen:

1. Å finne kor mange som fikk yrkesskade i løpet av eitt år.

2. Å finne i kva samanheng skaden oppstod, kva deler av kroppen som vart skada og kor alvorleg skaden var.

3. Å kome på sporet av mulige yrkessjukdomar.

Svarprosenten var i aldersgruppa 18-67 år totalt 37 %. (Menn 33 %, kvinner 42 %). Dette tilseier den største varsemnd ved vurdering av resultatata. Likevel blir hovudtrekka referert, men summarisk og i bruddstykker.

1. Forekomst av ulykkes-skade i reindrift 1982:

Menn: JA 24,5 %
Kvinner: JA 16,0 %
Alle: JA 20,4 %

Skilnaden mellom kjønna ligg i den yngste aldersgruppa (18-35 år) der den er markert.

2. Når på året skjedde skaden ?

Under haustflyttinga 46 %
På vinterbeite 25 %
Under vårflyttinga 12 %
På sommarbeite 17 %

Nesten halvparten av skadene skjedde under den krevande haust-

flyttinga.

3. I kva samanheng skjedde skaden ?

Ved transport til og frå flokken: 33 %

Ved arbeide i gjerde som skilling/merking: 29%

Ved slaktning 19%

Anna arbeid 19 %

4. Fordeling av skader oppstått ved bruk av snøscooter:

Ved kollisjon/velt 39 %

Ved løfting av scooter (v/fastkjøring etc) 33 %

Forfrysning under kjøring 17 %

Anna 11 %

Elles kan nemnast at talet på skader ved bruk av scooter var like høgt som talet på skader frå reinsdyr (spark, stanging) og reidskaper (øks, kniv) tilsaman.

5. Kva del av kroppen vart skadd?

Rygg 29 %
Overextr. 24 %
Underextr. 18 %
Augene/synet 13 %
Øyrrer/hørsel 8 %
Hovudet elles 5 %
Hud v/forfrysning 3 %

Skader i bevegelsesapparatet dominerer. Forfrysningsskader førekjem sjelden og er nesten aldri opphav til legebesøk (det siste etter eiga erfaring).

6. Kor lenge plager etter skaden?

Nesten lik fordeling på alternativa:

- Under ei veke
- 1 - 4 veker
- 4 veker - 1/2 år
- 1/2 år og lenger.

7. Plager, sjukdom eller smerter som den enkelte sjølv trur skriv seg frå reindrifta eller flytt-samelivet (dvs. ikkje berre 1982):

Her dominerte plager/smerter frå bevegelsesapparatet i same rekkefølge som under pkt. 5. Deretter kjem syn- og hørselproblem og plager med mage og fordøyelse. Berre på det sistnemnde kom det fram klar skilnad mellom kjønna idet mennene dominerte. Nederst kom hudplager, søvnproblem og psykiske/nervøse besvær.

8. Kjenner du deg utsliten?

I aldersgruppa 50 - 67 år :

Menn 82 % JA
Kvinner 64 % JA

Pensjonsalderen for reineigarar er 67 år. Mi røynsle er at den skulle vore lågare. Ei aktuell oppgave kunne vere å sjå nærare på kva som skjuler seg bak dei høge svarprosentane her. (I dei andre gruppene for kjønn og alder svara 6- 27 % JA på spørsmålet.)

Behov for "reindriftshelseteneste"?

Fleire forhold kan tale for å etablere ei eiga helseteneste for denne yrkesgruppa, enten som ein del av ei bedriftslegeordning eller integrert i dei aktuelle kommunane si primærhelseteneste (førebyggjande helsearbeid). Det burde også vurderast forsøksordningar med økonomisk særstøtte.

Nokre argument for ei slik helseteneste:

- Kunne tene til å bryte ned barrierer mellom helsepersonell og reindriftssamer.

- Gjere helsetenesta meir tilgjengeleg fordi det er vanskeleg å tilpasse reindriftsyrket til timebestillingssystemet

- Bedre kontinuiteten (idag kontakt med leger i fleire kommuner)

- Tvinge fram bevisstgjerjing hos helseperonell overfor denne gruppa sine særdrag

- Auke mulighetene for å nå fram med informasjon og å drive førebyggjande helsearbeid

Det er klart at den refererte undersøkelsen ikkje direkte kan nyttast til å grunngi desse argumenta. Han kan berre i liten grad hjelpe til med å planlegge ei slik helseteneste. Men ingen undersøkelse er så dårleg at den ikkje kan brukast til noko godt.



Er ikke mye av helseopplysningsarbeidet basert på oppfatninger om "den rette måten" å leve livet på?



Oppvekstkår og helse i Finnmark:

□ Tone Tveit og Leif Brunvånd □



Tone T. er cand. med. fra Bergen 1982. Turnus i Sarpsborg og Gamvik, Finnmark. I den store vikariatjakten har hun hittil vært innom 3 mnd privat alm.praksis i Oslo (med driftstilskudd) og fulltids tilsyn på sykehjem. Våren 1985 almenpraktikerstipend i 1 1/2 mnd i forbindelse med prosjekt "Helsekontroll for eldre i Gamvik".



Leif B. er cand. med. fra Oslo 1980. Turnus i Kristiansund og Volda. Sivilarbeider som distriktslege i Gamvik, Finnmark, og fortsatte som distriktslege der til sommeren 1984. Etter dette ass.legevikar ved barneavd. i Ålesund.

Avspeiler økt dødelighet og sykkelighet idag gårsdagens nød?

Spebarnsdødelighet er regnet som en av de mest følsomme indikatorer for sosial standard i ett samfunn. (1) I Finnmark har spebarnsdødeligheten ligget høyt over landet forøvrig helt siden århundreskiftet og til slutten av 1960-tallet. Bare i 15-års perioden 1921 til 1935 døde ca. 2000 barn under ett år i fylket. Kan harde oppvekstvilkår forklare høy dødelighet og sykkelighet blant voksne i Finnmark i dag?

Hvor høy var dødeligheten?

Vi gikk gjennom prestens arkiver i Gamvik kommune for å danne oss ett bilde av hvor høy spebarnsdødelighet det var i kommunen fra 1980 til idag. Vi fant en svært høy både neonatal- og spebarnsdødelighet (fig. 1). Tallene viser stor variasjon. Enkelte 5 års perioder døde over 1/5 av alle levende fødte barn før de var ett år. Fig. 2 er bygget på tall fra Statistisk Sentralbyrå (2) og viser spebarnsdødeligheten i Finnmark i relasjon til landet som helhet i perioden 1910 til 1980. Ved århundreskiftet lå dødeligheten i Finnmark på rundt 130 promille, landsgjennomsnittet var 66 promille. For landet som helhet faller dødeligheten gradvis frem til vår tid. I Finnmark holder den seg høy, stiger noe under siste verdenskrig, for så å falle raskt og komme ned på nivå med landet forøvrig rundt 1965. Vi tok for oss tall fra Statistisk Sentralbyrå for perioden 1921-1935. Det var vanskelig å finne vesentlige forskjeller innad i fylket. Kysten og innlandet, tettsteder og sentrale strøk kommer like dårlig ut. Laveste dødelighet finner en i Talvik og Alta (rundt 50 promille) høyst i Kvalsund, Måsøy og

Kautokeino, (130 - 150 promille).

Årsaker:

Spebarnsdødelighet er regnet som en av de beste indikatorer på total sosial standard i ett samfunn (1). Tallene fra Finnmark tyder på nær opp til katastrofale tilstander til og med siste verdenskrig. Fylket peker seg ut som en helt særegen del av landet. Ved å lese medisinske rapporter fra fylket får en inntrykk av svært ustabil økonomi, ja til tider direkte fattigdom og nød. En får også inntrykk av svært dårlige hygieniske forhold. Nedenfor er gjengitt et utsnitt fra medisinalrapporten for Gamvik kommune anno 1910, som beskriver distriktslegens syn.

Finnmark skiller seg ut fra resten av landet ved store geografiske avstander. Helsevesenet har vært dårlig utbygget med mangel på alle kategorier helsepersonell. Landsdelen er også kjent for de harde klimatiske forhold. Alt dette kan også ha medvirket til høy spebarnsdødelighet.

Sykkelighet og dødelighet i dagens Finnmark

Avspeiler økt dødelighet og sykkelighet i dag nøden av i går? Anders Forsdahl har postulert sammenheng mellom dårlige forhold i barne- og ungdomsårene og økt sykkelighet, arbeidsuførhet og dødelighet i voksen alder. At man simpelt hen eldes tidligere (3). Han har brukt forholdene i Finnmark som grunnlag for sin hypotese. I dag er det 12 år siden hypotesen ble lansert i Tidsskrifte, og den er fremdeles aktuell. Finnmark har de siste

15-20 årene fulgt velstands- utviklingen ellers i landet. Spe- barnsdødeligheten skiller seg ikke spesielt ut. De fleste kommunene i fylket har nye moderne helsesentra. Kommunika- sjonene er fantastisk bedret med utbygging av småflyplasser de fleste steder og raske ambulanse- fly. Det som ikke er bedret er mangelen på spesialister og det at de fleste primærlegene er nyutdannede. Men primærlege- deknningen er god. Allikevel kommer Finnmark dårligst ut både med hensyn til levealder og døde- lighet. Levealder var 3 år lavere enn landsgjennomsnittet for menn og 1 1/2 år lavere for kvinner i 1980 (4). Størst er forskjellen med hensyn på døde- lighet av hjertekarsykdommer, der fylket topper statistikken både for kvinner og for menn. Høy røykefrekvens og harde usikre arbeidsplasser kan forklare for- skjellene ett stykke på vei, sammen med geografiske forhold. Men sosial nød og harde oppvekst- kår i barne og ungdomsår kan også ligge bak. I så fall vil ikke forskjellene mellom Finnmark og resten av landet jevne seg helt ut før den generasjon som vokste opp under de vanskelige for- holdene er borte ■

Litteratur:

1. Waaler H & Sterky G: Health planning. World Health Forum; vol 5, 1984.
2. Statistisk Årbok for Norge 1962 s. 23.
3. Forsdahl A: Momenter til belysning av den høye dødelighet i Finnmark fylke. Tidsskr Nor Lægefor 1973, 661-667.
4. Regional dødelighet 1976-80. Statistisk sentralbyrå 1982.

Utsnitt fra medisinalberegningen for 1910 for Gamvik kommune:

I Gamvik distrikt maa de økonomiske forhold siges at være gjennom- gaende ganske gode. Fisket har de sidste aar git godt utbytte. Men alle livsfornødenheter er meget dyre, og fiskerne er ingen gode økonomer; de færreste har derfor lagt noget tilside. - Leve- maaten er enformig og bestaar vesentlig av fisk; kjøt og flesk brukes ikke så meget. Kokekunsten staar ikke videre høit, og supper, f.eks. fiskesuppe, brukes omtrent ikke. Mange holder ko, sau eller gjet. Kjørene er vistnok i almindelighet daarlige melkere, og kanskje underholdet for dem heller ikke altid er det bedste. Melk kan til sine tider være umulig at opdrive. Der brukes en del sau- og gjetmelk. Sansen for renlighet og orden er ikke synderlig utpræget. Avfald og sølevand slaaes ut like ved husdøren. Drikkevannet er daarlig i alle fiskevær. I hvert saadant findes 2 eller 3 brønde, hvor indbyggerne henter sit vand. Der er ingen fast brøndbøtte, enhver heiser vannet op med sin egen mere eller mindre rene bøtte. Brøndene er ikke ordentlig over- bygget, de er heller ikke tatte; der sker derfor stadig tilsig fra omgivelserne - fiskehjeller, veier, gjødselhauger. Det saaledes forurensede vand blir derfor til sine tider rent udrikkelig, saa man maa hente brukbart vand ofte indtil 1 km borte. Kun enkelte huseiere har egne, men oftest ogsaa daarlige brønder. Under fisket om vaaren kan disse brønder bli farlige i sanitær henseende.



FORSINKA SØVNFASESYNDROM: - er det «å være rangsøvd»?

□ Berit Olsen □

Søvnforstyrrelser i mørketida er et velkjent fenomen på våre breddegrader. Praksisregistreringer fra Nord-Norge har da også vist økt konsultasjonshyppighet pga søvnvansker i mørketida (1,2).

Lingjerde og Bratlid (3) hevder at denne typen insomni er karakterisert ved vanskeligheter med å falle i søvn, ofte i en slik grad at det nærmest ikke blir søvn i det hele tatt i løpet av natta. De som plages føler seg vanligvis trette og uopplagte om morgenen, noen nærmest hele dagen, men de er ellers friske, og vanligvis ikke deprimerede. De anfører at ca. 25% av ellers friske voksne er affisert. Kvinner oftere enn menn, og yngre voksne oftere enn middelaldrende og eldre.

I en spørreskjemaundersøkelse i den høyere skolen ved flere læresteder i Nord- og Sør-Norge (4) oppga 37 % av elevene i Nord-Norge søvnvansker i perioden januar - desember, mot 5% i Sør-Norge. Av de 364 elevene ved nordnorske skoler som svarte bekreftende på at de sov dårlig i mørketida, oppga 38 % at de hadde vansker med å sovne inn om kvelden, 25 % oppga vansker både med å falle i søvn og tendens til oppvåkning i løpet av natta. Ytterligere 10 % hadde i tillegg problemer med tidlig oppvåkning. Alt i alt hadde altså nærmere 3/4 av elevene med søvnproblemer innsovningsproblemer som en del av søvnforstyrrelsen.

Kleitman & Kleitman (5) gjennomførte sommeren 1951 en intervjuundersøkelse i Tromsø, og fant at gjennomsnittlig søvnmengde om sommeren var 1 time kortere enn på vinterstid. Denne undersøkelsen er metodologisk svak, og resultatet samsvarer heller ikke med andres funn. F.eks. rapporterte Lewis og Masterton i sin studie fra den britiske Nord-Grønland ekspedisjonen i 1952-54 klager på søvnløshet i vintertida, men til tross for klagen,

viste det seg ved søvn-log undersøkelse at den totale søvnmengden ikke var signifikant forandret (6). Total søvnvarighet forble gjennomsnittlig 7,9 timer i døgnet året gjennom. Dette er også nylig bekreftet i en pilotstudie på skolebarn i Nord-Finland (7).

EEG-analyser av søvnstadiene har antydning muligheten for en reduksjon i mengden av SWS (Slow Wave Sleep) i arktiske og antarktiske strøk om vinteren (8). Tolkningen av et slikt funn, dersom det bekreftes, er imidlertid ikke lett. Mange patologiske tilstander er assosiert med en reduksjon i SWS, slik som: hypothyreose, Cushings syndrom, depresjoner og andre psykiske lidelser.

Weitzmann og medarbeidere har studert en gruppe på 7 friske menn bosatt i Nord-Norge (9). De kunne ikke påvise noen årstidsvariasjon i søvnmengde eller forskjeller mht søvnstadiene. Derimot fant de en liten men statistisk signifikant økning i gjennomsnittlig døgnutskillelse av plasmacortisol i høst-vintertida sammenlignet med vårsommer. Dette er et interessant funn fordi hypersekresjon av cortisol, sammen med sviktende evne til suppresjon av cortisolsekresjonen etter dexamethason, er den mest konsistente og vel-dokumenterte biokjemiske abnormalitet ved større depresjoner. Funnet kunne derfor indikere en årstidsvariasjon i stemningsleiet.

Det vi kan slutte om søvnforstyrrelsene i mørketida, synes å være:

- den totale søvnmengde over døgnet er normal og årstidsuavhengig, men at en større andel av befolkningen har innsovningsvansker og tendens til avbrutt søvn, og derfor følgende problemer med neste dags sosiale krav, men er ellers psykisk sett nokså upåfallende.

I 1981 beskrev Weitzman og medarbeiderne et syndrom de kalte forsinka søvn-fase syndrom (Delayed Sleep Phase Syndrom) (10). De undersøkte 450 pasienter henvist til sitt Sleep-Wake Disorders Center ved Montefiore-

sykehuset. Av disse 450 fant de en gruppe på 30 som var karakterisert på følgende vis:

1. De var ute av stand til å falle i søvn på et tidspunkt ønskelig for å greie sine daglige forpliktelser som arbeid og skolegang. I typiske tilfeller sovnet disse pasientene ikke før kl. 02-06.

2. Symptomene hadde vedvart i lang tid, ofte flere år, men minst 6 mndr.

3. Disse pasientene hadde ingen vanskeligheter med å falle i søvn eller å våkne spontant etter normal søvnvarighet når det ikke ble krevet av dem at skulle tilpasse seg et stramt tidsskjema, slik som f.eks. i weekender og i ferier.

Disse pasientene var psykisk upåfallende i forhold til de øvrige insomniapasientene. Typisk var en langvarig sykehistorie forsøkt behandlet gjennom år med sedativa, alkohol og diverse kjerringråd. Disse pasientene scoret også høyt som "natt-mennesker" på Horne-Østbergs Morning-Evening Scale. Og polysomnografregistreringer demonstrerte normal søvn både med hensyn til varighet og søvnmønster. I forhold til de øvrige insomniapasientene var disse yngre, og det var ingen kjønnsforskjell i materialet.

Weitzmann og medarbeidere fremholder at siden søvnvarigheten er normal, både bedømt subjektivt og polysomnografisk, må det være tidspunktet for søvnperioden som er abnorm i forhold til pasientens daglige timeplan, dvs. det sosialt gunstige tidsintervall for søvn er ikke synkronisert med den biologiske klokke som regulerer søvn-våkenhetscyklus hos dette individet.

