

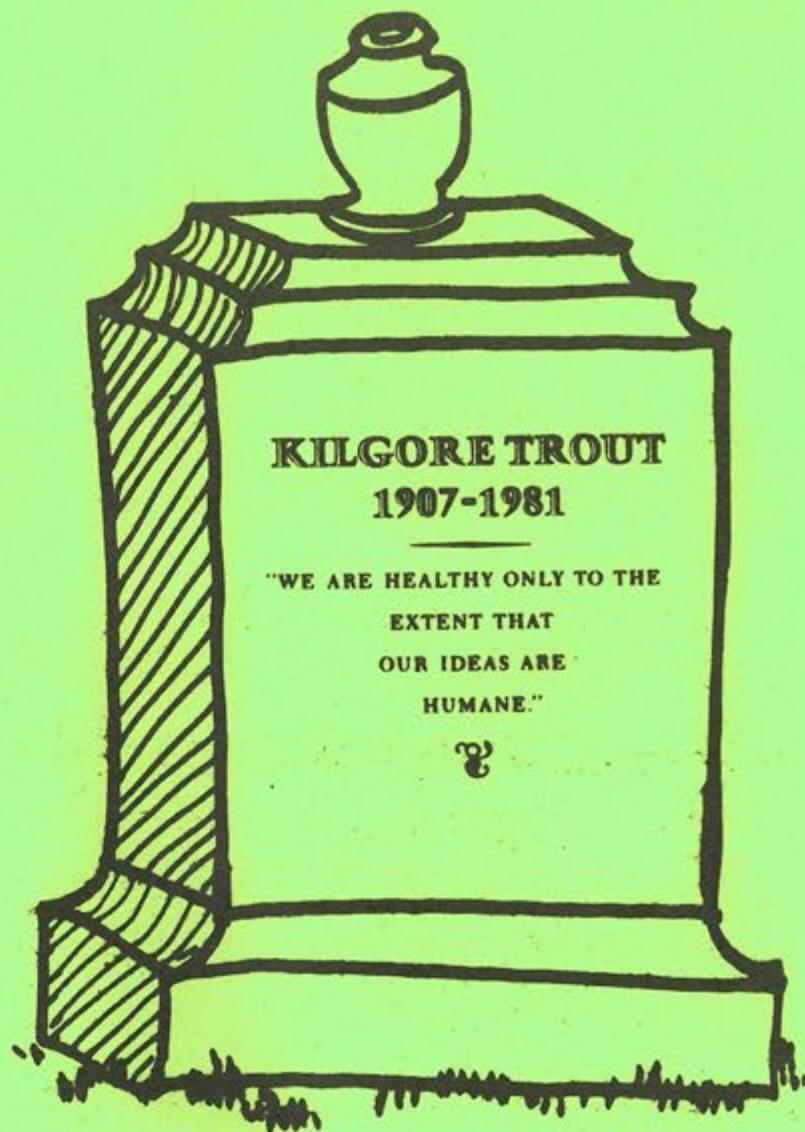
UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2

1986

ÅRGANG 15



(Fra Kurt Vonnegut jr. "Breakfast of champions")

TEMA: TERMINAL OMSORG

Se ellers innholdsfortegnelse 2. omslagsside

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG
SAMFUNNSMEDISIN

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

Magne Nylenne
Inst. for Almenmedisin
Fr. Stangs gt. 11/13
0264 Oslo 2
Tlf. kont. 02. 55 92 10
Tlf. priv. 02. 87 11 93

Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Postgiro: 3 478 237

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S
9652.63.00111

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. 110,- pr år. Enkeltnummer kr. 20,-. Layout: Ulset form & profil. Trykk: ST-Trykk A/S, 7300 Orkanger.

Vårmelding

Det er en umiskjennelig stemning av vår i lufta. Ståren er kommet til Rindal, veiene er i ferd med å bli bare, snoen er blitt gammel og grå. Det har vært en lang vinter i almenmedisinen, ikke bare i vårt land. Spesialiseringens imponerende kunststykker har fanget oppmerksomheten og har trukket til seg seg løvens del av ressurser og arbeidsoppgaver. Les Paul Hellandsviks artikkel i denne utgaven av Utposten om hvor folk døde i Stjørdal i 1957 og i 1984. Dette er ikke en drøm om "gode gamle dager", men jeg har en sterk mistanke om at den optimale balansen ligger et sted i mellom, og trolig nokså langt fra 1984-status. Å finne harmonisk balanse må i åra som kommer være et av de overordnede mål både for

helsepolitikere, -administratører og helsepersonell. En styrket almenmedisin er en av forutsetningene for at det skal lykkes.