Det forsinka søvnfasesyndromet kan derfor sees på som et resultat av en ineffektiv justering til pasientens omgivelser. Hos de fleste individer er justeringsmulighetene til 24-timers dagen gode nok til å tillate variasjoner i leggetid, og derfor til å opprettholde en avpasset søvnperiode i løpet av 24 timer. Hos pasienter med forsinka søvnfasesyndrom er denne

justeringsevnen begrenset. Til tross for at det er mulig å justere seg til en sosial dag på 24 timer, vil en tilfeldig økning i søvn-våkenhets døgnets lengde på 1-2 timer resultere i en forsinka søvnfase. Denne nye fasen blir så opprettholdt, siden en framskyvning som er tilstrekkelig til å komme tilbake til den opprinnelige fasen enten er umulig eller vanskelig å oppnå. I løpet av uker eller måneder vil derfor søvn-våkenhetsmonsteret hos disse individene vise en tydelig tendens til at søvnen inntreffer på et stadig senere tidspunkt.

Weitzmann og medarbeidere beskriver også et kronoterapeutisk behandlingsregime, som det kan være vel verdt å ha i mente for mange av disse ille plagede individene:

Behandlingen går ut på å faseforskyve innsøvningsstidspunktet 3 timer hvert døgn, slik at etter 5-7 døgn (og oa. 18 timers faseforskyvning) er normal søvn-våkenhetscyklus gjenopprettet, dvs. en søvn-våkenhetscyklus som korresponderer med det sosiale døgn. Denne perioden medfører store inngrep både i søvnmønster og i pasientens dagligliv, og pasientene kan lett reagere med skepsis og mismot. Det er derfor uhyre viktig i denne perioden med god kommunikasjon og rikelig psykologisk støtte i omgivelsene, kanskje ikke minst for å holde pasientene unna sedativa og alkohol. Men behandlingsregimet beskrives som særdeles vellykket: når den biologiske klokka er "stilt på nytt", forsvinner innsøvningsproblemene som dogg for sola. Forfatterne rapporterer at de ikke har støtt på et eneste terapieresistent tilfelle(!), men flere pasienter fant det nødvendig å gjenta faseforskyvningen etter 6-12 måneder.

På samme måte som ved depressive tilstander, kan det altså se ut til at kronoterapeutiske behandlingsregimer ved søvnforstyrrelser kan være vel verdt å inkludere i det almenmedisinske terapeutiske armamentarium, i alle fall for praksiser nordpå.

For kolleger som ønsker å kaste seg på dette Biologiske-Klokke-Jippo'et anbefaler jeg Winfrees ypperlige oversiktsartikkel (11) og følgende gode råd: La ikke denne spennende litteraturen bidra til store faseforskyvninger i innsøvningsstidspunktet! ■

REFERANSER:

1. Harstad H, Grimeland P & Somby P: Diagnoseregistrering i primærlegepraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1975,95:1859-63.
2. Fugelli P: Vørøy og Røst-prosjektet. I. Praksisbeskrivelsen. Tidsskr Nor Lægeforen 1979, 27(99): 1326-31.
3. Lingjerde O & Bratlid T: Triazolam (Halcion) versus Flunitrazepam (Rohypnol) against midwinter insomnia in Northern Norway. Acta Psychiat Scand 1981; 64: 260-69.
4. Devold O, Barlinhaug E & Bacher JE: Søvnforstyrrelser i mørketiden. Tidsskr Nor Lægeforen 1957: 836-7.
5. Kleitman N & Kleitman H: The Sleep-Wakefulness Pattern in the Arctic. Sci Monthly 1953; 76: 349-56.
6. Lewis HE & Masterton JPG: Sleep and Wakefulness in the

Arctic. Lancet 1957; 1: 1262-66.

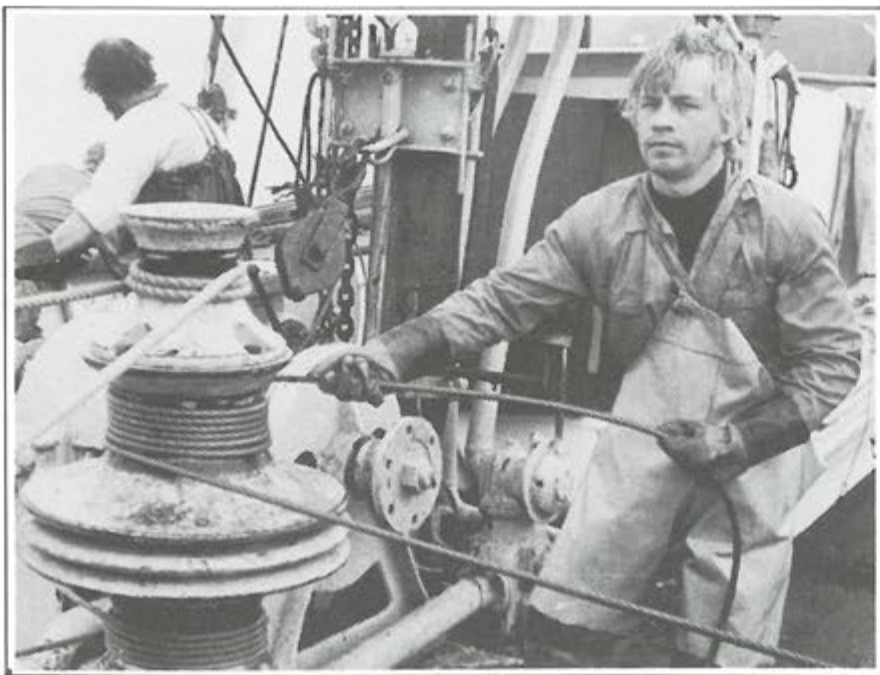
7. Forsius H: Winter patterns of sleep in school-children. in Workshop on light and darkness, biological rhythms and living conditions in the Arctic. Nordic Council for Arctic Medical Research. Report 10/74. Kiruna, Sweden, April 26-27, 1974 : 20-3.

8. Patersnn RAH: Seasonal reduction of slow-wave sleep at an Antarctic coastal station. Lancet 1975; 1: 468-9.

9. Wetzman ED & al.: Seasonal patterns of sleep stages and secretion of cortisol and growth hormone during 24-hour periods in Northern Norway. Acta Endocrinol 1975 ; 78:65-76.

10. Wetzman ED & al.: Delayed Sleep Phase Syndrome. Arch Gen Psychiat 1981; 38:737-46.

11. Winfree AT: Circadian timing of sleepiness in man and woman. Am. J Physiol 1982; 243 (3): 193-204.



ISBJØRNTID

Ein stad i
den store kvite kulden
går vår styrke
uroleg rundt og burar
mot stjerner og nordlys.

Hanne Aaga

Norge et medisinsk klassesamfunn



Den debatten som etterfulgte Per Fugellis bok "Det medisinske klassesamfunn" (1) syntes jeg var forbausende. - Naturligvis er Norge et medisinsk klassesamfunn, i alle fall hvis man med dette begrepet forstår: at enkeltindividens helsemessige erfaringer varierer systematisk med slike faktorer som yrke, utdanning, inntekt, sosial status etc.

For å ta vår mest ekstreme helsemessige "erfaring", så er dette forholdsvis godt dokumentert for dødeligheten. Strøm (2) påviste alt i 1939 forskjeller i totaldødeligheten i Oslo relatert til boligstandard. Gjestland og medarbeidere (3,4) har påvist

betydelige høyere totaldødelighet i alle aldersgrupper på Oslo østkant i forhold til vestkant for alle fredsårene mellom 1890 og 1939. Og tross generell nedgang i totaldødeligheten i denne perioden, var forskjellen i dødelighet Oslo Vest - Oslo Øst om-

trent den samme i 1939 som i 1890!

Offisiell norsk statistikk opererer ikke med begreper som "sosial klasse", og det har hittil ikke eksistert noen anerkjent inndeling av sosiale klasser, eller grupper, i Norge. (Hvilket muligens forklarer at vi i ignorant villfarelse hevder at slikt ikke eksisterer her!)

I 1976 publiserte Statistisk sentralbyrå en rapport om yrke og dødelighet (5), den første statistiske analyse av dødeligheten sett i relasjon til yrke. Analysen dekker dødsfall i perioden 1/11-70 til 31/12-73. Informasjon om yrkestilknytning var hentet ut av Foketellinga i 1970.

I 1979 utvidet byrået analysen til også å omfatte personer som hadde vært yrkesaktive ved folketellinga i 1960, men som ikke lenger var det i 1970 (6). Denne utvidelsen økte totalantallet og kaster også et nytt lys over dødeligheten hos de som forlot arbeidslivet mellom de to folketellingene.

Fig. 1 og 2 er adapterte grafiske framstillinger av dødeligheten i ulike yrkesgrupper og skal i denne sammenheng bare tjene til å understreke de store forskjellene som eksisterer mht dødelighet innen ulike yrker.

Også Oslo-undersøkelsen viser store yrkesmessige forskjeller i dødelighet (7), forskjeller som bare et stykke på veg lar seg forklare mht forskjeller i røykevaner og andre kjente risikofaktorer.

Til og med perinatal dødelighet varierer systematisk med mors yrke: høyere i tungt industriarbeid, lavest hos teknisk/vitenskapelig og pedagogisk personale (8).

I "Yrke og Dødelighet" er det også gjort et forsøk på å se på dødeligheten i forhold til en sosial klasseinndeling. De yrkesaktive ble delt i 5 sosialgrupper (A B C D E), de 4 første rangert etter sosioøkonomisk status, med A høyest.

Sosialgruppe E står utenom denne rangeringen, denne gruppen omfatter arbeidsledelse i jord- og skogbruk, jordbruksarbeid og dyrerøkt. Fig. 3 illustrerer dødeligheten i sosialgrupper etter denne inndelingen. Særlig for menns vedkommende er det en tydelig sosial gradient fra A til D.

Oslo-undersøkelsen har en annen inndeling i sosial klasse, basert utelukkende på inntekt og utdanning, men også her er den sosiale gradienten påfallende: I sosialklasse I og II fant man en total dødelighetsrate på 8,8/1000, i sosialklasse V: 30,9/1000. Og selv etter justering for røykevaner, var forskjellen stor: 10,4/1000 mot 26,2/1000.

Man kan naturligvis diskutere hva som kom først: høna eller egget:

- er det slik at folk med dårlig helse får dårligere utdanning og dermed ender opp med de dårligst betalte, tyngste jobbene, hvor arbeidsmiljøet er mest belastende?

- eller: er det slik at arbeidsmiljøet i enkelte yrker skaper dårlig helse og overdødelighet?

Det siste synes åpenbart i yrker hvor skade- og ulykkesfrekvensen er stor. Men ellers er det et påfallende trekk at overdødeligheten i de forskjellige yrker/ sosiale klasser ikke er be-

grenset til noen få diagnoser, men synes å omfatte hele spekteret av dødsårsaker.

Fra Finnmarkssynspunkt er det naturligvis fristende å spekulere på hvor mye av de regionale forskjellene i dødelighet som kan forklares av ulik distribusjon av yrkes- og sosial gruppetilhørighet utover landet. Det er påfallende samsvar mellom de dødsårsaker som viser størst sosialgradient og de dødsårsaker hvor den regionale overdødeligheten er størst. Bedre svar på dette vil vi få når vi får fylkesvise eller regionale oversikter med distribusjon av yrker eller sosiale klasser.

Det konkluderende spørsmål er: hvorfor skapte Fugellis bok debatt blant kollegene? Er det slik at vi lukker øynene for fakta, fordi det er vanskelig å erkjenne dem og likevel fortsette som om vi alle har like sjanser til helse og et langt liv? Provoserer slike ubehagelige fakta en verdidebatt vi føler ikke er "hygiensik" nok for oss, og som vi derfor overlater til andre?

Litteratur:

1. Fugelli P. Det medisinske klassesamfunn. Universitetsforlaget. Oslo 1982.

2. Strøm A: Über die Wohnverhältnisse der Tuberculösen in Oslo. Acta Tuberc Scand 1939, 8: 301-17.

3. Gjestland T, Moen E & Trier G: En regionalundersøkelse av dødeligheten: Oslo 1890-1940, 1. del. Statistisk kvartalshefte. Oslo kommunes statistiske kontor. 1954, 44: 150-5.

4. Gjestland T & Mork T: En regional undersøkelse av dødeligheten i Oslo 1890-1939. Fra Festskrift til helsedirektor Karl Evang. Oslo. Gyldendal, 1962: 111-20.

5. Yrke og dødelighet i 1970-73. Statistisk sentralbyrå. Oslo 1976

6. Kristoffersen L: Yrke og dødelighet. Tilleggsberegninger til tidligere analyse. Statistisk sentralbyrå. Rapport 79/19. Oslo 1979.

7. Holme et al.: Four-year mortality by some socioeconomic indicators: The Oslo Study. J Epidem Comm Health, 1980, 34: 48-52.

8. Bjerkedal T: Yrke og fødsel. En undersøkelse over betydningen av kvinners yrkesaktivitet for opptreden av fosterskader. Statistisk sentralbyrå. Rapport 80/9. Oslo 1980.

health health is a product of who we are

- our genetic inheritance

- and how we live

- the air we breathe, the food we eat, the exercise we don't get

- and not how often we see the doctor

it is a product of innumerable decisions made on a daily basis.

Aaron Wildavsky



Fotdiktet

I tolv år har ho Bjerg stått på Voie og kutta og pakka fisk. I vår vart ho operert i begge fotan.



Ho Bjerg har så ondt i fotan.



Små kular kjem ut kor dei ikkje skal.



Dei har skore i ho Bjerg på sjukhuset.



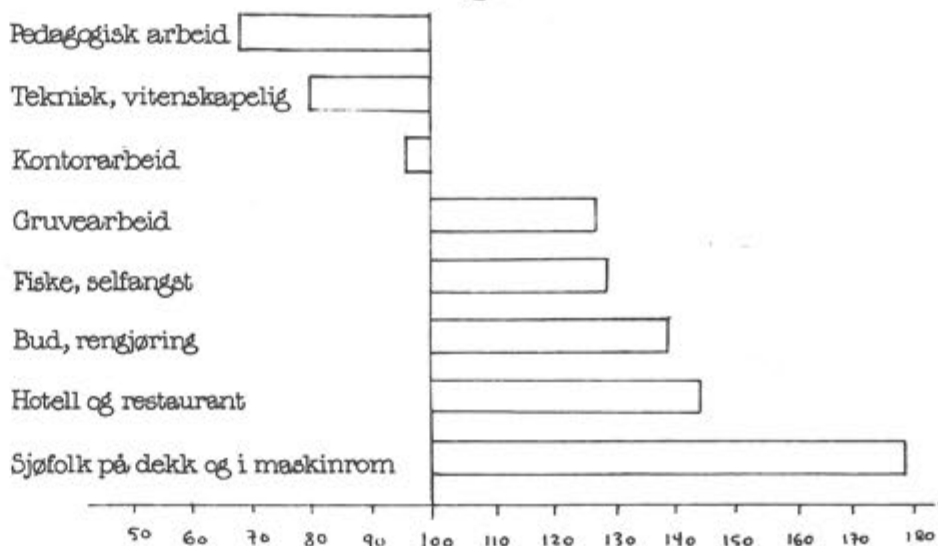
Kva skal ho Bjerg ha på fotan på ball?



Ho Bjerg har så ondt i fotan.

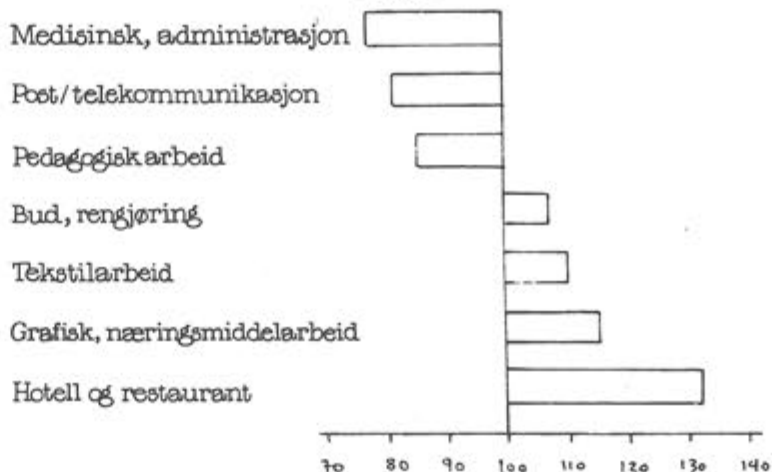
Sissel Bjørgn

Fig. 1



DØDELIGHETSINDEKS FOR MENN ETTER YRKE
(Kilde: Yrke og dødelighet 1970-73)

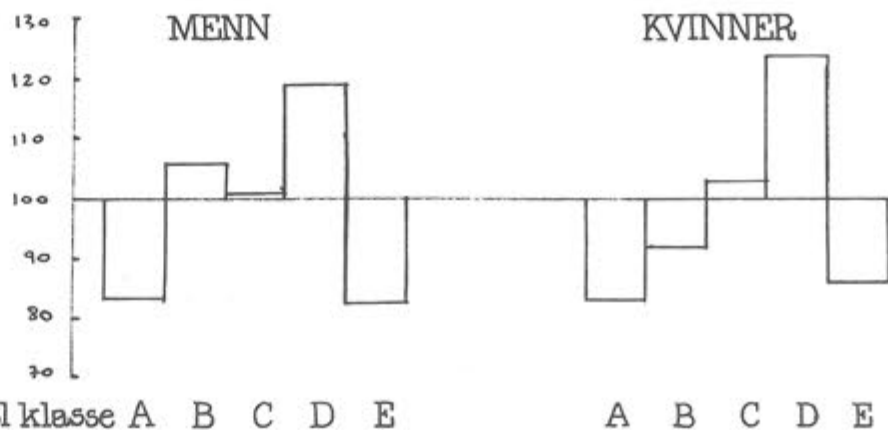
Fig. 2



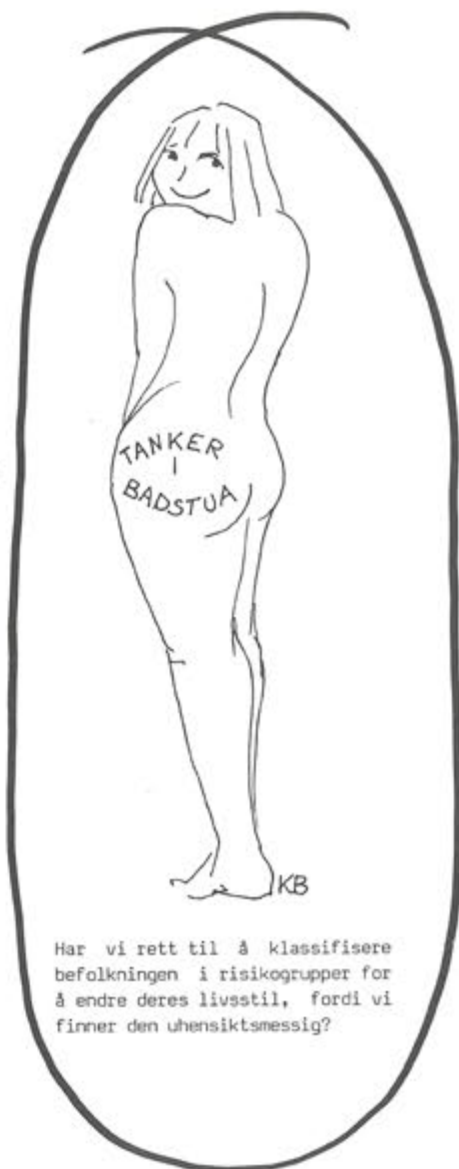
DØDELIGHETSINDEKS FOR KVINNER ETTER YRKE
(Kilde: Yrke og dødelighet 1970-73)

Fig. 3

DØDELIGHET FOR MENN OG KVINNER ETTER SOSIAL STATUS



(Kilde: Yrke og dødelighet 1970-73)



Har vi rett til å klassifisere befolkningen i risikogrupper for å endre deres livsstil, fordi vi finner den uhensiktsmessig?



Hvordan kan det ha seg at de langt fleste klager på leger ikke dreier seg om faglige miserer, men om ten og skjær uhøflighet?

MØRKETID Mørke i mørkets tid:
Svart himmel
må til
for å vise
lysønde stjerne:

Bak ennå lukte munnar
hjerterets tale!

(Kjell Sandvik)

Søvndeprivasjon - alternativ behandling

□ Berit Olsen

Utposten har tidligere hatt et temanummer om søvn og søvnrelaterte sykdommer. Manglende nattesøvn som aktuelt terapeutikum ble ikke berørt, derfor dette innlegget :

I 1971 gjorde Schulte den observasjon at tilstanden til endogene depressive pasienter av og til ble dramatisk bedre etter en våkenatt. Pflug og Tølle rapporterte senere samme år (1) en umiddelbar forbedring etter en natts søvndeprivasjon hos 23 pasienter med endogen depresjon. Effekten varierte med hensyn til graden og varigheten av remisjonen. Hos pasienter med nevrotisk depresjon var effekten mer tvilsom. De konkluderte med at søvndeprivasjon var en effektiv behandling for endogene depresjoner, men hadde inntrykk av at selv gjentatte søvnløse netter sjelden var istand til å opprettholde bedringen i tilstanden uten samtidig antidepressiv medikasjon. Dette resultatet vakte betydelig interesse fordi:

- behandlingen var uten bivirkninger sammenlignet med de tradisjonelle behandlingsformene, ECT og antidepressiva.

- effekten satte inn raskt, fra 8 timer til 1 uke etter behandlingen, i motsetning til effekten av antidepressiva og ECT som inntreffer først etter 3-5 ukers behandling.

Senere studier har bekreftet disse funnene, men et problem i evalueringen har vært at det som regel har vært startet opp med antidepressiv medikasjon samtidig. I en av de få undersøkelser som har utelatt medika-

mentell behandling (2), ble 26 deprimerede pasienter behandlet med søvndeprivasjon i en natt. 19 av disse var klassifisert som endogene depressive. 8 av de pasientene som enten opplevde bedring etter første natt, eller som tiltross for uendret tilstand ønsket å fortsette behandlingen med søvndeprivasjon, fikk slik behandling 3-9 netter til, med to søvnløse netter i uka. Totalt oppnådde undersøkerne en "cure rate" på 25 %, og en ytterligere bedring hos 20 %.

En av de meget få oppfølgingsstudiene som strekker seg over noen tid, er en 6-måneders oppfølging av Kvist og Kirkegaard (3). 28 pasienter med endogen depresjon ble behandlet med søvndeprivasjon som eneste behandling. Hos 8 pasienter ble det oppnådd full remisjon, men tidlig tilbakefall forekom hos 5, og etter 6 måneder var bare 3 pasienter (11 %) i fortsatt remisjon. Som forfatterne påpeker, behøver ikke dette å være særlig forskjellig fra spontan remisjonsrate.

Dette resultatet står imidlertid i skarp kontrast til Vogel og medarbeideres, som ved å deprivere sine pasienter kun for REM-søvnen, fant en initial remisjon på 50 %, og en vedvarende remisjon blant disse på 72 % etter 6 måneder (4).

I et forsøk på å forhindre disse tilbakefallene hos de initiale respondentene, studerte van Bommel og van den Hoofdakker effekten av å begrense de påfølgende netters søvn. (5). I en pilotundersøkelse med 10 pasienter som fikk behandling med



ing ved depresjon?

total søvndeprivasjon (dvs ble fratatt hele nattesøvnen, i motsetning til delvis søvndeprivasjon, hvor bare deler av nattesøvnen blir fratatt), ble søvnvarigheten i nettene som etterfulgte den søvnløse natta begrenset, likeledes "småblunder" på dagtid. Disse pasientene viste mindre tendens til tilbakefall, og det var en ytterligere bedring å spore også etter de begrensede hvilenettene.

Hva er så mekanismen bak dette? Hvordan kan det ha seg at en våkenatt kan bedre en depressiv tilstand, kanskje særlig en endogen depressiv tilstand?

Det kan naturligvis skyldes en ikke-spesifikk placeborespons, spontanremisjon eller gruppe- og/eller stab-pasient interaksjoner i løpet av den søvnløse natta. Mange hevder imidlertid at det dreier seg om forstyrrelser i de circadiane rytmene, våre biologiske klokker. Teorien er at depresjon og de velkjente ledsagende søvnforstyrrelsene begge er uttrykk for den samme tilgrunnliggende årsak: en ubalanse i våre biologiske klokker. Denne ubalansen gir seg uttrykk i abnorme faseforhold i vår søvn-våkenhetscyclus (6,7,8). En våkenatt synes å ha en slags "tilbake-settelsesvirkning" på klokken, og det er større sjanse for å komme på rett kjøl.

Forstyrrelser i thyrosin og tryptofanmetabolismen som gir redusert mengde noradrenalin og serotonin cerebralt har vært påvist ved manio-depressive tilstander. Denne reduksjonen påvirker søvnregulatoriske sentra

og provoserer søvnforstyrrelsene (9).

Hypotesen at depresjoner har sammenheng med uregelmessigheter i søvn-våkenhets-cyclus støttes av studier av psykiatrisk sykdom hos reisende på transkontinentale flyvninger. Ved studier fra psykiatrisk akuttbistand på de store internasjonale lufthavnene har man påvist signifikant sammenheng mellom depressiv sykdom og flyvning i øst-vestlig retning, hvor det er en fase-retardasjon i søvn-våkenhets-cyclus. (10). Dersom denne sammenheng skulle være kausal, ville man forvente å finne en økning i incidensen av endogene depresjoner hos personer som er utsatt for stadige forandringer i sine circadiane rytmer, enten pga. roterende skiftarbeid, eller pga. manglende ytre synkroniserende stimuli, slik som mørketidas manglende dagslys. Hittil har ingen slik økt incidens kunnet påvises sikkert.

Bhanji, Roy og Baulien har fremholdt muligheten for at flere mekanismer er involvert ved virkningen av søvndeprivasjon, ettersom de har påvist at gruppen av respondenter kan inndeles i de som har umiddelbar effekt, og de med effekt først etter en hvilenatt. (11).

Vogel og medarbeidere fant at tricycliske antidepressiva forårsaket en undertrykking av REM-søvnen, og fremkaster den hypotesen at denne undertrykkinga av REM-søvn er den egentlige virkningsmåten av tricycliske antidepressiva.

Søvndeprivasjon, og særlig REM-

søvndeprivasjon, er derfor det "essensielle antidepressive middel" ved all medikamentell antidepressiv behandling. Og måten REM-søvndeprivasjonen virker antidepressivt er gjennom stimulering av søvn-cyclus-oscillatoren, dvs. den "biologiske klokka" som styrer vår søvn-våkenhets-cyclus.

Er så behandling med søvndeprivasjon helt uten bivirkninger? Flere oversiktsartikler konkluderer med at total søvndeprivasjon synes å ha liten virkning på biokjemiske og psykofysiologiske variabler, men har derimot betydelig virkning på psykologisk "performance" Horne (12) har gjennomgått de rapporterte virkningene av total søvndeprivasjon over lengre tid, og funnet viktige og utvetydige forandringer bare i EEG. Faktisk er det også rapportert sjeldne tilfeller av grand mal anfall etter total søvndeprivasjon. Horne refererer en undersøkelse av Welch og Stevens fra 1971, hvor det ble funnet EEG-forandringer hos 10 % av friske forsøkspersoner med normalt EEG forut for en natts søvndeprivasjon. Hos de som hadde EEG-forandringer på forhånd, fikk ca. 1/3 økte forandringer etter en våkenatt.

Det kan altså se ut til at et behandlingsforsøk med en våkenatt kan være vel verdt å forsøke ved behandling av endogene depresjoner i praksis: det er et terapeutikum som er lett tilgjengelig, som kan styres totalt av pasienten selv, det er billig og ufarlig, og: dersom det har effekt, så inntrer bedringen raskt.

Referanser

1. Pflug B & Tølle R: Disturbance of the 24-hour rhythm in endogenous depression and the treatment of endogenous depression by sleep deprivation. *Int Pharmacopsychiatry* 1971,6: 187-96.
2. Larsen JK, Lindberg ML & Skovgaard B: Sleep deprivation as treatment for endogenous depression. *Acta Psychiat Scand* 1976,54: 167-73.
3. Kvist J and Kirkegaard C: Effect of repeated sleep deprivation on clinical symptoms and the TRH test in endogenous depression. *Acta Psychiat Scand* 1980,62: 494-502.
4. Vogel GW, Vogel F, McAbee RS & Thurmond AJ: Improvement of depression by REM-sleep Deprivation. *Arch Gen Psychiat* 1980,37: 247-53.
5. van Bommel AL & van den Hoofdakker RH: Maintenance of therapeutic effects of total sleep deprivation by limitation of subsequent sleep. A pilot study. *Acta Psychiat Scand* 1981, 63: 453-62.
6. Pflug B, Erikson R & Johnson A: Depression and daily temperature. A long term study. *Acta Psychiat Scand* 1976,54:254-66.
7. Pflug B, Johnsson A & Tveito Ekse A: Maniodepressive states and daily temperature. Some circadian studies. *Acta Psychiat Scand* 1981, 63: 277-89.
8. Winfree AT: Circadian timing of sleepiness in man and woman. *Am J Physiol* 1982, 243(3): 193-204.
9. Svendsen K: Sleep deprivation therapy in depression. *Acta Psychiat Scand* 1976, 54: 184-92.
10. Jauhar P & Weller MPI: Psychiatric morbidity and time zone changes: A study of patients from Heathrow Airport. *Brit J Psychiat* 1982, 140: 231-5.
11. Bhanji S, Roy GA T Baulieu C: Analysis of mood change during and following sleep deprivation therapy. *Acta Psychiat Scand* 1978, 58: 379-83.
12. Horne JA: A review of the biological effects of total sleep deprivation in man. *Biol Psychol* 1978, 7; 1-2: 55-102.

Berit Olsen

Lokalavisa

Lokalaviser mangler stort sett alltid stoff. Helse er godt stoff. Og den kommunelege som har ei avis på stedet, oppdager fort at neppe noen gren av offentlig forvaltning, eller noe tiltak forøvrig blir så nøye fulgt med Argusøyne som den lokale helsetjenesten. Ofte kan det synes som om ingen sak er for liten, ingen klage uberettiget eller for ubetydelig, enten det nå gjelder lang ventetid på timer, dårlig service på anna vis, eller uhøflige leger.

Før eller siden blir vel alle lei av til stadighet å være på defensiven og ha bare "klageoppdrag", og kanskje særlig hvis en egentlig innrømmer en forpliktelse til å bistå befolkningen med helseinformasjon. I alle fall begynte jeg å tenke på muligheten for å få avisa til å trykke slikt helseopplysningsstoff som jeg syntes kunne være nyttig å få fram. Slik ble tanken om egen legespalte i lokalavisa født.



TANKER
BADSTUA



Når diagnosen i nærmere 80% av tilfellene stilles utelukkende eller hovedsaklig på anamnesen, - hvorfor legges da ikke større vekt på kommunikasjon i utdanningen?

KB

Nokså fort ble det klart for meg at jeg hadde atskillig motstand på dette selv. En slik motstand er en viktig hindring i helseopplysningsarbeidet, og angår oss alle. Denne motstanden skyldtes dels frykten for å bli avslørt av kollegene som medisinsk ignorant, dels den generelle frykten for Janteloven: "Du må ikke tro at du er noe". Utfordringen var imidlertid klar, og den interne motstand måtte bearbeides: Tross alt er det ikke for kollegene vi trenger å bedrive helse-

opplysning. (Men det er for Jante!).

Med mye frykt og uro kom jeg nå allikevel igang. Det var umiddelbar interesse og respons i redaksjonen; opplegget fikk god presentasjon hele veien. Jeg skrev om alminnelige ting som blærekatarr og utflod, enkle råd ved alskens alminnelige plager. Noen titler gir en ide om emnevalget:

- "Vi mister for mange finn-

markinger" (om røyking, trim og kosthold)

- "Unger - snørr - og tårer"

- "Det er ikke di kjerring, og du eier henne ikke" (om kvinnehandling)

- "Solarium - sunt eller farlig?"

- "Ingen skam å ha skabb".

Lengden varierte, men spalten tok

... som helseopplysningsressurs



FDs LEGESPALTE

Spørsmål og kommentarer til legespalten bes sendt til Finnmark Dagblad, boks 89, 9601 Hammer-

fest. Vennligst merk konvolutten - lege-spalte -. Innsendte kjerringråd merkes på samme måte.

RED.

Vi mister for mange finnmarkinger!

Ja, sier du, de flytter sørover alle som én bare de får sjansen.

Selvsagt er det mange som flytter, men det hender vi mister flere for godt. I 1979 hadde vi 636 dødsfall i Finnmark, og en netto-utflytting på 448. Det dør flere mennesker i Finnmark i alderen 40-70 år enn i resten av landet, — når man tar hensyn til folketallet. Noen av disse dødsfallene er **unødvendige**, — de kunne vært unngått.

Årsaken til at finnmarkinger flytter sørover?, — ja, de kan være så mange. Det vil vi ikke diskutere her og nå. Men kjenner vi årsaken til at det dør forholdsvis flere finnmarkinger enn nordmenn for øvrig?

— Ja, langt på veg gjør vi faktisk det, og det er dette vi må gjøre noe med hvis vi vil unngå slike unødvendige tap av liv lenge før «tida».

* Altfor mange finnmarkinger er daglige sigarettøyere. Og de finnmarkingene som røyker, røyker flere sigaretter pr. dag enn gjennomsnittlig i landet ellers. Røyking, vet vi, har klar sammenheng med unødvendige, tidlige dødsfall av flere årsaker.

* Det tradisjonelle kostholdet i Finnmark er ikke sunt — sett i forhold til den aktivitet vi bedriver. Vi spiser fortsatt som om vi sleit på sjøen i 30-åra. Kostholdet vårt inneholder for mye fett, for mye sukker og for lite fiber, — dvs. grønnsaker og grovt mel.

* I tillegg bruker vi rett og slett kroppen for lite. Vi trimmer for lite, — er for lite i aktivitet — både i forhold til kaloriinntaket og i forhold til kroppens eget behov.

— Jeg vil ikke påstå at dette er de **eneste** grunnene til at vi mister for mange finnmarkinger lenge før tida, men dette er helt sikkert noen av de viktigste grunnene. Kan vi gjøre noe med dette kan vi rett og slett redde liv! — Og vi er ikke flere her i Finnmark enn

at vi ikke har én eneste en å miste unødig.

Hva skal vi så gjøre du og jeg?

1. Vi må støtte hverandre i å slutte å røyke, eller i alle fall å redusere røykinga. Vi må gjøre det til en «nasjonalsak» å få ned antallet sigaretter pr. dag. Og vi må oppmuntre hverandre. På samme måte som ingen av oss begynte å røyke helt aleine, men var utsatt for et visst miljøpress, — slik må vi ikke bli overlatt til helt aleine å skulle slutte — men bli hjulpet av et miljøpress som nå ønsker røykfrihet!

Det er selvfølgelig ingen skam å røyke. Men med de problemene vi i dag har i Finnmark, er det en skam ikke å stille seg solidarisk med dem som gjerne vil slutte å røyke, men som trenger litt hjelp fra omgivelsene for å greie det.

2. Vi må tenke før vi spiser. Vi trenger ikke lenger det samme kaloriinntaket som våre besteforeldre hadde. Unngå synlig fett, vær forsiktig med ferdigvarer av typen kjøttpølser, pudding, etc. Drikk skummet melk. Spis mer fisk og mer grovt brød.