Den nye våren i almenmedisinen har vi kunne fornemme i 10-15 år, men først nå har den fått riktig sus og velde. Spesialiteten i almenmedisin begynner å prege almenpraktikermiljøer over hele landet. I disse dager holder Lægeforeninga kurs for ytterligere en gruppe veiledere fra hele landet. Steinar Westin kunne forleden berette at hans "Utdanningshåndbok for almenpraktikere" nå er utsolgt fra forlaget. Alt tyder på at almenmedisinere nå lar faget modnes og avklares ved at kunnskap og innsikt blir delt i videreutdann-

ingsgruppene som er etablert.

Følg med når almenmedisinen igjen flyr ut i sommeren som en ny fugl Fénix: det blir noe å berette om for barnebarn og oldebarn!

Ole L

Nr 2, 1986

INNHOLD:

TEMA: TERMINAL OMSORG

- Paul Hellandsvik:**
Organisatoriske forutsetninger for terminal omsorg og pleie i primærhelsenjenesten s. 35
- Anders Seim:**
Terminal omsorg:
Hvorfor er legene så trege s. 37
- Terje Keyn:**
Smertebehandling ved terminale lidelser s. 41
- Magne Nylenne:**
Offentlig utredning om pleie og omsorg s. 45

Leif Landa:
Plagsomme symptomer hos kreftpasienter. Årsaker og behandling s. 46

Magne Nylenne:
Omsorgsrådet i Landsforeningen mot kreft s. 50

Magne Nylenne:
Aktuell omsorgslitteratur s. 50

Magne Nylenne:
Bedret smertelindring en hovedutfordring for legene s. 53

ANNET STOFF:

- Gunnar Tellnes:**
Olav Rutles doktordisputas s. 51
- Kjell Nordby:**
Er dette vårt bord? s. 54
- Einar Einarsen:**
Aktivitetssenter i kommunene s. 58
- Gunnar Tellnes:**
Kommunediagnose som grunnlag for helseopplysning og forebyggende arbeid i lokalsamfunnet s. 62
- Dag Bruusgaard:**
Norge og internasjonal almenmedisin s. 68
- ELLERS:**
NSAM's spalter, debatt og bokomtaler

UTKANTNORGE VOKSER

■ En stadig større del av vårt land er i ferd med å bli utkant med hensyn til helsetjenester. Dette gjelder både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Begge synes i økende grad å bli styrket i sentrumsområder og svekket i resten av landet. Bare siste året er der kommet to nye sterke virkemidler som styrker denne utviklingen: Privatseringen og den nye stillingsstrukturen på sykehus.

Opprettelsen av private helse-sentra og klinikker gir sentrale strøk av landet en betydelig helsetjeneste utenom rammetil-skuddsordningen. I 1985 var trygderefusjonen til leger uten avtale 113 millioner kroner, tilsvarende ca. 400 almenpraktiker-årsverk! Dette er et privilegium for sentrums-Norge, en utopi for utkantene. Riktignok er dette en dyrere helsetjeneste for brukerne, og dermed gunstigst for de rike og ressursrike,- men den offentlige helsetjeneste skulle i allefall bli såpass avlastet med slike pasientgrupper at der blir bedre tid til omsorg for de fattige og svake og gamle og kronisk syke.

Mer bekymringsfullt er det kanskje heller at rekrutteringen til de private helsecentra i stor grad skjer fra det etablerte offentlige helsevesenet. På noen sentrale sykehus har dette ialle-fall midlertidig ført til personellmangel med redusert kapasitet og økende køer til følge.

Den nye stillingsstrukturen på sykehus har som umiddelbar konsekvens at ferdige spesialister sentralt kan få seg fast jobb der de er. Dermed behøver de ikke etter endt spesialisering å orientere seg ut i "periferien" for å fylle vakante spesialist-jobber. I sentrumsområdene blir det dermed en økende tilgang på spesialister både i privatpraksis og i sykehusene.

For pasientene i distriktene blir det enda vanskeligere å få spesialisthjelp. Eksempelvis har et "utkantsfylke" som Møre og Romsdal nå flere utlyste ledige spesialiststillinger uten kvalifiserte søker. Dermed vokser køene hos de få som er tilbake. Det blir kortere tid pr. pasient, frustrasjonen øker både faglig og

kollegialt, - og i neste runde søker flere spesialister seg sentralt til bedre kår og et lettere liv...

Samtidig møter pasientene Berlin-muren ved fylkesgrensen dersom de ønsker seg til spesialist utenom fylket/regionen. Den restriktive gjestepasientordningen forutsetter at hvert fylke har adekvat spesialistdekning innen hvert fagfelt. Når denne forutsetning svikter, reduseres raskt utkantenes tilbud til en B- eller C-tjeneste.