3. Mange hjerte-karforskere mener at kanskje den viktigste beskyttelse mot hjertesykdom ligger i regelmessig mosjon og kroppsaktivitet. Gode råd må være: gå på arbeid, på tur, i svømmehall, på husmortrim, osv.

Du syns gjerne ikke dette høres særlig spennende ut. Det gjør faktisk ikke jeg heller, — men hva kan vi ellers gjøre hvis vi ønsker å beholde hverandre så lenge som mulig?

Og hvis du har samme problem som jeg — at du er glad i altfor mange finnmarkinger — vil jeg tro du er enig i at det må en liten revolusjon til. Og denne revolusjonen er hverken blodig, udemokratisk eller særlig romantisk: den består i å forandre livsstil slik at helsa får en sjanse, og dens slagord er som følger: «Stump røyken» «Trim deg i form» «Spis sunt».



Slitasjegikt

Fra en mann: har jeg...



GONORÉ

Gonoré, eller som ena, — er den vanligste en bakterie som holdes i genene. Smitteoverføres en person blir smittet.

Hos menn er det røret, hyppig og pass sterke og ikke rask behandler organene og stiklene. I veire ikke kan...

Hos kvinner tistandene mister mistenkt. Også fi skest beten. Ut...

stort sett 1/4 - 1/3 avisside. Og jeg gjorde følgende erfaringer:

Slikt stoff blir virkelig lest. Lokalavisa er en tynn sak, antagelig blir nesten alt lest. Informasjonen nådde langt flere enn jeg på forhånd hadde trodd, og kanskje grupper jeg ikke egentlig hadde ventet å nå. F.eks. hadde mannfolka på slippen i en matpause diskutert youghurtkur ved soppinfeksjoner i skjeden med stor forskrekkelse!

Jeg tror også at det hadde stor betydning at stoffet følte nært: en dokter de kjente, om ikke anna så fra tidligere avisoppslag, skrev om hverdagsproblemer, problemer de også

kjente. I den forbindelse tror jeg også det er viktig å bruke dialektord, de ord som folk flest bruker på plagene, det minsker også avstanden til tilgjengelig medisinsk informasjon.

For min egen del tror jeg det største utbyttet var at jeg oppdaget hvor uhyre vanskelig det er å gi helseopplysning uten å være moraliserende. Antakelig er det slikt at man må se sin egen informasjon på trykk før en ser det.

Rent konkret viste det seg fort at det jeg mottok av brev til spalten var lite egnet for generell kommentar. Det dreide seg nærmest utelukkende om kon-

sultativ medisinsk bistand og klager på kolleger. Den andre konkrete lærepenge, var at ukentlige bidrag var for hyppige, ialle fall for en lege. Tiltaket løp da også ut i sanden da jeg gikk i 1 års studiepermisjon, og har skam å si ikke vært tatt opp igjen.

Men konklusjonen må bli at dette er veien å gå for alle som har en lokalavis til disposisjon. I min kommune blir lokalavisa distribuert i godt over 2000 eksemplarer, og jeg kan vanskelig tenke meg noen enklere, billigere og sikrere måte å nå så mange med helseopplysning. ■

Den uendelige historie

□ Marit Bjartveit Krüger □

■ Av hensyn til Utpostens travle lesere, og med skjeling til verdien av møysommelig oppsamlet erfaring, velger jeg å fortelle en historie.

Historien har rot i virkeligheten, men av hensyn til de impliserte er alle personbeskrivelsene oppdiktet.

En almenpraktiker i en nordnorsk by fikk en gang kontakt med en pasient i 2. linjetjenesten i helsevesenet; la oss si en 57 år gammel kvinne ansatt ved det lokale sykehus. Kontakten ble opprettet ved at kvinnens bror ringte legen og spurte om han ikke kunne stikke innom kvinnens hjem og legge henne inn på sykehus, "siden henvisning til sykehus var nødt til å gå om almenlegetjenesten". Innleggelsen ble begrunnet med kroniske korsryggsmerter over et års tid. Kvinnen var nå så smertepåvirket at broren var "redd for henne".

Da legen kom til kvinnens hjem, var hun sengeliggende. En sønn ventet i stuen nedenunder. Ektemannen var død året før. Idet legen presenterte seg, sa kvinnen at det egentlig ikke hadde noen hensikt at han kom. Han kunne bare ha bestilt sykebil, og lagt

henne inn direkte. Primærlegene i distriktet hadde hun ingen tillit til. Legene der ville så allikevel aldri legge inn "hennes pasienter", når hun ba om det. Og når disse bekjente andelig ble lagt inn, var det for sent.

For å få best mulig service pleide kvinnen derfor å henvende seg til sykehuslegene direkte. Der ble hennes krav om hjelp møtt, og en av de overordnede hadde gjentatte ganger raskt henvist henne til røntgenundersøkelser og vurdering av ambulerende spesialist, -utenom ventelister. Undersøkelsene avdekket imidlertid ingen organpatologi. I tillegg fikk kvinnen utskrevet smertestillende og beroligende medikamenter. Reseptene ble fornyet av forskjellige leger ved sykehuset.

Etter hvert kom det fram at kvinnens ryggmerter hadde kommet og gått i mange år; hele tiden lokalisert til korsryggen uten neurologiske rotsymptomer. Etter mannens dødsfall - "en forferdelig tid" - hadde ryggmerkene stadig økt. Kvinnen hadde i sin tur stadig presset på med nye behandlingskrav overfor forskjellige leger ved sykehuset. Det siste året hadde vært en

ørkenvandring mellom spesialundersøkelser, laboratorier og spesialister, hele tiden med solid påfyll av analgetica og ataraxia, av og til også med korttidssykemeldinger. Men sykefravær i kvinnens krevende stilling innebar kun opphopning av ugjort arbeid. Samtidig ytet hun maksimalt når hun var arbeidsfør. På sitt nivå i helsetjenesten var hun sentralen der alle ender møttes, kort sagt: uunnværlig. I parentes bemerket var damen en meget sterk personlighet med dramatisk nerve i framstillingen av egne plager som gjorde det vanskelig å avbryte en godt oppbygget monolog. Likevel - i sammendrags form: de siste ukene var ryggsmertene blitt ytterligere forverret. Medikamentforbruket økte langt over anbefalt døgndose. Ventelisten til fysioterapeut var lang og umulig å bearbeide. Smertene, medikamentforbruket og fraværet fra arbeidet satte pasienten nå i en meget presset situasjon. Hun følte utilstrekkelighet på alle plan. Nå forlangte hun innleggelse på sykehus i kveld, for å bli skikkelig undersøkt.

Legen la pasienten inn ved medisinsk avdeling samme kveld under diagnosen: Residiverende lum-

bago. Maskert depresjon ? Det hører med til historien at pasientens sønn ringte legen på kontoret meste dag og forlangte "maskert depresjon" fjernet fra innlegelsesdiagnosen.

Ettertanker.

Hva er hensikten med denne sykehistorien? Er det å henge ut korridorpraksisen på sykehus, denne autonome prosessen av selvbekreftelse innen institusjoner som resulterer i at legers medarbeidere blir enda mer lemfeldig behandlet enn legers ektefeller ?

Etter at kvinnen var innlagt og derved oppfattet som pasient, fikk hun profesjonell hjelp. Samtaler med psykiater hjalp henne med å bearbeide sorgreaksjonen etter mannens død. Alt skjedde i overensstemmelse med pasientens ønsker. Hun har nå vesentlig bedring av ryggsmertene og er fullt arbeidsfør i samme stilling. Er det mest provoserende i historien at kvinnen fikk lov til å velge tilfeldig behandling innenfor en institusjon hun kjente, - som et slags personalgode ? Og den heller pinlige gjenkjennelse av hvordan vi som behandlere lar oss styre av pasientens ønsker, spesielt når vi ser på vår virksomhet som tjenester og gjenytelser i et sosialt spill? Vil vi ikke innse medarbeideres nervøse plager, frustrasjoner og depresjoner? - Fordi det angår oss selv ? Kjøper vi avlat med rekvisisjon av røntgenundersøkelser og spesialisthenvisninger, - utenom ventelister? Er det alt dette som tvinger meg til ettertanke? Ja. Alt dette, samtidig med erkjennelsen av selv å være en del av systemet. Innenfor helsevesenet kreves det ofte ekstra innsats av personale på alle nivå for å få systemet til å fungere smidig. For å oppnå denne innsatsviljen fra personalet, er det nødvendig med en stadig intern markedsføring - der det indre samholdet styrkes og bekreftes. De ikke-bokførte tjenester blir sett på som en del av dette samholdet - en måte å holde maskineriet i gang på. Det er nok av eksempler: Paralginen fra avdelingens kjøleskap. Eksensalvene som blir forskrevet på vaktrommet. Eller kanskje den suidale depresjonen som blir behandlet med røntgenhenvisning som ø.h.j.?

Er det mulig å få dette i et reglementert system? Er det ønskelig å få dette i system ? Presser systemet oss til malpraksis ? Og hvem skal behandle behandlere ?

Fra bedriftshelse-tjenesten:

Bruk av egenmelding - sykefravær eller dårlig arbeidsmoral ?



Øystein Krüger

Sykefravær som fenomen i arbeidslivet oppfattes ofte ulikt. Mens arbeidstakerorganisasjoner som regel setter likhetstegn mellom sykefravær og forekomst av kroppslig eller psykisk sykdom, kan vi høre bedriftsledere si at mye av sykefraværet heller er et spørsmål om dårlig arbeidsmoral. Spesielt tenkes det her på korttidsfravær - og da i særdeleshet på bruk av egenmelding.

Men uansett sykefraværets egentlige årsak, er det liten tvil om at fraværet kan true bedriftens økonomiske helse.

Også av den grunn forventes det at bedriftshelsetjenesten går aktivt inn for å kartlegge årsaker til et evt. høyt fravær og foreslå effektive tiltak for å få fraværet ned.

Ved Norges største fiskeforedlingsbedrift, Nestlé-Findus i Hammerfest, gjennomførte verne-

tjenesten og bedriftshelsetjenesten i 1982 en større arbeidsmiljøundersøkelse. Alle arbeidstakere i bedriften, med unntak av tilknyttede fiskere og toplederskiktet, ble bedt om å besvare et omfattende spørreskjema. Vi ønsket bl.a. å belyse ulike faktorer som kunne ha sammenheng med sykefravær og bruk av egenmelding.

Oppslutningen var meget god, og i alt 453 (90 %) deltok. Av de 453 hadde 342 (191 menn og 151 kvinner) vært ansatt 1 år eller lengre. Det er fraværet i denne gruppen som det refereres til nedenfor.

140 (41 %) var ansatt i produksjonsarbeid, vesentlig relativt ensformig samlebandsarbeid.

315 av 342 besvarte spørsmålet om hvor mange egenmeldinger som var brukt i løpet av det siste året. Totalt hadde disse brukt 644 egenmeldinger i perioden. Dette tilsvarer 2,0 EM/ansatt/år. Se tabell 1.

Det er verdt å legge merke til at bare 5 % oppgav å ha brukt hele egenmeldingskvoten, mens 22 % ikke hadde brukt egenmelding i løpet av det siste året.

Arsakene

De ansatte ble bedt om å oppgi hovedårsak til bruk av egenmelding. Av 644 egenmeldinger har vi fått oppgitt årsak for 580. Se tabell 2.

De yngste og de som ikke trives...

Bruk av egenmelding er vesentlig

mer vanlig blant de yngre arbeidstakere enn blant de eldre. Sammenhengen mellom alder og antall EM/år vises i figur 1. Vi har sett på en del trivselsfaktorer såsom:

- interessant arbeid ?
- variasjon i arbeid ?
- kan du selv bestemme arbeidstempo ?
- oppleves arbeidstempoet plagsomt hardt ?

Det er en klar assosiasjon mellom disse trivselsfaktorene og egenmeldingsfraværet. Figur 2 illustrerer sammenheng mellom hvor interessant den enkelte opplever sitt arbeid og antall EM/år. De øvrige trivselsfaktorer er på lignende måte koblet til bruken av egenmelding.

Røykevanene

171 (50 %) oppgav at de var dagligrøykere, 26 (8 %) røykte av og til, mens 138 (40 %) var ikke-røykere. (2 % ubesvart). Disse tallene oppfordrer i seg selv til forebyggende innsats, men røykevanene syntes i tillegg å være assosiert til bruk av egenmelding. Dagligrøykere hadde ca. 30 % høyere forbruk av egenmeldinger pr. år enn ikke-røykere. (2.3 mot 1.8 EM/ansatt/år). Denne tendensen var, i noe varierende grad, til stede i alle aldersgrupper.

Røykere oppgav imidlertid ikke en større relativ andel av infeksjoner og pustebesvær enn ikke-røykere.

Egenmeldinger og sykemeldingsfravær

Av 342 hadde 316 besvart spørsmålet om antall sykmeldinger av lege det siste året. 169 (52,8 %) hadde vært sykmeldt en eller flere ganger. Sammenhengen mellom antall sykmeldinger/år og antall EM/år vises i figur 3. Tilsvarende vises sammenhengen mellom sykmeldingstid og antall EM/år i tabell 3.

Moralen ?

Vi kunne ha sett på de oppgitte årsakene til bruk av egenmeldinger i bedriften og vært fornøyd. Infeksjoner, symptomer fra bevegelsesapparatet og mageplager forklarer jo 2/3 av fraværet. Men er dette hele sannheten? Selvfølgelig ikke. Hvorfor er det de yngste som bruker egenmeldinger mest? Hvorfor denne regelmessige assosiasjon mellom trivselsfaktorer og fravær?

Selvsagt er det mulig at yngre arbeidstakere settes til arbeidsoppgaver som er mer belastende og derfor sykdomsskapende. Det kan videre tenkes at avtagende bruk av egenmelding med alderen er en følge av den seleksjon av friske som finner sted med årene. De som har mest helseplager faller etter hvert fra og havner kanskje i annet arbeid eller i uførhet. Men det er heller ikke usannsynlig at vi her er vitne til virkningen av en klart ulik terskel for fravær mellom aldersgruppene. Stiller yngre arbeidstakere større krav til innholdet i sin arbeidssituasjon enn sine eldre kolleger? Svekket derved nærverfsfaktorene - det som gjør at joggen er noe å se fram til og et sosialt gode ? Er det dette

samme fenomen som illustreres i sammenheng mellom trivselsfaktorer og egenmeldingsfravær? Er det dette som kalles arbeidsmoral? Sykefravær er mer enn fravær p.g.a. sykdom. Skal vi analysere og forsøke å påvirke fraværsmønsteret, må vi ta hensyn til dette. Da vil vi raskt oppdage at fraværproblemet er størst i de arbeidsmiljø som domineres av mistrivsel og innefrosne spenninger i hierkiet. Er det arbeidsgivermoral å påvirke nettopp disse misforhold? Her tror jeg bedriftshelsetjenesten må spille på lag med de som utformer arbeidsmiljøets psykososiale trekk og ikke bare grave langt ned i egen lomme etter somatiske forklaringer.

Ant. EM/år	Ant. ansatte
0	75 (22 %)
1	68 (20 %)
2	64 (19 %)
3	40 (12 %)
4	30 (9 %)
5	20 (6 %)
6	18 (5 %)
UBESVART	27 (8 %)
TOTALT	342 (101 %)

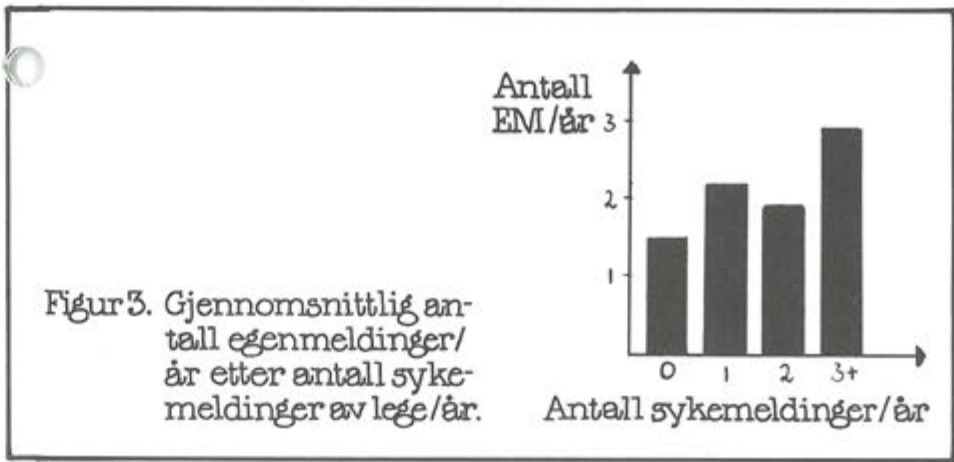
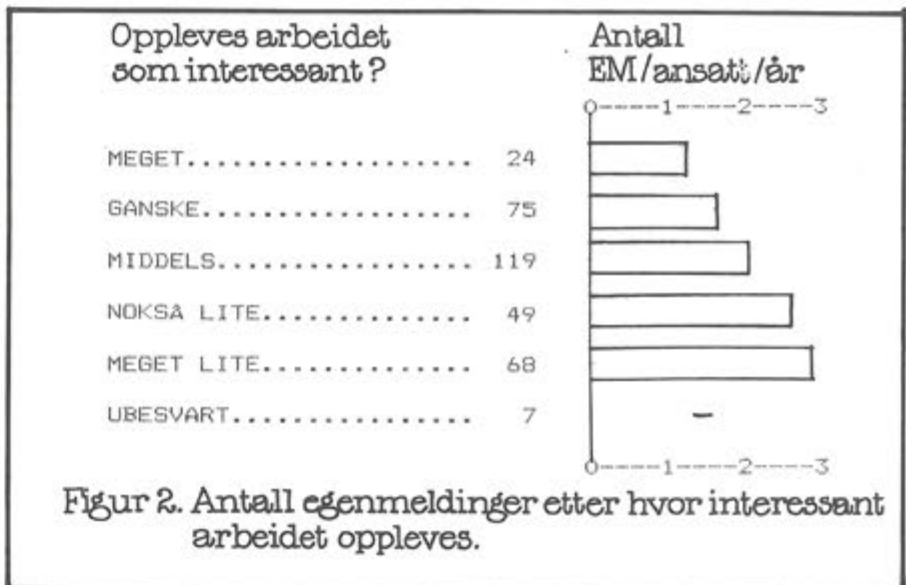
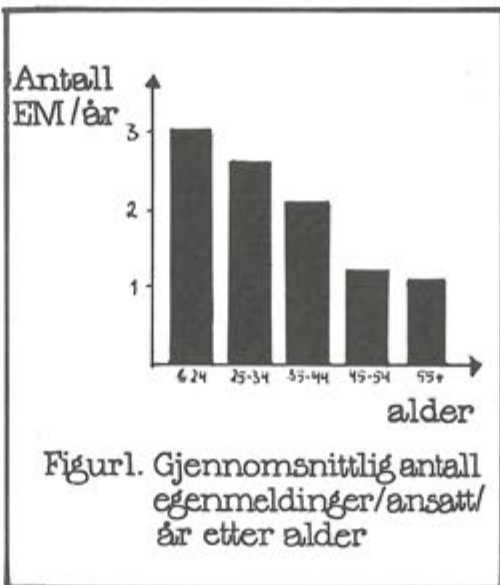
Tabell 1. Antall egenmeldinger /ansatt/år.