Er det noen som har - eller føler- ansvar for denne utviklingen? Eller er ansvaret for helsevesenet så oppdelt og desentralisert at verken Regjering, Sosialdepartement, Helsedirektør, Lægeforening, NKS, fylker eller kommuner kan lastes?

Finnes det noen ordnet målsetting for dagens helsepolitikk? Ett av målene burde være å arbeide for en geografisk rettferdig fordeling av helsetjenesten, men det ser fra vår Utpost ut til at utviklingen går i motsatt retning: Utkant-Norge fremstår som taper i kampen om både primærleger og spesialister- og problemet er økende. Dette er ingen tilfeldig ulykke, men ser ut som konsekvenser av den helsepolitikk som Regjering og Lægeforening nå går inn for:

1. La helsevesenet utvikle seg uten sentral styring,- uten sentralt ansvar for målsetting og virkemidler.
2. La fylkene klare seg selv.
3. La kommunen klare seg selv.
4. La det frie initiativ få fritt spillerom!

På et slikt fritt helsemarked er det mange glade vinnere. Men når utkant-Norge og de ressurssvake gruppene blir tapere, er det et signal på at vi trenger nye linjer fremover i norsk helse-politikk! ■



TEMA:

terminal omsorg



Undervisningstilbuddet øker:

Omsorg og pleie kan læres

□ Magne Nylenna

Interessen for terminal omsorg og pleie er økende. Et uttrykk for dette er den økende mengde litteratur på området. Nye bøker, både av holdningsskapende og kunnskapsformidlende art lanseres. Lesing av bøker er nok for mange kolleger langt på vei blitt erstattet av tidsskriftlesning. Det er enklere og mer overkommelig å "skumme" gjennom 2-3 tidsskriftsider enn å gi seg i kast med en større eller mindre murstein av en bok. For noe grundigere fordyppning og for å ha følelsen av å kunne bli i et emne og forfølge en tankerekke er imidlertid boken langt å foretrekke fremfor artikkelen. Omsorg og pleie er nettopp et slikt emneområde som krever litt ro og grundighet, og kanskje er det derfor bokutgivelsene dominerer.

Skal man tilegne seg kunnskap om dette store og vanskelige området på egen hånd, er det kanskje enklest og greiest å starte med en generell bok innen feltet.

Når det gjelder kurs i omsorg og pleie er tilbuddet noe mer sparsomt. Landsforeningen mot Kreft arrangerer kurs om kreft i almenpraksis ved alle fire medisinske fakulteter hvert år, og noe av det som berøres er smertebehandling og omsorgsarbeid. Innen smertebehandling arrangeres det en rekke kurser og seminarer også for almenpraktikere, og dette problemet er også blitt gjenstand for et eget initiativ fra Lægeforeningens side (se intervju med Hans Asbjørn Holm). Omsorgsrådet i Landsforeningen mot Kreft arrangerer omsorgsseminar i

Tromsø 20.-22. mai. De lokale kurskomiteer arrangerer også ett og annet kurs om terminal pleie, men tilbuddet kunne ganske sikkert vært større. Kursaktiviteten er langt større blant sykepleiere enn leger på dette området, og lokale initiativ fra VEAP komiteer er nok nødvendig.

Selvstudium kan imidlertid anbefales. Hvorfor ikke gå sammen i en gruppepraksis eller i en legeklubb for å bruke littatur aktivt og bevisst for å lære mer om praktisk og nyttig omsorgsarbeid? Vi serverer her et utsnitt av den menyen som finnes. Det er på ingen måte en komplett oversikt, snarere et uttrykk for at det i hvertfall ikke står på manglende kilder!

Organisatoriske forutsetninger for terminal omsorg og pleie i primærhelsetjenesten



□ Paul Hellandsvik

Det dør ca. 40 000 nordmenn hvert år, omlag halvparten av disse dør i sykehus. En undersøkelse viser at mange har vært syke over lengre tid, ca. 60% har hatt sykdommen de dør av mer enn i 250 dager. (NOU 1984:30). Når man i tillegg vet at hovedtyngden av de som dør utenfor institusjon dør etter akutte forløp (hjerteinfarkt, ulykker, selvmord, plutselig død med ukjent årsak) (NOS 1983) er det et faktum at terminal omsorg og død i hovedsak har blitt en oppgave for sykehuseiene. Man kan stille spørsmål om dette er en oppgaveprioritering mellom 1. og 2. linjetjenesten som er faglig begrunnet, eller om det er et resultat av at 1. linjetjenesten i dag ikke har et tilbud som gir pasientene et reelt valg.