Oppgitt årsak	Antall EM	% av total
Infeksjon	227	39
Smerte og/eller stivhet i bev.app.	110	19
Mageplager	60	10
Hodepine	50	9
Generell slapphet	18	7
Pass av barn	25	4
Menstruasjonsplager	18	3
Psykiske problemer	15	3
Div. underlivsplager	10	2
Pustebesvær	9	2
Alle andre	18	3
TOTAL	580	101

Tabell 2. Oppgitte årsaker til bruk av egenmelding.

Tid sykemeldt av lege/år	Antall EM /år
< 1 uke	1,5
1-2 uker	2,8
2-4 uker	2,5
1-2 måneder	2,6
> 2 måneder	2,4

Tabell 3. Gjennomsnittlig antall egenmeldinger etter sykemeldingstid av lege.



Hvordan kan det ha seg at legermeter alltid diskuterer diagnostikk og behandling, - aldri holdninger og kommunikasjon i pasientarbeidet?

Om holdninger til helsekontroller i bedriftshelsetjenesten:

De friske roper høyest!

Øystein Krüger

■ Hammerfest Felles Bedriftshelsetjeneste (HFB) ble etablert høsten 1983. Etter et langt og vanskelig svangerskap, der det spente forholdet mellom den lokale primærhelsetjeneste og sentrale representanter for LO og Arbeidstilsyn var viktigste komplikasjon. Stridens eple var selvsagt fortolkninger av Arbeidsmiljølovens paragrafer som

omhandler bedriftshelsetjeneste. Arbeidstilsynet har som kjent forlangt at alt personell i bedriftshelsetjenesten må være ansatt av bedriften(e) selv, og ikke leies inn i ordningen. De lokale bedrifter ønsket imidlertid et nært legesamarbeid med primærhelsetjenesten - et syn både arbeidsgivere og arbeidstakere delte. Det viktigste måtte være å få etablert en bedriftshelsetjeneste med et forsvarlig faglig innhold. Men Arbeidstilsynet signaliserte at

en ordning basert på legesamarbeid med primærhelsetjenesten aldri ville bli godkjent. For oss davarende distriktsleger i Hammerfest fortonte det seg nokså paradoksalt at vi på den ene siden gjennom arbeidsplanen i fastlønnsordningen var pålagt å ta del i bedriftshelsetjeneste og på den andre skulle dette ikke kunne foregå i godkjente former. Som kjent endte denne konflikten helt opp på statsrådsplan og med egne retningslinjer som åpnet for

integrering av bedriftshelse-tjenesteordninger i kommune-helsetjenesten i visse situa-sjoner - i tråd med Lov om helse-tjeneste i kommunene.

Takket være full oppslutning fra de lokale medlemsbedrifter for-stummet striden om organisasjons-form og legtilknytning raskt lokalt. De sentrale represen-tanter trakk seg tilbake og HFB ble etablert.

HFB drives nå i egne lokaler, har egen ansatt bedriftssykepleier og kontorassistent og utlyst stilling til fysioterapeut. På legesiden er samarbeid med kommunehelsetjenesten vedtaks-festet, slik at hver av de 7 faste kommunelegene har ansvar for sin gruppe bedrifter. Denne samarbeidsmodellen har gjort det mulig å dra i gang en såpass ambisiøs fellesordning i Ukant-Norge. Pr. i dag omfatter HFB ca. 1800 arbeidstakere fra 46 bedrifter i Hammerfest og Sørøy-sund kommuner.

Foruten samarbeid med HFB leverer kommunehelsetjenesten i Ham-merfest 1/2 legeårsværk til bedriftshelsetjenesten på Nestlé Findus etter en samarbeidsordning som har fungert fast siden -81.

Ønsket om helsekontroller

Da det praktiske arbeidet i H F B kom i gang, gikk mye tid og krefter med til å informere arbeidsgivere om at bedriftshelsetjeneste er ment å være noe annet enn personallegetjeneste og helsekontroller. Den under-søkelsen som her skal presen-teres, illustrerer litt av de forventninger som ansatte i en bedrift har til bedriftshelse-tjeneste og helsekontroller. Undersøkelsen kom i stand på initiativ fra personalledelsen ved Televerket, Hammerfest distrikt, og ble gjennomført i bedriften før de ansatte hadde fått noen informasjon fra HFB's side om bedriftshelsetjeneste generelt og arbeidsformer i den lokale fellesordning spesielt. Et spørreskjema ble utarbeidet av bedriftslegen og administrert via personalkontoret i bedriften.

I alt 141 (80 %) av alle ansatte besvarte spørreskjemaet. 74 menn og 67 kvinner. Av disse arbeidet 28 i ekspedisjon-/skranke. 56 hadde annet kontorarbeid. 22 var montører og 11 hadde annet teknisk arbeid. 9 arbeidet med renhold eller i messe og 15 hadde annet arbeid i bedriften. 23 oppgav at de hadde kroniske syk-dommer eller helseplager, mens 114 ikke hadde slike kroniske plager. 4 ubesvarte.

15 oppgav at de hadde helseplager som de mente kunne være for-årsaket av uheldige forhold på arbeidsplassen. 105 mente at de ikke hadde helseplager som skyldtes jobben. 19 var ikke sikre på om de hadde jobb-fremkalte plager eller ikke.

Tabellen nedenfor viser hvor hyppig de ansatte ønsket å bli innkalt til helsekontroll etter om de hadde kroniske helseplager eller ikke.

Det fremgår at blant annet de som ønsket helsekontroll hvert halv-år, hadde 3 kroniske helseplager, mens 15 var "friske".

Blant 18 som ønsket å gå til kontroll hvert halvår, oppgav 1 at han/hun hadde helseplager som kunne være jobbfremkalt, 14 mente at de ikke hadde slike plager, 2 var usikre på dette og 1 besvarte ikke spørsmålet.

I den samme gruppen som ønsket halvårlige kontroller var 10/18 40 år eller yngre.

I alt 26 ansatte ønsket å bli kalt inn til helsekontroll straks ordningen kom i gang (innen 2 mndr.). Blant disse hadde bare 5 kroniske helseplager, og bare 4 hadde helseplager som de mente var jobbfremkalt.

88 (62%) var enig i at det var riktig å prioritere enkelte

grupper av ansatte (f.eks. eldre) ved gjennomføringen av helse-kontrollene. 31 (22 %) mente at det ikke var riktig å foreta en slik prioritering. 22 (16 %) hadde ikke gjort seg opp noen mening. Blant de mannlige an-satte var 16 % negativt innstilt og blant kvinnene var 28 % nega-tivt innstilt.

De som roper høyest

Blant dem som ønsker å komme raskest og hyppigst til helse-kontroll er det flest unge, friske arbeidstakere som ikke opplever at arbeidsmiljøet truer helsen.

Det er kanskje ikke uventet at de med kroniske helseplager utgjør mindretallet i denne gruppen. Sannsynlig har disse allerede et rimelig tilbud om legekontakt.

Men konklusjonen blir at de friske roper høyest. Kravet om helsekontroller blir først og fremst slått opp av de som ikke har plager.

Dette faktum har dessverre lett for å provosere oss og forsterke vår negative holdning til helse-kontrollene. Gjerne i den grad at vi blokkerer for den verdi-fulle mulighet både til å få direkte informasjon fra arbeids-miljøet og til å gi målrettet informasjon tilbake.

HYPPIGHET AV H.K.T.R. KRONISKE HELSEPLAGER

	JA	NEI	TOTALT
Hvert 1/2 år	3	15	18
Hvert år	20	80	104
Hvert annet år	0	15	15
Hvert tredje år	0	3	3
Sjeldnere	0	1	1
TOTALT	23	116	141

Uvær

om sjøen tar
kver morken kai
og vindhugg
økser nedfalls-skog

Det blåste uvær
- huiii! -
men den gamle fisker
lo og sa:
- Jeg liker dette været
det er bra

og kaver båt
tilhavs
så får dem lære
solidaritet
og mot!

Kjell Sandvik

Tyfusepidemien i Mehamn 1915 - 1916



□ Leif Brunvand □

Vi har sakset utsnitt fra medisinalrapportene fra 1915 og 1916 for Gamvik kommune. Disse omtaler en tyfoideberedepidemi i Mehamn og viser hvor truende og dramatisk en slik epidemi kunne være for lokalsamfunnet. Den forteller også om den makt distriktslegen hadde i slike saker, gjennom sunnhetsloven, og i helserådet. Vi får også et lite glimt av hvordan en alvorlig epidemi ble taklet etter datidens medisinske erfaring.

1915

Amtslægen i Finnmarkens amt omtaler i sin hovedberetning for amtet, at anlag av en vei i fiskeværet Mehavn, Gamvik distrikt, var bestemt at skulle finner sted om sommeren og høsten 1915, men saa indtraf tyfoideberedepidemien, arbeidet blev derfor indstillet og arbeiderne istedet sendt til Kjøllefjord, hvor det veianlag blev fuldført om høsten. Anlag av et vandverk med hydranter og tappekraner rundt om i Mehavn har længe staaet paa programmet, og vil vistnok nu skyte mere fart efter tyfoideberedepidemien; denne sygdom vil antagelig ikke gi sig, før vei og vandverk er bragt istand. Veigrøfterne vil bidra til drainering av hele fiskeværet, saa urent tilsig til brønderne vil bli hindret.

1916

Tyfoidebereren i Mehavn begyndte

vaaren 1915, overført hertil antagelig ved nogen leveropkjøpere fra Lofoten. Sygdommen ulmet hele tiden med et roligere tidsrum før og efter nytaar 1916. Utover vaaren 1916 tok den sig mere op, og tilstanden med flere nye tilfælde blev verre utover sommeren. Ved min ankomst til Mehavn laa der i bedehuset, som var indrettet til lasaret, 7 patienter. I august inlagdes 3, en voksen mand og 2 gutter, og i september en gutt - det sidste forekommende tilfælde. Av patienterne var det især en voksen mand og en kvinde, som var meget syke; den sidste døde, de andre kom sig. Sygdommens udbredning og haardnakkede vedvaren skyldtes forskjellige omstændigheter og særlig de uheldige drikkevandsforhold. Befolkningen tok sit drikkevand dels fra nogen brønder og dels fra vandhul og vandsig, beliggende inimellom bebyggelsen saaledes, at infektion og forurensing fra de smittefarlige hus var uundgaaelig. Klæsvask og klæs-

skylling ved disse vandtak var ogsaa almindelig. En annan uheldig omstændighet var den store urenlighet i husene rundt i varet, og befolkningens likegladhet og motvilje mot at etterkomme de paabudte forholdsregler. Fatalt var det ogsaa, at det tidligere var forkommet flere tilfælde av nervefeber, uten at disse var blit diagnostisert og isolert, og endelig var desinfektionerne utført paa mangelfuld maate. For at kunne iverksætte de nødvendige forholdsregler, blev jeg beskikket til formand i helserådet og sammenkaldte dette straks. Der valgtes tre opsynsmænd for stedet til at ivareta de hygienske forhold og være mig behjelpelig med at paa se, at de givne paabud blev holdt. Likeledes fik jeg enstemmig bemyndigelse til at stenge brønder og vandtak, som jeg fandt smittefarlige, og trods motstand fra enkelte medlemmer blev jeg bemyndiget til at forbyde kjøp og salg av melk fra fjøs, som jeg fant kunne være inficert.

Der blev foretatt grundig rengjøring og desinfektion overalt, hvor jeg fandt dette paakrevet, og med nøiaktighet passet paa at de givne paabud blev overholdt.

Nogen vrangvillige indbyggere blev anmeldt til politiet for overtrædelser og undlatelse av at foreta den paabudte rengjøring. Samtidig har stedet hele tiden været iagttat med hensyn til mistænkelig sygdomstilfælde.

De saaledes iverksatte forholdsregler og bestæbelse til bekjempelse av epidemien gav det forønskede resultat. Siden 2den september 1916 har der ikke forekommet nye tilfælde, hverken i Mehavn eller nogen annet sted i distriktet, og tyfoideberedepidemien maa fra den tid ansees som stanset her. Jeg fandt det dog klokest at beholde bedehuset som lasaret indtil videre, om der dog mot formodning skulle dukke op nogen nyt tilfælde av sygdommen. Det vil imidlertid nu bli endelig desinficert og tilbakelevert.

Til vaarfisket 1917 fandt jeg det ikke paakrevet at holde kafeerne lukket og opretholde forbudet mot avholdelse av offentlige møter. Disse forbud blev derfor i helserådsmøte havet paa betingelse av, at den nøiagtigste renlighet blev iagttat, og jeg fik som formand bemyndigelse til uten videre at lukke og forbyde møter, hvis det forekom misligheter i saa henseende.

Norsk Selskap for Almenmedis

Hilsen fra det engelske "College":

Bokgave til selskapet



Dr. R.J. Bennison

I forbindelse med årsmøtet i den europeiske foreningen for medisinsk utdannelse (AMEE) på Soria Moria i september, hadde det engelske Royal College of General Practitioners en utstilling av sine egne publikasjoner og bøker utgitt fra 1978 til 1984. Ansvarlig for utstillingen var almenpraktikeren John Bennison, som fra 1982 har vært viseformann i det engelske "College".

Etter møtet i Oslo var John Bennison invitert til å besøke almenpraktikermiljøer her i Norge sammen med sin ektefelle Kate som også er almenpraktiker. De ble blant annet meget hyggelig motatt hjemme hos APLF-formannen Arne Ivar Østensen (og Guri) her i Trondheim (hummer og hvitvin, må vite).

Under oppholdet i Trondheim fikk

Bøker fra Royal College of General Practitioners som finnes tilgjengelig ved Medisinsk bibliotek i Trondheim

OCCASIONAL PAPERS

UTGIVELSEÅR

No.

4	A System of Training for General Practice (2nd Ed 1979)	
6	Some Aims for Training for General Practice	1978
7	Doctors on the Move	1979
8	Patients and their Doctors 1977	1979
9	General Practitioners and Postgraduate Education in the Northern Region	1979
10	Selected Papers from the Eighth World Conference on Family Medicine	1980
11	Section 63 Activities	1980
12	Hypertension in Primary Care	1980
13	Computers in Primary Care	1980
14	Education for Co-operation in Health and Social Work	1980
15	The Measurement of the Quality of General Practitioner Care	1981
16	A Survey of Primary Care in London	1981
17	Patient Participation in General Practice	1981
18	Fourth National Trainee Conference	1981
19	Inner Cities	1982
20	Medical Audit in General Practice	1982
21	The Influence of Trainers on Trainees in General Practice	1982
22	Promoting Prevention	1983
23	General Practitioner Hospitals	1983
24	Prescribing - A Suitable Case for Treatment	1984
25	Social Class and Health Status: Inequality or Difference	1984
26	Classification of Diseases, Problems and Procedures	1984

BOOKS

*	Epidemiology and Research in General Practice	1982
	A History of the Royal College of General Practitioners - The First 25 Years (Members £10.00)	1983
*	Present State and Future Needs in General Practice	1983
	Future General Practitioner - Reprint (Members £9.50)	1983
	Doctors Talking to Patients - Reprint of HMSO 1976	1984

REPORTS FROM GENERAL PRACTICE

No.

18	Health and Prevention in Primary Care	1981
19	Prevention of Arterial Disease in General Practice	1981
20	Prevention of Psychiatric Disorders in General Practice	1981
21	Family Planning - an Exercise in Preventive Medicine	1981
22	Healthier Children - Thinking Prevention - Reprint	1984

Notes for Lecturers

1984

undertegnede, på vegne av Norske selskap for almenmedisin, overrakt den medbragte boksamlingen, "as a start for your library". Om det norske selskapet kommer til å opprette noe eget bibliotek er enda høyst usikkert. Men den boksamlingen vi nå har fått, inneholder i alle fall stoff som ganske sikkert vil være av interesse for norske kolleger. Disse publikasjonene har det hittil ikke vært lett å skaffe fra våre medisinske biblioteker. Mange av dem vedrører videre- og etterutdannelsen av almenpraktiserende leger, men også andre sentrale almenmedisinske emner er behandlet.

I samråd med styret i Norsk selskap for almenmedisin har vi besluttet å la denne samlingen av publikasjoner bli tilgjengelig for vanlig utlån fra Medisinsk bibliotek ved Regionssykehuset i Trondheim. Hovedbibliotekar Ragnhild Lande vil sørge for at samlingen blir ført i bibliotekets kataloger, selv om den formelt eies av Norsk selskap for almenmedisin.

Biblioteket har slik adresse:

Medisinsk bibliotek,
Regionssykehuset i Trondheim
Parkbygget

7000 Trondheim.

Tlf. 07-598496

Bøkene kan også kjøpes og da fra:

The Royal College of General Practitioners

Publications Sales Office
8 Queen Street

Edinburgh EH2 1JE

PRODROMI:

Kommende årsmøte i NSAM

Selskapets årsmøte vil å år finne sted i Tromsø 25. og 26. oktober. Som vanlig vil det bli kombinert med et faglig kurs. Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø har tatt på seg ansvaret for arrangementet.

Nærmere detaljer vil følge senere.



Perspektiv

□ Kåre H. Torp □

Kåre H. T. sendte oss følgende biografiske opplysninger: "Om jeg skal kort presenteres i en liten ingress, så var jeg altså alene barnelege i Nord-Norge endel år (idag hvor mange - 30? 40?) og altså befolkningens eneste tilbud. Men vennligst ingen svada." Vi føyer til at han i tida før pensjonsalder var overlege ved barneavdelinga i Tromsø. Han tegner en del for Utposten og ligger i skrivende stund i intens trening foran Birkebeinerløpet.



■ Hurtigruta stampet, i stiv kuling fra Barents. Hu lå dyktig over på styrbord.

Ut på morran smøg hu seg rundt et nes. Det ble brått stille, båten rettet seg 15 grader opp og det ble rimelig å ligge i koia. Men nu var man ved kai, og barnelagen måtte stille til ny kontordag. På et lite innsjøtt på Østhavet.

Ned en isete landgang, Finnmarkkartoteket i ryggsekken. På sykestua lang liste, skrivemaskinen hakkert epikriser utover formiddagen.

Nr. 22 var en taus og bortvendt åtteåring, med sin bestemor, som fortalte at:

Sist sommer hadde det møtt opp en fra kommunen og varslet om at det var kommet tilbud fra Beitostølen om "kurs" for funksjonshemmede barn, i 2-3 uker, i september. Og nu skulde da hennes datter-sønn, på åtte sterkt forsinkede og usikre år, få sjansen. Bestemoren hadde hatt gutten fra han var to, men siste året hadde vært lettere, etterat han ifjor ble renslig, og turde ligge i sin egen seng om natten.

Hun nølte med tanken om å sende ham fra seg, men etatsrådgiveren antydte det ansvar som lå i å avslå et slikt tilbud til guttens beste. "Kanskje er han en helt annen når han kommer igjen".

I slutten av september kom gutten tilbake fra kurs.

Og ganske riktig: han var som omsnudd, bestemoren kjente ham ikke igjen. Han hadde mareritt om natten, og forlangte å sove med bestemoren. Om dagen holdt han seg engstelig tett inntil henne, og han nektet å gå ut. Og han var igjen blitt total urenselig med avføring og urin.

Det stod "møtløs" over den vesle gutteryggen, og i bestemorens ansikt.

Hva hadde hendt ?

På Beito hadde han en natt stått opp og vandret i korridorer, og blant annet skudd på de brytere han passerte. En av bryterne var kokeplatens. På den stod en kasserolle. Og tiden gikk. Da innholdet var kokt inn, og der-

etter stekt, kom det en masse røk. Og mere røk, og røklukt. Ti minutter senere var det alarm, brann! ! Redsel, skrik, alle løp, - inntil noen fikk lokalisert røkbomben.

Midt i det hele sto en åtteåring

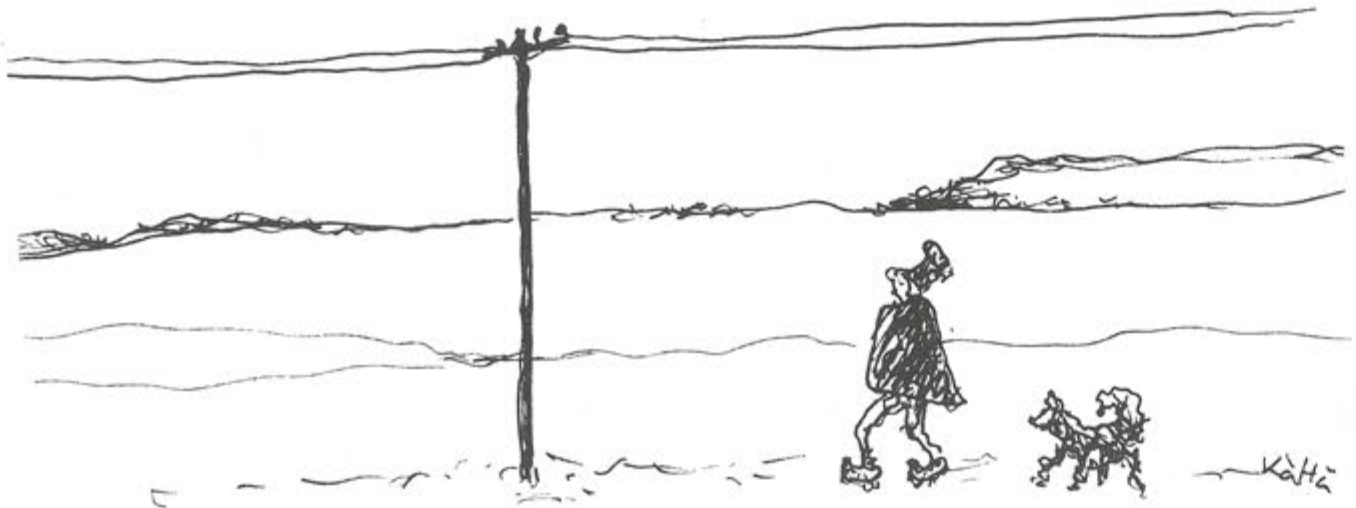
fra Finnmark og hadde mistet alt det bestemoren hadde bygget opp.

Det gikk ingen rikstelefon til Beitostølen, intet anskrik skjedde, intet avisoppslag.

Det ble bare til at jeg dro ut

den vanlige skuffen med psykologiske og praktiske råd, før "versågod neste" på listen.

Til gjengjeld står denne gutten og hans bestemor, blant mange andre og gnager i erindringen



Legemiddelutprøving: Hvem skal betale?

Hans von Krogh
ass. overlege Oslo helseråd

Når den internasjonale legemiddelindustri vil ha utført klinisk utprøving av legemidler, er det etterhvert blitt alminnelig at også primærlegene er blitt trukket inn i dette arbeidet. Undertegnede har ved flere anledninger gått igjennom protokoller for mer eller mindre gjennomtenkte prosjekter. Det kan være meget å si om disse protokoller, men det får være en annen skål. Imidlertid vil jeg gi en oppfordring til kolleger: Når du blir presentert en protokoll med spørsmål om å delta i en klinisk utprøving av medikament, enten det er uregistrert eller et registrert preparat med nytt

indikasjonsområde, undersøk om protokollen er godkjent av almenmedisinsk forskningsutvalg.

Jeg har inntrykk av at flere firmaer finner det i sin orden at en ikke ubetydelig del av kostnadene ved klinisk utprøving blir skjøvet over på tredjepart, - nemlig kommune/fylkeskommune eller trygdekantor/RTV og i verste fall: pasientene direkte. Forholdet vil ofte være at pasientene som deltar i klinisk utprøving blir bedt om (pålegges) å møte til kontroller oftere enn vanlig når det brukes kjente medikamenter. Pasientene betaler en relativt stor egenandel ved hver konsultasjon. Diverse laboratorieprøver, rtg. undersøkelser, EKG etc blir krevet utført i henhold til protokollen. Disse kostnader, både de som angår pasienter direkte og de som i første omgang skyves over på tredjepart, burde etter min mening betales av legemiddel-

industrien direkte. Kostnaden er en del av utviklingen av legemidler og hører hjemme i firmaets budsjett, og ikke som pasienters eller det offentliges utgifter.

Jeg har tatt dette spørsmål opp ved noen anledninger med berørte firmaer. Et større internasjonalt legemidelfirma som for tiden har gående en fase III dobbelblind utprøving av et nytt antihypertensivum aksepterte uten videre at firmaet skulle stå for alle utgifter i forbindelse med utprøvingen. Et annet firma meddelte at det da ikke (likevel) ville gjøre en klinisk utprøving av sitt nye blodtrykksmiddel i Oslo. Dett firmaet ville forøvrig heller ikke forelegge almenmedisinsk forsøksutvalg forsøksprotokollen, angivelig på grunn av tidsnød.

Det ville være nyttig å vite hva andre interesserte primærleger mener om spørsmålet.

Utposten venter på flere bekjennelser til tabbespalten. Den som følger her, er tatt inn under tvil: det er ingen fullbyrdet tabbe, men potensielt er den like instruktiv for det. Vi venter fortsatt på mer av blod, urin og eventuelle andre kroppsvæsker fra leserne.

En nesten-ulykke

Anonyma Fimosa

Akuttvakt en vinterdag. Et øye på pasienten, et på klokka, og jevn dur i ørene av hoste, nys og ørebarn-vræl. Av og til en tanke opp fra den medisinske underbevissthet.

Første tanke: "Levert urin, altså cystitt".

Annen tanke: "Ung herre på 13 år, stemmer dette?"

Anamnesen ga følgende: Tiltagende pollakisuri siste par uker, økende diffuse magesmerter, generelt uvel. Urin: Noen spredte hvite. ABS -. Ikke sukker, så var da den sorgen slukket. Legen føler seg flink og beordrer herren opp på benken. Han holder et godt tak i underbuksen, men lar seg palpere på abdomen. Jamrer over ømhet i venstre hypokondrium,

-er det litt tykt her? Sitt opp nei, ingen bankeømheter, - "Kle på deg".

Tredje tanke opp fra under-

bevisstheten: "Jeg tenkte på noe isted, hva var det nå da - å jo, genitalia er jo også en urinvei. Nå har han tatt buksene på. Får spørre iallfall."

Jaså. Mor og sønn diskuterte lenge når det hendte - enighet om "lenge siden": En eller annen form for skade hadde medført blødning fra penis.

Sukk fra legen, "trekk ned igjen". Normalt utseende genitalia. "Vær nå grundig da" sier det fra underbevisstheten. Forhuden trekkes tilbake. Det åpenbarer seg en nesten total fimose, noe arret hud med en knappenålstor åpning. Nå forteller den unge herre at "det blir liksom en ballong der når jeg skal tisse", - han skjønner ikke helt hva jeg mener når jeg spør om "dårlig kraft på strålen", men antyder at "den er tynn". Innleggelse i kirurgisk avdeling.

Doktoren lider i et par dager av lette skjelve- og hetebølger, men finner ikke grunn til å foreta noen nærmere undersøkelse av det....

forsøket har nylig vært publisert (1).

Testen omfattet spørsmål fra følgende 11 felter:

1. Hypotesedannelse.
2. Selektivt anamneseopptak.
3. Selektiv somatisk undersøkelse.
4. Selective videreundersøkelser.
5. Definisjoner.
6. Psykososiale faktorer.
7. Oppfølging ("follow-up care")
8. Forebyggende arbeide.
9. Klinisk medisin.
10. Kritisk lesning.
11. Observasjon.

Av de forskjellige funn som er beskrevet, har følgende adskillig nyhetsverdi:

1. For hver enkelt av kandidatene er det forbløffende liten korrelasjon mellom prestasjonene i hver av disse ferdighetene og kunnskapsområdene. Det kan se ut til at hvert av områdene som er nevnt ovenfor representerer faglig sett frittstående aspekter av almenmedisinen.

2. Prestasjonene ved testen var stort sett uavhengig av hvor langt kandidatene var kommet i sin videreutdanning.

3. Testen er slik utformet og såpass omfattende at det er mulig å forebygge svært effektivt at noen skulle stryke pga. tilfeldigheter, altfor tvetydige spørsmål o.a..

Forsøket går videre og vil i neste omgang vise om disse kandidatene nå vil kunne forbedre sine svake felter fram til opptaksprøven til RCGP. Innledningsvis ble dette betegnet som et nåleøye. Norske kolleger som føler et stikk av nysgjerrighet etter å prøve seg, kan kjøpe en "Self-assessment" av C F Corke (2). Dersom en blir motløs etter å bladd i denne boka, kan det kanskje være en ide å presentere 6-8 av oppgavene for et forum av kolleger. Felles skjebne er felles trøst!

1. Stanley & al.: A method of assessment during vocational training: a pilot study. J Royal Coll Gen Pract 1985, 35, 9-14.

2. Corke C F: Self-assessment for MRCP. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1981.



FRA TIDSSKRIFTVERDEN

Kunnskapsprøve i almenmedisin

Ola Lilleholt

The Royal College of General Practitioners (RCGP) er den engelske almenpraktikerforeninga. For å bli medlem her må en både kunne dokumentere praksiserfaring og strukturert etterutdanning. Det siste nåløyet før medlemsskap er en eksamen som omfatter hele det almenmedisinske fagområdet. Av dem som starter etterutdanning i almenmedisin er det ca. halvparten som tilslutt går opp til denne eksamen, og av disse stryker ca. 30% ved første forsøk. Dette kan representere et

alvorlig traume for kandidatens sjelfølelse og medfører en betydelig ekstra byrde for RCGP i form av gjentatte eksamener og klager fra kandidatene.

RCGP har i den anledning satt i verk et forsøk med en kunnskapsprøve som et utvalg leger har avlagt omtrent midtveis i sin almenmedisinske utdanning. Etter denne foreløbige prøvene kunne hver kandidat få opplysninger om sine ferdigheter og dermed arbeide målbevisst med sine svake felter fram til den endelige opptagelsesprøven. Resultatene fra pilotundersøkelsen til dette



FRA TIDSSKRIFTVERDEN

ALKOHOL

Jørgen Jørgensen
Legehuset, Hokksund

I British Medical Journal vol.289 for 15. desember 1984 finner vi en interessant artikkel under tittelen: "What are safe levels of alcohol consumption?" Artikkelen er skrevet av Peter Anderson og medarbeidere.

Dette er et interessant spørsmål for alle oss som setter pris på (på mange vis) på alkohol, men også er bekymret over mulige skadevirkninger på egen kropp eller på vårt arbeide eller sosiale nettverk. Spørsmålet blir også aktualisert i forbindelse med den store undersøkelsen som forestår av alkoholvanene til landets leger. Vi vet at moderate mengder alkohol virker "Beskyttende" mot atherosclerose i arteriene, men vi er usikre på når forbruket blir så stort at det blir skadelig.

Artikkelen slår fast at selv om de fleste medisinske "eksperter" er enige om at en viss mengde alkohol ikke skader kroppen, vil det være stor uenighet om øvre sikre grenser for konsumet. En arbeidsgruppe fra Royal College of Psychiatrists anbefalte at man holdt seg under et ukentlig konsum på 56 enheter alkohol. En alkoholenhet utgjør ca. 1 glass (i motsetning til halvliter) øl, 2 cl brennevin eller 1 glass matvin eller sherry. Gruppen prøvde ikke å skille mellom menns

eller kvinners forbruk.

Dette står i kontrast til en uttalelse fra Health Educating Council i 1983 som anbefalte øvre grenser på 21 for menn og 14 enheter for kvinner pr. uke. Artikkelforfatterne har gjort en spørreundersøkelse blandt 70 alkoholforskere i UK. Man fikk svar fra 56 og av dem var 46 villige til å gi en øvre grense for menn og 45 for kvinner. Som man ser var det stor variasjon i svarene:

Antall enheter alkohol per uke

	0-6	7-13	14-20	21-27	28-34	35-41	42-48	49-55	56-62
menn		7	10	3	10	3	4	4	5
kvinne	3	13	13	4	7	3	1	1	

Artikkelforfatterne diskuterer så hvorfor svarene har så stor spredning, og finner at en viktig årsak er mangelen på data fra årelange prospektive undersøkelser.

Og nå kommer jeg til konklusjonen på mitt lille referat: Den kartlegging av norske legers alkoholvaner som nå startes, kunne være begynnelsen på en lang undersøkelse over alkoholens effekt på

sykelighet og mortalitet. I utgangspunktet har man et glimrende materiale som fordeler seg naturlig i et kontrollmateriale (avholdsmennesker) og de andre som vil ha alle grader av alkoholkonsum. Selv om oppgaver over alkoholkonsum notorisk er upålitelige, kunne man kanskje regne med at legene, som er trent i korrekt observasjon, gir riktig opplysninger om sitt konsum?

BOK OG TIDSSKRIFTANMELDELSER

Bok om å **vile** bli frisk

Norman Cousins: Seier over sykdommen. Cappelen. 1981.

Boken er skrevet av en middelaldrende amerikaner og tar sitt utgangspunkt i hans egen sykehistorie. Han fikk en akutt, invalidiserende reumatisk sykdom med høy senkning og uttalte ledd/muskelaffectsjoner. Tradisjonell medisin hjalp ikke.

I samarbeid med sin private lege skrev han seg ut av sykehuset, startet sin egen behandling, og på den ble han bra! Behandlingen besto av store doser C-vitamin, masse positive følelser og miljøskifte. Sykehistorien vil være kjent fra før fordi han fikk den publisert i New England Medical Journal.

Jørgen Jørgensen

Det er selvsagt umulig å slutte noe om årsak og virkning ut fra en enkelt sykehistorie, og spesielt når denne omhandler noe så lunefullt som en reumatisk sykdom. Som medisinerer er vi varsomme med å dedusere fra A til B.

Og likevel, trass i denne amerikanske Det-Beste-innledningen er boken verd å lese for leger. Forfatteren dokumenterer en omfattende lesning, og han har mange tankevekkende refleksjoner. Vi blir minnet om at vi må ta pasientene på alvor om vi skal kunne mobilisere alle deres iboende krefter.