Jeg har sett litt på forholdene i min egen kommune og må bare erkjenne at Stjørdal ikke gir sine innbyggere et bedre tilbud om terminal omsorg enn lands-

gjennomsnittet. Gjennomgangen av dødsstatistikken for de siste 30 år har klart fortalt meg dette, og jeg gjengir som eksempel tallene fra "gjennom-

Paul H. er cand. med. fra Bergen 1976. Etter turnus i Molde og Nesset har han arbeidet som distriktslege og helseleder i Stjørdal kommune.

snittsår" 1957 og 1984 (Se tabell s.40).

I Stjørdal som på landsbasis, kan man altså konstatere at det ikke bare er en betydelig institusjonalisering av terminal omsorg og død, men at det har vært en betydelig utvikling de senere år.

Dette har vi ønsket å gjøre noe med i Stjørdal. I løpet av våren 1986 vil vi sette i gang eget prosjekt som har fått arbeidstittelen "Kreft i kommunehelse-tjenesten", og der terminal omsorg og pleie vil bli et vesentlig moment i arbeidet. Bakgrunnen for vårt engasjement er i hovedsak todelt:

1. Vi ønsker å gi terminalt syke og døende pasienter et reelt valg når det gjelder hvor de vil tilbringe sine siste dager.

2. Vi ønsker å evaluere prosjektet og forhåpentligvis kunne vise både den faglige og samfunnsøkonomiske betydning av at primærhelgsetjenesten løser oppgaver som faglig sett hører hjemme der, men som for tiden og vesentlig på grunn av manglende økonomiske og organisatoriske forutsetninger foregår på et høyere nivå.

PROBLEMSTILLINGER

For å bygge opp et godt tilbud om terminal omsorg i kommunehelse-tjenesten, må man etter min mening lege hovedtyngden på tre områder.

1. Personellet må sikres oppdaterte faglige kunnskaper og holdninger.

2. Alle som skal arbeide i den terminale omsorg må ha de nødvendige medisinske og pleiemessige opplysninger. Det er behov for et eget informasjonssystem.

3. Omsorgen må gis en helhetlig organisering som sikrer pasienten en "omsorgspakke" som motvirker terskler/barriérer i omsorgen.

KUNNSKAPER/HOLDNINGER

Av personellet i kommunehelse-tjenesten er det bare legene som har et organisert videre- og etterutdanningstilbud. For de store gruppene av hjelpepleiere og sykepleiere er mulighetene til eksterne kursdeltagelse alt for få til å kunne sikre faglig ajourføring i tråd med en stadig endring av medisinske og pleiemessige sannheter. For å bøte på dette har vi i Stjørdal det siste året hatt et organisert tilbud om kurs i kommunal regi. (Opplegget og erfaringene med denne intern-

opplæringen vil bli gitt Utpostens lesere i egen artikkel senere). I forbindelse med prosjektet har vi de siste 3 måneder hatt tre separate kurs med følgende tema:

Pleie/omsorg ved livets slutt. Smertebehandling. Pleiejurnal/pleieplan.

Oppslutningen fra personalets side har overskredet alle forhåpninger og har bidratt ikke bare til en faglig ajourføring, men i vesentlig grad til entusiasme og nytenkning når det gjelder området terminal omsorg. De nye prinsippene i smertebehandling står helt sentralt, spesielt i den terminale omsorgen av kreftpasientene, da vi i dag vet at manglende kunnskaper og holdninger på dette området er en vesentlig grunn til at pasientene mot sin egen og familiens ønske må få sin terminalpleie på sykehus.

EGET INFORMASJONS-SYSTEM - KOMMUNE-JOURNAL

I flere kommuner har man tatt i bruk informasjonssystemer mellom personellgruppene som deltar i omsorgstjenester i hjemmene. Mest vanlig er en egen bok hvor helsepersonellet noterer sine observasjoner og beslutninger til bruk for andre som deltar i omsorgen. I Stjørdal har vi utviklet et eget informasjonssystem som taes i bruk i forbindelse med prosjektet. Den såkalte "kommunejournalen" skal utvikles til å bli pasientens "billett" til kommunens omsorgstjeneste. For å få erfaringer har vi i første omgang tenkt å introdusere den for kreftpasientene. Kommunejournalen er pasientens eie, og inneholder ved siden av de vanlige persondata, opplysninger om "omsorgspersoner" i pasientens familie, hovedansvarlig lege og sykepleier i omsorgstjenesten, diagnoser, faste medisiner, spesielle pleiebehov og tildelt hjelpe tiltak. Rapportblad for sykepleier og lege, sykehjem og sykehus, egen plastfolder med opplysningsmateriell som angår pasientens sykdom og medisiner, og som en liten kuriositet, eget bilde av pasienten slik at personell på de forskjellige omsorgsnivå raskt kan kjenne igjen og huske "herr Hansen" som var her for 2 måneder siden.

Journalen vil følge pasienten, og en utfyllende brukerveiledning til alle nivå vil forhåpentligvis sikre at der pasienten er, vil de oppdaterte opplysninger til en

hver tid også være. Personellet vil også tvinges til å skrive på et forståelig språk både for pasient og familie. Det er vårt håp at journalen sammen med den pågående holdningskampanjen vil sikre at pasient og familie dras mere aktivt med i omsorgsarbeidet. I terminal omsorg har man klare beviser for at familie-medlemmer som aktivt har fått være med og gitt støtte og hjelp til sine nærmeste i livets sluttfase, sjeldnere får alvorlige sorgreaksjoner.

OMSORGSPAKKEN

Etter i flere år å ha interessert meg spesielt for arbeidet med kreftpasientenes problemer, er det mitt klare inntrykk at mange av dem til slutt havner på sykehus fordi omsorgstjenesten i nærmiljøet ikke har gitt den trygghet og helhet som disse familiene trenger. Vårt tilbud til disse pasientene vil inneholde fast legekontakt, hovedansvarlig sykepleier (primærsykepleier-prinsippet), prioritert ved ønske om sykehjemsplassering, og avtale med lokal-sykehuset om raskt mottak dersom omsorgen i nærmiljøet skulle bli så vanskelig at 2. linjetjenester er nødvendig.

KONKLUSJON

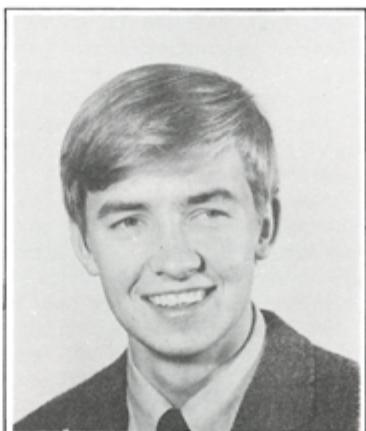
I de månedene som har gått med til prosjektforberedelsene, har vi fokusert på de faglige utfordringer som knytter seg til den terminalt syke pasienten og hans familie. Gjennom de utmerkede forelesere som har gjestet Stjørdal i denne perioden, har det for mange av oss åpnet seg en ny verden av faglige utfordringer og oppgaver som vi tidligere har gitt for lav prioritet. Det er grunn til å presisere at vi ikke ønsker å bestemme at terminal omsorg skal foregå i nærmiljøet, men statistiken også for vår kommune, viser med all tydelighet at mange av våre sambyggende ender sine dager som lavtprioriterte pasienter i et stresset og høy-spesialisert sykehusmiljø uten muligheter for jevnlig kontakt med sine nærmeste. Vi håper at prosjektet og vår skisserte "Tretrinnsplan" vil vise en statistikk de nærmeste år som mer gir inntrykk av at vi har gitt våre pasienter muligheten til et reelt valg også i livets sluttfase ■

Se illustrasjoner side 40

Terminal omsorg: Hvorfor er legene så trege?

Eller er det bare noe de sier?

□ Anders Siem
almenpraktiserende lege,
Nesodden



Anders Siem er almenpraktiker på Nesodden. Han har tidligere vært ansatt ved Radiumhospitalet og bl.a. vært engasjert i Frasiscushjelpen i Oslo.

De senere år er det blitt betydelig øket oppmerksomhet på symptomlindring og omsorg for mennesker med uhelbredelige sykdommer. Kunnskap om f.eks. smerte på biokjemisk og neurofysiologisk nivå har vokst enormt og gjør det fortsatt. Samtidig har klinikere raffinert bruksmåten for nye og gamle preparater i sine bestrebelsler på å skape optimal lindring. En kan i dag lykkes med dette hos de aller fleste pasienter. Men det klages over at vi ikke appliserer dagens muligheter på en god nok måte.

I så fall lider mennesker unødig i en periode da deres leveutsikter er meget begrenset. All unødig lidelse er unødig, men mange vil si at det er spesielt forkastelig mot livets slutt. Bl.a. vil den syke i så fall avskjæres fra å bruke sin gjenværende levetid på en meningsfylt måte. Betydelig kvalme eller smerte vil som kjent sterkt begrense hvert menneskes mulighet for smakvem med sine nærmeste og omverdenen forøvrig.

Ikke alle er like imponert over vår innsats for å ordne opp i slik unødvendig lidelse. Hva går misnøyen ut på? Hvor rettferdig er den? Hva kan vi gjøre for å rette på forholdene dersom kritikken er berettiget?

ANKLAGEN

■ Leger anklages av andre yrkesgrupper i helsevesenet, av pasienter og pårørende, samt en del etterlatte.