Han skriver et langt kapittel om placebo, og det er et emne som kunne være verd en egen artikkel i Utposten. Særlig vi som driver almenmedisin bør være klar over

betydningen av riktig placebo-bruk. Da jeg gikk ut fra doktorskolen for 20 år siden, var placebo bare noe man lurte pasientene med. I de senere årene er man blitt klar over at det er et av våre viktigste hjelpemidler. Jeg lurer på om man lærer det i dagens undervisning?

Norman Cousins skriver om pasientenes egen evne til helberedelse, livsviljen, bio-feedback, betydningen av smertefølelsen, legers troverdighet: alle sammen viktige emner.

Vi blir minnet om at den tradisjonelle medisin ikke forvalter all kunnskap, og om at mange veier kan føre til Rom. Som leger skal vi holde på vår skepsis, men vi må likevel møte alle fenomener med et åpent sinn.

Professor Borchgrevink har skrevet et godt forord i boken, og jeg støtter hans anbefaling.

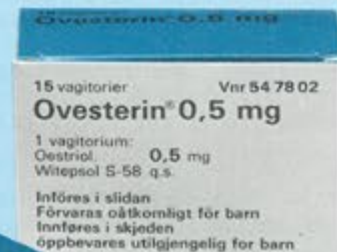


Førstehåndsvalg
ved behandling
av lokale
østrogenmangel-
symptomer?

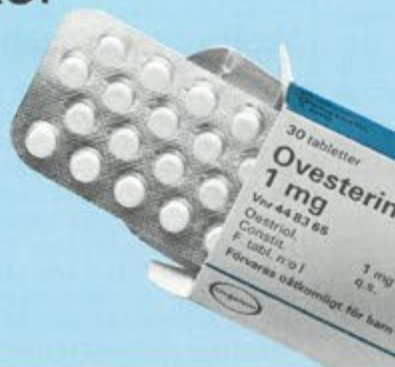
Ovesterin (østriol)

- det naturlige østrogen

Ny, effektiv og sikker
behandlingsform
ved vaginitt,
vulvitt, fluor
og pruritus.



15 vagitorier Vnr 54 78 02
Ovesterin® 0,5 mg
1 vagitorium: 0,5 mg
Oestriol
Witepsol S-58 q.s.
Inføres i slidan
Førvaras oåtkornigt for barn
Innføres i skjeden
oppbevares utilgjengelig for barn



30 tableter
**Ovesterin
1 mg**
Vnr 44 83 85
Oestriol
Constit.
F. tabl. n:o 1
Førvaras oåtkornigt for barn
1 mg
q.s.



15 g vaginalkrem med applikator Vnr 53 26 55
Ovesterin 0,1%
1 g Oestriol, 1 mg.
Eutanol G, cetaceum, glycerol, cetanol, alkohol, stearyl,
polyisorbat 60, sorbitan, monoester, acid lact.,
chlorhexidin, hydrochlorid, natr. hydrox., aq. purif.
Kun til bruk i skjeden
Bruksanvisning vedlagt
Oppbevares utilgjengelig for barn
Organon A/S Asker
Fremstilt av: N.V. Organon Oss Holland

Nyhet

Ovesterin vagitorier • tableter • vaginalkrem

For ytterligere informasjon, se felleskatalogtekst.



Postboks 325 - 1371 Asker
Telefon (02) 78 43 65.

REFERAT

fra kurs i kommunal helseadministrasjon trinn I - administrasjon

Kurset presenterte en konsentrert innføring i kommunal saksbehandling og administrasjon. Mest utbytte hadde nok de av deltagerne som har praktisert dette en tid. For deltakere som har vært ukjent med kommunal saksbehandling var nok informasjonsstrømmen for meget konsentrert og sammensatt. Likevel ga kurset en orientering som vil få en til å føle det lettere å kommunisere med samarbeidspartnere innen den kommunale administrasjon.

□ Egil Storås □
kommunelege I, 6490 Eide

■ Dette ukelange innføringskurset i helseadministrasjon har nå vært arrangert flere ganger årlig siden 1981. Det var arrangert av Den Norske Lægeforening i samarbeid med Norske Kommuners Sentralforbund, for første gang desentralisert til Molde i des. - 84. Kurset er det første trinn i en rekke på 4.

Kurset var særlig beregnet på leger med administrative oppgaver i kommunehelsetjenesten, men også andre var invitert til å delta. Kun leger hadde meldt seg på. De fleste fra Møre og Romsdal, men også helt fra Nord - Trøndelag i nord og Vest - Agder i sør.

Foreleserne var kommunalskolekandidater med lang erfaring innen kommunal administrasjon, foruten en jurist og en økonom.

Komunelov, forvaltningslov og offentlighetsloven

Dette utgjør det obligatoriske pensum for alle som har saksbehandlingsoppgaver i kommunal administrasjon. Det ble gjennomgått 1. dag av formannskapssekretær i Ålesund, Lars Johan Huse. Det var en meget grei oversikt over disse temaene med vekt på hvordan reglene i virkeligheten ble praktisert fra saksbehandlernes og politikernes side.

Saksbehandlerens ulike problem

Bjørgulf Nordabø, tidligere rådmann og nå avdelingssjef i kommunedata Øst - Norge fortalte nærmere om saksbehandlerens ulike problem. Dette utviklet seg overfor politikerne som kunne ha vanskeligheter med å ta en beslutning uten å be om flere utredninger for å vinne tid. Eller slik det utviklet seg overfor rådmenn som arbeid mer med å overprøve saksbehandleren enn å inspirere denne.

Fullført saksbehandling

Ved siden av EDB innen kommunalforvaltningen var Bjørgulf Nordberg meget engasjert i den nye arbeidsformen, fullført saksbehandling. Denne representerer LEON - prinsippet applisert på kommunal forvaltning. Sakene skal forberedes på lavt nivå i forvaltningen og føres helt frem til det endelige avgjørende organ av samme saksbehandler. Metoden virker interessant. Den synes f. eks. å kunne avlaste helsesjefen for praktiske utredende oppgaver til mere veiledende arbeid. Saksbehandleren vil dermed kunne oppleve arbeidet som mer engasjerende. Det blir uttrykkelig slått fast at ved uenighet skal etatsjefen overta saken og legge den frem med sin egen innstilling.

Jus i helsetjenesten

Amanuensis Ørnulf Rasmussen greide virtoust å fengsle forsamlingen med mer og mindre teoretisk jus i relasjon til helsetjenesten en hel dag. Han fremførte endog et ekstranummer i tillegg ut over planlagt tid for en

nesten fulltallig deltakergruppe om erstatningsrett. Dette var av interesse spesielt fordi spørsmål fra deltakerne avslørte at begrepene vedrørende klagerett i henhold til ulike lover og generell erstatningsrett kunne forveksles.

"Tom helsetjenestelov"

Rasmussen var tydelig inspirert av å kunne påpeke en rekke pussheter ved den nye kommunehelsesloven. "Lova er tom", sa han. "Den fikk innhold først etter at den ble vedtatt". Han fremholdt videre at den er "tom" inntil finanspolitiske beslutninger er fattet med hensyn til økonomiske styringsmidler. Loven ble utarbeidet pga ønsket om vekststyring innen helsetjenesten. Den var skrevet og moivert av økonomer og ikke av jurister. De inneholder derfor mange uløste juridiske problem.

Medisinskfaglig/sykepleierfaglig

Loven har brukt uttrykket medisinskfaglig ansvar. I forskrifta for sykepleierne forekommer uttrykket sykepleierfaglig sideordnet med medisinskfaglig ansvar. Det har vært uenighet om dette. Loven pålegger en lege å ha medisinskfaglig ansvar i kommunen. Videre pålegges Helsedirektoratet i en annen paragraf å føre medisinskfaglig tilsyn med at kommunene fremmer helsetjenestens formål. En må anta at dette også omfatter sykepleietjenesten. Etter som uttrykket medisinskfaglig forekommer to

steder i samme lov må det også ha samme innhold i juridisk forstand, mener amanuensis Rasmusen.

Han gjorde også oppmerksom på at retten til nødvendig helsehjelp slik den uttrykkes i loven egentlig er nokså uklar så lenge det ikke stilles krav til minste nivå innen helsetjenesten i kommunene.

Økonomi, budsjett, personaladministrasjon

Rådmannen i Ørsta, Per Hovden, orienterte om kommunal økonomi. Ved utarbeiding av budsjettene påpekte han spesielt nytten av at dette blir utført i samråd med rådmannen slik at et ferdig budsjett i balanse kunne fremlegges for formannskapet, i motsetning til et ønskebudsjet som politikerne vil være tvunget til å skjære ned med for dem gjerne uventede konsekvenser. Han gjorde uttrykkelig oppmerksom på at å anviser fra budsjettpost som er overskredet er som å skrive ut en sjekk uten dekning.

Fylkessekretær i NKS Atle Vik gav siste dagen en oversikt over avtalerettslige forhold og personaladministrasjon innen kommunene.

Vurdering

Som nevnt innledningsvis representerer kurset en konsentrert innføring i kommunal saksbehandling og administrasjon som forutsetter at deltakerne ikke er helt ukjent med dette arbeidet. Det er således et meget godt alternativ til KOU's (Kommunal opplæring/ og utviklingsfond) sine kurs for kommunalt ansatte. Disse er gjerne meget langdryge og legger mye beslag på deltagerens arbeids- og fritid. Det passer meget bra for leger som ønsker å oppdatere sine kunnskaper fra Bygdøyrkurset og fra erfaring som saksbehandler fra helseråd. Mange leger har lang erfaring fra administrasjon av legesentra/helsesentra. Disse vil ved dette kurstilbudet kunne få innsikt som letter kommunikasjonen med å få forståelsen med samarbeidspartnere innen den kommunale administrasjonen. Kurset syntes å appellere til deltakerne som en fin avveksling til en ellers travel og problemorientert rutine. Vi ser frem til de oppfølgende trinn i kursrekken. ■

Om å bli overkjørt av byråkratiet

"Byråkratitis epidemica"

□ Kjeld Malde
Grimstad

■ Ved siden av årets influensa-epidemi som nå herjer vår landsdel ser det ut til at vi også skal få en byråkratitis-epidemi å hanskas med.

Etter utbruddets begynnelse ser det ut til at smitekilden er i Arbeidsdirektoratet. Herfra går det ut skriv som fratar bedriftene sin bedriftslege til fordel for fellesordninger organisert sentralt fra. Bussene fra skjermbildeundersøkelsene og bibliotekene har fått en fetter på landeveien.

En variant av byråkratitis er personnummersyken. Sender man prøver til undersøkelse må rekvisisjonen påføres personnummer. Dette fordi fylkene nå skal betale for undersøkelser utført på den som bor i fylket. Men personnummeret henspiller da ikke på vedkommendes bostedsfylke? Smittespredningen skjer oftest i form av rundskriv, denne gang nr. I-14/84 av 22. mars 1984.

Sjøfartsdirektøren har også sendt rundskriv, og har ved sitt skriv av 20. november 1984 fra samme dato fratatt de av Helse- direktoratet godkjente sjømannsleger retten til å fylle ut legeattest for sjøfolk. Smittestoffet er vel på vei mot Oljedirektoratet i Stavanger slik at retten til å utstede attester for

offshore-arbeidere også blir innskrenket. At enkelte sjøfolk pålegges en dagsreise for å få sin attest bekymrer neppe byråkraten i hovedstaden. Der er byråkratens tunnelbane uproblematisk å ferdes med såfremt strømmen ikke er gått.

Personnummervarianten har fått en nesten lik virusvariant i kommunenummersyken. Den blir født på et kontor i Norske Kommuners Sentralforbund og fremtrer i K-blankett 4580 forutsatt utdelt i 5 eksemplarer for utskrivelse av legeregning. Her skal ikke bare pasientens navn, adresse, bostedskommune, kjønn (fremgår av 9. siffer i personnummeret som datamaskinen på egenhånd burde finne ut av) og personnummer påføres, men også kommunenummer. Så når man om natten blir vekket av telefonen må man spørre den som ringer om pasientens Personnummer og kommunenummer. Det kan bli injuriersak av å spørre etter for mange nummer. Ikke minst om natten.

Egenandelskortvirus har også medført adskillig merarbeide for fotfolket i helsevesenet. Hjertesukk fra alle kanter (kfr. Tidsskrift for Dnlf av 10. jan. 1985) viser at her holdes både leger og trygdesystem i arbeide med utfylling av skjemaer og regningsblanketter og kvitteringskort.

Kanskje MSIS-rapportene burde få egen liten rute for byråkrativirus slik at omfanget kunne fastslås? ■

FØLG MED:

Denne gang vil vi gi nedenforstående tips om tema for neste nummer av UTPOSTEN av to grunner. For det første for å stimulere nysgjerrigheten hos leserne, som sikkert vil betvile verdien av å ta opp et så enkelt problem som tema. For det andre fordi stillingtagen til problematikken ved å svare på spørsmålene nedenfor vil gi leseren mulighet til å gå tilbake til sine egne svar og rekapitulere de tanker som lå til grunn for svarene. Det å se sin egen praksis i relasjon til det som skrives i neste nummer er en av hensiktene med å presentere dette tema.

Frode H.

Tema for neste Utpost-nummer: VONDT I HALSEN

I vår utdanning har den enkelte sykdom som regel vært utgangspunktet. Vi har lært at dersom pasienten har sykdommen A, må forventes at pasienten har symptomene a, b og c, og at laboratorieprøvene x, y og z er patologiske.

Dette er ikke almenpraktikerens hverdag. For almenpraktikeren er det symptomet som er utgangs-

punktet. Symptomet avgjør hvilke tiltak almenpraktikeren skal sette i verk, og hva slags diagnose som er mest sannsynlig. Mye av utdannelsen som almenpraktikere burde derfor ta utgangspunkt i symptomer og presentasjonsproblemer, og ikke i diagnosen.

På Beitokurset 1984 forsøkte vi en slik fremgangsmåte. Vi valgte å ta utgangspunkt i symptomet vondt i halsen. Dette er et vanlig presentasjonsproblem i almenpraksis, og vi trodde det var et

relativt enkelt problem. Noen syntes det var for enkelt. "Dere kan da ikke bruke en hel dag å snakke om noe så banalt som vondt i halsen"- fikk vi søm kommentarer.

For å få et inntrykk av hva almenpraktikeren gjør når pasienten kommer med vondt i halsen, ba vi alle som meldte seg på kurset å svare på et spørreskjema. Resultatene ble bearbeidet og lagt fram på Beitokurset.

Ved siden av finner du spørreskjemaet som ble sendt ut. Du skal ikke sende det inn, men vi foreslår at du fyller det ut.

I neste nummer av UTPOSTEN skal vi presentere resultatene fra Beitokurset. Du kan da ta fra dine egne svar og se om du mener det samme om vondt i halsen som kursdeltagerne på Beito.

Kanskje vil resultatene overraske deg? Kanskje er din behandling av vondt i halsen noe spesiell? Kanskje var vondt i halsen likevel ikke så enkelt og banalt?

"No er det spanande - følg med i neste bolken".

Olav Rutle

Per Hjortdahl

En 18 år gammel gutt kommer til deg en ettermiddag du har vakt. Han forteller at han fikk vondt i halsen i går og er verre i dag. Han har målt temp. til 39. Han føler seg syk og verker i kroppen.

Ved undersøkelsen finner du tydelig hovne tonsiller på begge sider. De er kraftig røde, men intet belegg. Det er moderat, men tydelig glandelsvulst under begge kjevevinkler. Ingen kjevesperre.

Hva ville du gjøre videre?

Ville du gjøre ytterligere klinisk undersøkelse? I tilfelle hvilke? _____

Ville du ta laboratorieprøver? I tilfelle hvilke? _____

Ville du behandle med antibiotika? Ja _____ Nei _____

Ville du gi andre medikamenter? I tilfelle hvilke? _____

Kan du angi de viktigste symptomer eller tegn (viktigste først) du legger særlig vekt på når du skal ta stilling til om en vondt hals skal behandles med antibiotika. 1) _____ 2) _____ 3) _____

Hvis du behandler med antibiotika, hvilket preparat ville du velge? _____

Hvor mange dager ville du behandle? _____ dager

Ville du be pasienten ovenfor komme til kontroll? Ja _____ Nei _____

Pleier du å kontrollere pasientens urin etter gjennomgått halsinfeksjon? Ja _____ Nei _____

Annonse



abonnerer du på

UTPOSTEN

Sendes til: "UTPOSTEN"
Distriktslegkontoret
6657 Rindal

Jeg bestiller ett års gaveabonnement på Utposten (1985) - kr. 100,-

Til: _____ Fra: (betaler) _____

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. Lymecylin (**Tetralysal[®]**) har vist seg ikke å gi slike komplikasjoner. **Tetralysal[®]** er ikke et ulcerogent legemiddel.

Referanser:

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

(Anders Kumlien. Under trykking: Apoteknytt.)

Biverkningar vid accidentell lösning av läkemedel i esofagus och bronker.

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

Tetracycline induced oesophageal ulcers - a clinical and experimental study.