De klager over at vi lar pasienter ligge alt for lenge med alt for sterke smarter. De klager over at vi, både i sykehus og i distrikturen, ikke engasjerer oss nok i behandlingen. De klager over at vi er trege til å lære og ta opp senere års kunnskaper om symptomlindring i det hele tatt, at vi 17 år etter Kubler-Ross' (1) bok om døende menneskers behov fremdeles helst unnviker pasienter i denne del av livet. De klager over at vi er vanskelige å få med når hjelpepleiere, sykepleiere og andre går inn for å bedre behandlingstilbuddet til pasienter med langtkomne dødelige sykdommer. En kunne kanskje vente at vi gikk i bresjen? Hvis "de" har rett, så er vi den siste yrkesgruppe som lærer poengene, som tilegner oss kunnskapen. Hvis "de" har rett, så gir vi attpå til blaffen. Vi er mer eller mindre uinteresserte i om dødssyke mennesker lider unødvendig den korte tid de har igjen å leve.

Jeg mener ikke at resten av sam-

funnet står der fylt med edder, galde og med et høyt adrenalin-speil, med knyttede never, og skjeller oss huden full: Men jeg har hørt slike anklager, og flere til i samme gate, både fra andre helsearbeidere, pårørende, etterlatte og kanskje sjeldnest direkte fra pasienter.

HVORDAN SER DET UT FRA VÅR SIDE?

Jeg har gjennom årene hørt diverse kolleger kommentere sitt syn på sin egen behandling av alvorlig syke mennesker:

"Vi gjør da så godt vi kan." (Og noen ganger er det riktig bra, sett med alles øyne)

"Jeg strever en del med disse pasientene. Vi lærte ingenting om dette på doktorskolen, og selv om jeg har lest noen artikler i Tidsskriftet...."

"Her hos oss bruker vi Metadon, og det har vi gjort i flere år", (med litt defensivt tonefall og som uomtvistelig bevis på at nå gjøres alt etter de mest moderne prinsipper)

"Nei, det er ikke så bra som en kunne ønske. Men jeg er så opprett med....."

Noen kolleger sukker tungt, og

sier at de strever og strever, men ikke får lært opp sine medspillere, de øvrige helsearbeidere, tilstrekkelig godt opp. Det er hyppig skifte av personell; det er stadig en ekstravakt utenom postens egne; det er problemer med å få selv de som er faste til å følge opp intensjonene og instruksene; det er aldri mulig å nå alle med undervisning fordi mange er på frivakt eller er syke; og selv ved å gjenta undervisningen løser en ikke dette problemet. Resultatet blir at legenes forordninger ikke er blitt tilstrekkelig fulgt opp. Det har skjedd en glipp. Travle medspillere har kanskje ikke engang oppdaget det. Ingen har varslet om at behandlingen svikter. Pasienten lider fortsatt når legen kommer tilbake.... (Slik kan det også se ut. Men det er ikke så mange kolleger jeg har hørt sukke akkurat på dette viset)

HVORI LIGGER PROBLEMET?

Jeg tror det er naturlig å skille mellom sykehus og almenpraksis. Selv om en del av det nedenstående kan ha almen gyldighet, er det rimelig å koncentrere seg om almenpraksis her i Utposten.

Hvilke faktorer kan forklare situasjonen for oss som jobber "i bushen", dersom det ikke er slik at i det minste noe av anklagen er berettiget?

MANGEL PÅ TID?

Mangel på tid anføres som et moment. Rimeligheten av dette som "unnskyldning" avhenger sterkt av hvordan det er i det aktuelle diskrikt. Det er klart at en lege som dekker tre distrikter alene, må gjøre meget med "harelabb". Således vil også alvorlig syke pasienter trolig få mindre av legens tid enn de har behov for. Hvis legen er godt kunnskapsmessig utsrustet på området, vil likevel mye være vunnet. Da blir tiden mest mulig effektivt brukt til pasientens symptomlindring. Det er vel ikke så mange av oss som jobber slik nå lenger, selv om det nok kan ha blitt striere i nord i den senere tid. Ellers vil tidspresset dels variere med hvilken type praksis en har. Men uansett: befolkningen vil trolig vise forståelse om vi prioriterer de døende høyt i tildeling av vår tid. Det er liksom da det er viktigst å ha doktor, synes de fleste. Få av oss vil, i en norsk praksis, ha flere enn en, eller i høyden to-tre slike pasienter på en gang. det bør være overkommeleg å offre nok tid til en riktig tett oppfølging av disse folkene den tid de lever.

Et annet tidsaspekt influerer også på situasjonen. Legens arbeidsstil innebærer oftest, enten i sykebesøk eller på visitt, at en skal undersøke pasienten og bestemme behandlingen for så raskt og effektivt gå videre til neste, eller til epikriser, henvisningsskriv og annet arbeid som virker fjernet fra den enkelte pasient. Møtet mellom lege og pasient er vanligvis relativt kort, mens sykepleiere, prester, sosionomer o.a. ofte har lengre samtaler som en større del av sin arbeidsdag. Mye av det som er viktigst å vite om den terminalt syke kommer sjeldent eller aldri frem under korte samtaler.

MANGEL PÅ KUNNSKAP?

Mangel på kunnskap anføres av en del anklagere, og en del kolleger. Det er reelt sett vanskelig å følge med på alle områder. Meget er skjedd, og utviklingen går raskt videre. Heldigvis er det kommet systematisk undervisning i symptomlindring ved en del av våre medisinske fakulteter. Så de av oss som har turnusleger i sin praksis, vil nok kunne hente kunnskap også på dette området fra slike nyutdannede kolleger. I den senere tid er det holdt en del kurs spesielt med tanke på behandling og omsorg for pasienter ved livets slutt. Og det drøftes hvorvidt en skal lage et fast opplegg i videre- og etterutdanningen av almenpraktikere, for eksempel som et årvisst emne-kurs. Men det kan av ymse grunner likevel ta lang tid før alle får noe personlig undervisning på området. Og pasienten som ligger hjemme med sine smerten, kvalme, dyspnoe, engstelse eller illelukkende sårssekresjon trenger hjelp i dag.

Det vil være kjent for de fleste at det er kommet en hel del litteratur på området i de senere år. En kan gripe fatt i det som er skrevet, lese det og PRØVE. En doktor som ikke vil gi seg, kan ofte finne nok av konkrete råd i disse bøkene. Kortfattet og kanskje særlig hendig er Svein Husebøs lille bok, "Smertelindring" (2). "Smerten og andre symptomer hos kreftpasienter" av Tønnesen (3) inneholder også mange nyttefulle opplysninger. Den nylig oversatte "Leve inntil døden" av Saunders og Baines (4) kommer fra utdannelsessentret fremfor noe annet når det gjelder behandling og omsorg mot livets slutt. Det er nok å velge i. Ja, det er blitt antydet at markedet snart må være mettet når det gjelder litteratur (5). Men man kommer langt med en eller to av



bøkene, forutsatt en ordentlig innsats fra legen, som ikke må gi seg i symptomfjellets første motbakke. Magne Nylenha har i denne utgaven av Utposten pekt på noen av de utdannngstilbudene som finnes.

Sikkert er det at enhver lege i landet bør kunne finne hjelp til å rette på den kunnskapmangel en måtte føle. Mye av det som er skrevet er i tillegg såpass lettlest at tilegnelsen bør gå nokså smertefritt. Kunnskapmangel er noe en selv ofte føler på kroppen og noe en selv kan rette opp.

MANGEL PÅ SELVTILLIT

Kan hende vi handler langsomt av frykt for å rokke ved behandling påbegynt i sykehus? I så fall er det neppe så stort problem som tidligere. Det er blitt mer selvtillit i standen de senere år. Jeg tror likevel dette for mange kan være et moment som bidrar til treghet i å endre en behandling som ikke fungerer, selv hvor den sviktende effekt skyldes at noe ved pasientens situasjon er endret. Det er neppe bare uttrykk for "almen-praktiker-paranoia" som jeg hevder at sykehukolleger, fylkesleger og offentlige helse-myndigheter fortsatt har en tendens til å synes at de tross alt vet så meget bedre på sykehus. Når det gjelder symptomatisk behandling av folk med dødelige sykdommer, kan vi legge det helt på hylla. Her er et område hvor doktor'n i bushen må handle ut fra situasjonen slik en finner den i øyeblikket. Det har skjedd mer enn en gang at en effektiv smertebehandling er blitt helt seponert når pasienten kom på sykehus, med pasientens økede lidelse som resultat. At det motsatte også tenkes å kunne skje, skal ikke benektes, selv om jeg ikke vet om noen eksempler. Poenget er at en må gå løs på pasientens plager med friskt mot, uavhengig av hvor eller når en behandling ble påbegynt, dersom den behandlingen ikke fungerer tilfredsstillende.

MANGEL PÅ TILGJENGELIGHET?

Kanskje vi oppleves som utilgjengelige, tross våre ambisjoner om "KOPP"? Kan dette være et bakenforliggende problem som leder til misnøye og anklage? Kanskje. Hver får spørre seg selv. Men jeg tror dette er det vi minst har å slite med i almenpraksis. På noen sykehus kan det derimot være et reelt problem at det stadig er forskjellige leger

som skal ta stilling til behandlingen. Pasienter med dødelige sykdommer er oftest tjent med at så få som mulig tar behandlingsmessige avgjørelser fra dag til dag..