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

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

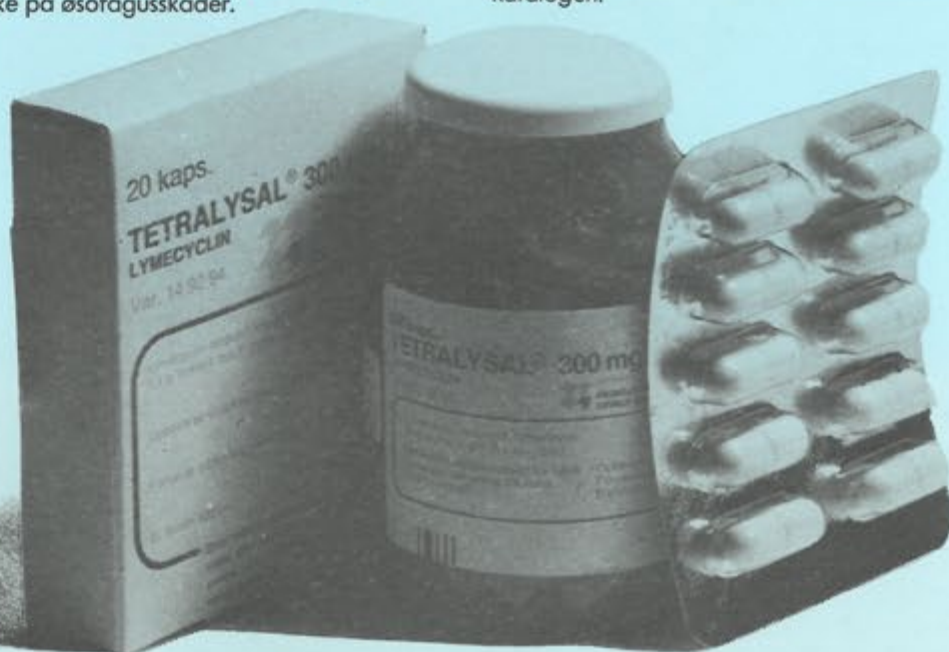
Ulcerations œsophagiennes induites par la doxycyclines. À propos de 5 cas.

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

A new endoscopic finding of tetracycline-induced esophageal ulcers.

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

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



MONTEDISON GROUP

FARMITALIA
CARLO ERBA

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

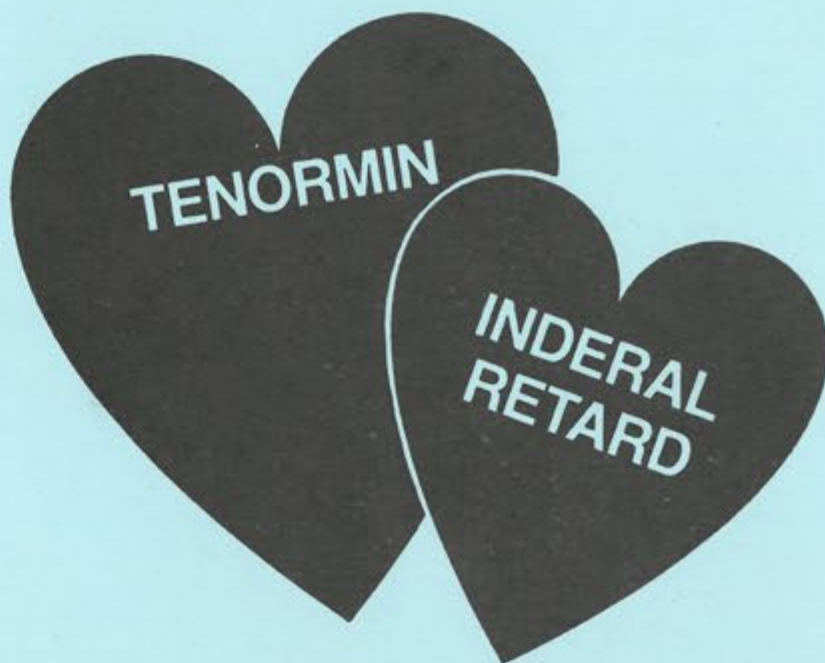
Tetralysal[®]
lymecylin

RUTLE OLAV
Slettmark 2
2050 Jessheim

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Det finnes to betablokkerere...

som kan doseres
én gang daglig
både ved hypertensjon og angina pectoris



... begge er resultater av ICI's
originale legemiddelforskning



For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen.

Gastrobitan®

cimetidin

Ny original syntese

ATC nr. A.02 B.A.01

GASTROBITAN

Histaminerg H₂-reseptorantagonist

INJEKSJONSVEKSE: 100 mg/ml, 1 ml innh.: Cimetidin, 100 mg, acidum hydrochloridum 33 mg, aqua ad iniectionem, ad 1 ml.

TABLETTER: Hver tablett innh.: Cimetidin, 200 mg resp. 400 mg, const. et color q. s. Fargestoff: Titandioxyd.

EGENSKAPER: Klassifisering virkningsmekanisme: Hemmer både stimulert og basal sekresjon av saltsyre, og minsker pepsinproduksjonen. Hemmer kompetitivt histaminets virkning på histamin H₂-reseptorer i magesekkens slimhinne. Representerer salisoles de histaminerge H₂-reseptorantagonister. Histamin H₂-reseptorer finnes i de fleste organer og vev. Den funksjonelle betydning av histamin H₂-reseptorer i ulike vev er ukjent med unntak for magesekkens slimhinne.

Absorpsjon: God etter oral administrering.

Proteinbinding: Ca. 20%.

Halveringstid: Ca. 2 timer.

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

Halveringstiden forlenges hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Hovedmetabolitten er sulfoksydet, dette utskilles også via urinen. Halveringstiden er korrelert til kreatininclearance. Overgang i placenta morsmelk: Passerer placentalbarrieren og utskilles i morsmelken. Fjernes fullstendig ved hemodialyse.

INDIKASJONER: Duodenalsår og benigne ventrikelsår. Zollinger-Ellison syndrom. Langtidsbehandling av pasienter med stadig residiverende eller kroniske duodenalsår hvor operativ behandling ikke er gjennomførbart. Forsøksvis ved reflux esofagitt. Profylakse mot blodtinger på grunn av stress ulcus hos kritisk syke.

KONTRAINDIKASJONER: Relative: Graviddhet og døgningvning.

BIVIRKNINGER: Diaré, svimmelhet, tretthet, feber og hudutslett, vanligvis lette og reversible. Reversible grynekoma sees hos mindre enn 1% av pasientene. Tilfeller av reversible forvirnings-tilstander er rapportert først og fremst hos eldre og pasienter med nyre- og leverinsuffisiens. Inntatt forbigående sligning av plasmakreatinin som regel innen normalverdiene, uten klinisk betydning. Enkelte tilfeller av transaminasestigning og sjeldne tilfeller av hepatitt, pankreatitt og interstisiell nefritt, samtlige er reversible. Reversible blodbløforandringer: Leukopeni sjeldent. Agranulocytose og trombocytopeni: meget sjeldent.

FORSIKTIGHETSREGLER: Ulcus-diagnose skal verifiseres ved røntgen eller endoskopi. Reflux esofagitt skal påvises endoskopisk eller ved biopsi. Institusjon av langtidsbehandling må skje av spesialister eller sykehus. Forsikthet bør vises hos pasienter med tidligere lever- og nyreskader. Levertransaminaser bør følges under langtidsbehandling. Pasienter med betydelig nedsatt nyrefunksjon må få redusert dose (se tabell under Dosering). Da cimetidin kan gi symptomatisk bedring hos pasienter med ventrikel-cancer, er det meget viktig at en malignt lidende utelukkes. Behandling av barn bør vurderes av spesialist.

INTERAKSJONER: Cimetidin interagerer med enkelte legemidler. Noen av disse er av klinisk betydning. (t: 40 e).

DOSEERING: Voksne: Peroralt: Ved **duodenalsår** vanligvis 0,8 g – 1,0 g cimetidin pr. dag enten 400 mg morgen og kveld eller 200 mg 3 ganger daglig til måltidene, pluss 400 mg til natten. Ved **ventrikelsår** vanligvis 200 mg 3 ganger daglig til måltidene pluss 400 mg til natten. Dosen kan økes til 400 mg 4 ganger daglig hos pasienter med kraftig saltsyresekresjon dersom tilfredsstillende resultat ikke oppnås ved vanlig dosering. Behandlingen bør vare i 4–6 uker, selv om pasienten blir symptomfritt tidligere. Ved **profylaktisk** langtidsbehandling av **duodenalsår** gis 400 mg om kvelden eller om nødvendig 400 mg morgen og kveld. Ved **reflux esofagitt** anvendes 400 mg 4 ganger daglig til måltidene og til natten. Ved **Zollinger-Ellisons** syndrom kan dosen økes til 2 g pr. døgn ved behov. Til personer med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatininclearance. Dersom man ikke har verdien for kreatininclearance, kan dosen beregnes etter serumkreatininverdiene. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin initialt.

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

Intravenøs injeksjon: En ampulle (200 mg cimetidin) blandes i 20 ml sterilt vann eller natriumkloridoppløsning 9 mg/ml. Ferdiglaget løsning bør brukes umiddelbart (kan oppbevares i maksimum 12 timer). Løsningen gis som langsom injeksjon 3–5 min. med 4–6 timers intervaller, maksimalt 2 g/døgn. Til pasienter med hertesykdom anbefales infusjon. Intravenøs infusjon: Kan gis både som kontinuerlig og intermitterende infusjon. Den ønskede mengde cimetidin tilsettes en passende infusjonsoppløsning. Dosene bør fordeles jevnt over døgnet, maksimalt gis 2 g/døgn.

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

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

PAKNINGER OG PRISER:

Injektabile: 10 amp. a 2 ml kr 50,95

Tabletter 200 mg 50 stk. kr 122,35

200 stk. kr 465,80

Tabletter 400 mg 28 stk. kr 135,45

56 stk. kr 271,00

84 stk. kr 382,30

100 stk. kr 465,80

KabiVitrum



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

Gastrobitan®

cimetidin

Ny original syntese av cimetidin

Ca. 20 % lavere pris enn Tagamet.®

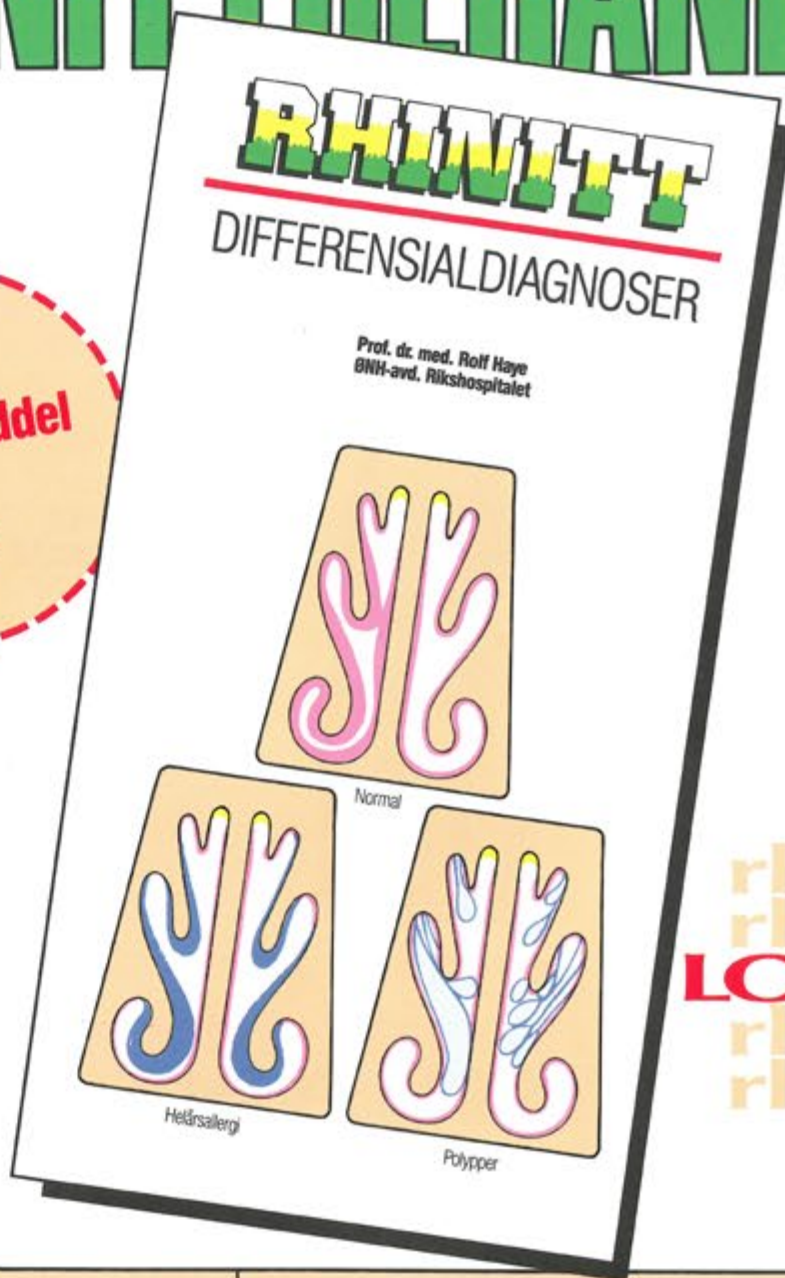
Alternativet

som gjør det mulig å spare penger
både for pasienter og institusjoner.



RHINITTREHANDLING

Nytt
hjelpemiddel
fra
SYNTEX



rhinitter
rhinitter
LOKILAN[®]
flunisolide
rhinitter
rhinitter

rhinitter
rhinitter
LOKILAN[®]
flunisolide
rhinitter
rhinitter

BREV

Kan sendes
ufrankert
i Norge.
Adressaten
vil betale
portoet.

SVARSENDING
Tillatelse nr. 222000/19

SYNTEX legemidler

Postboks 44
2011 STRØMMEN

LOKILAN[®]

flunisolide

nesespray

- STEROIDET UTEN DRIVGASS!



TO GODE GRUNNER FOR VALG AV LOKILAN

- Lokalbehandling av et lokalt problem
- Doseres morgen og kveld; enkelt for pasienten. Behandlingen blir gjennomført.

rhinitter
rhinitter
LOKILAN[®]
flunisolide
rhinitter
rhinitter

Jeg ønsker motta:

- stk. Rhinittfolder: Differensialdiagnoser.
Prof. Rolf Høy, Rikshospitalet.
- Spørsmål og svar om Allergisk og vasomotorisk rhinitt.
Polyposis cavi nasi.
Prof. Rolf Høy, Rikshospitalet.
- LOKILAN[®] flunisolid, basisbrosjyre.

Legens navn: _____

Adresse: _____

Legens stempel



INDIKASJONER: Sesongbunden og helårlig allergisk rhinitt. Vasomotorisk rhinitt med inflammatorisk preg.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for innholdsstoffene.
BIVIRKNINGER: Lett sive umiddelbart etter applikasjon. Lett uttørring av slimhinnen evt. sammen med blodig sekret kan forekomme. Overdosering kan gi suppresjon av binyrebarken.

FORSIKTIGHETSREGLER: Forsiktighet må iakttas hos pasienter med åpne eller nylig legede sår i neseslimhinnen, eller som lider av ofte tilbakevendende neseseblødninger, da kortikosteroider har en inhiberende effekt på sårtilhelingen. Infeksjoner i neseslimhinnen og bihuler må behandles med spesifikk antiinfeksjonsterapi. Pasienten må instrueres i riktig bruk av sprøyen. Forsiktighet bør iakttas under graviditet, spesielt første trimester. Anbefales ikke for barn under 6 år, da det bare foreligger preliminnære resultater fra kliniske undersøkelser av denne gruppen. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har brukt systemisk virkende kortikosteroider om hypofyse-binyrebarkfunksjonen kan antas å være påvirket. Neseslimhinnen bør kontrolleres regelmessig ved langtidsbehandling.

DOSERING: Voksne: Initialet vanligvis 2 applikasjoner i hvert nesebor 2 ganger daglig. Ved alvorlige symptomer kan dosen økes til 2 applikasjoner i hvert nesebor 3 ganger daglig. Når tilstanden er under kontroll, kan dosen forsøksvis reduseres ned til 1 applikasjon i hvert nesebor 1 gang pr. dag. Dosen bør holdes så lav som mulig. Daglig dose bør ikke overstige 6 applikasjoner pr. nesebor. De kan ta noen dager før man oppnår optimal effekt. Pasienten bør informeres om dette.

Barn 6 - 14 år: 1 applikasjon i hvert nesebor 3 ganger daglig evt. 2 applikasjoner i hvert nesebor 2 ganger daglig. Daglig dosering hos barn bør ikke overstige 4 applikasjoner pr. nesebor.

Mars 85

Upjohn Central Nervous System Research

Et betydelig fremskritt i behandlingen av søvnløshet



• Halcion® (triazolam)

Bedret søvnkvalitet uten uttalt effekt
på neste dags aktivitet

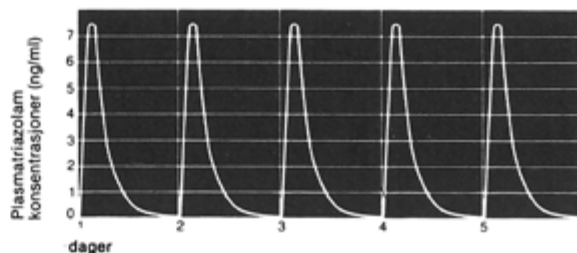
„De langtidsvirkende præparater
bør undgås, hvor man ikke specielt ønsker
dagsedation”

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



Halcion[®]

(triazolam)



Plasmanivåer av triazolam etter gjentatt administrasjon.

B Hypnotikum

Tabletter:

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

Egenskaper:

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

Indikasjoner:

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

Kontraindikasjoner:

Hypersensitivitet for legemidlet.

Bivirkninger:

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

⚠ Forsiktighetsregler:

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

Interaksjoner:

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

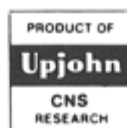
Dosering:

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

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

Pakninger og priser:

0,125 mg: 10 tabl. kr. 14,20 – 30 tabl. kr. 28,45 – 100 tabl. kr. 71,50
0,250 mg: 10 tabl. kr. 17,20 – 30 tabl. kr. 36,10 – 100 tabl. kr. 93,15



Registrert varemerke: HALCION

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