MANGEL PÅ SAMARBEID?

Bunner noe av anklagene i samarbeidsproblemer yrkesgrupper imellom? Det kan virke groteskt å overhodet foreslå noe så smålig. Likevel lurer jeg en sjeldent gang. Leger, sykepleiere, hjelpepleiere, sosionomer, og prester føler alle at de har en viktig rolle vis a vis den dødssyke. Tidvis snakker folk som om deres egen yrkesgruppe har den aller viktigste oppgave for pasienten.

Jeg har en og annen gang, kanskje særlig i sykehus, sett situasjoner der en generell maktkamp mellom f.eks. leger og sykepleiere eller overlege og underordnede kan se ut som en bidragende faktor til at døende pasienter får mindre intens symptomatisk behandling enn de har bruk for. Vi ser legene som de ansvarlige og ledere av teamet, mens en del av de andre ser mange av oss som uinteresserte haleheng. Det er blitt hevdet i fullt alvor at om ikke leger tar en mere aktiv rolle ved å snakke med og ta seg bedre av dødssyke mennesker, så står en rekke grupper parat til å overta denne funksjonen. Rett eller galt, så var det trist om dette skulle være noen grunn til å jobbe spesielt hardt for de av våre medmennesker som er døende. Dessverre er det altså tidvis grunn til å frykte at kiving mellom helsearbeidere kan medvirke til suboptimal behandling.

MANGEL PÅ VILJE TIL Å REVURDERE?

Mangler vi vilje til å revurdere en diagnose eller behandling?

Gjelder dette i særlig grad der som behandlingen nettopp er blitt instituert? Her har kanskje studenten en fordel p.g.a. sin usikkerhet. Det har nylig stått i Utposten at vi blir mere skråsikre jo lenger vi arbeidet som leger (6).

Er det noe som trengs for å lykkes i behandlingen av pasienter med en dødelig sykdom, så er det viljen til å revurdere situasjonen, eventuelt daglig eller endog flere ganger for dagen. Hvis jeg starter medisinering, hvor lang tid tar det å få en akseptabel serumkonsentra-

sjon? Er det så lang halverings-tid for preparatet at det må bygge seg opp til en "steady state" før jeg kan vurdere den kliniske effekt, vil dette influere på svaret. En kan sjekke behandlingseffekten og eventuelt justere medisineringen så snart adekvat effekt rimeligvis kan forventes. Selv i vidstrakte øydistrikter vil telefonen gjøre dette mulig, uten at en venter til neste sykebesøk eller kontorkonsultasjon. Vanligvis vil det dreie seg om få timer.

MANGEL PÅ INTERRESSE

Verre er det med en annen anklage: Noen hevder at vi som yrkesgruppe mangler interesse for å avhjelpe våre medmennesker med deres plager hvis de ikke kan helbredes. De fleste vil føle en slik anklage som dypt urettferdig. Det er og har lenge vært mye som tyder på at leger er meget engasjert av sine pasienters skjebne, også når helbredelse synes utelukket. Eksempelvis ble vår holdning til slike pasienter tatt opp på etterutdanningskurs i APLF's regi allerede i 1974. Finn Carling og ass. overlege Johan Thaulow var foredragsholdere, og diskusjonen avspeilet et tydelig, ekte engasjement.

En kan observere store forskjeller mellom kolleger i den interesse de viser for alvorlig syke mennesker. Noen engasjerer seg aktivt i behandlingen av den enkelte. Andre ser ut til å være på det nærmeste uinteresserte. Medisinerstudenter kan tidvis synes sterkere engasjert enn de fleste legene. Er dette bare fordi studenter enda er "uprofessionelle", ikke ser begrensningene i behandlingen, eller er følelsesmessig lettere å rive med i medlidenshet for pasientene? Jeg tror vi dessverre må konkludere at en del av oss er blitt mere hardbarkede enn våre pasienter har godt av. Og en del av oss ser ut til å ha fått den holdning at dette tross alt ikke er vårt bord. Eller er det at vi ikke orker fordi det gjør så vondt inni oss når vi virkelig satser på å behandle en som er nær døden? Skjer det noe som gjør at studentenes pågangsmot svikter underveis?

Mangel på interesse er den alvorligste anklagen. Den innebefatter at vi egentlig er uprofessionelle, og den angriper vår individuelle menneskelighet.

Jeg er bedt om å anføre årsaker til at vi skulle være uinteresserte. Det har jeg meget vanskelig for å gjøre med noen grad av

sikkerhet. Jeg tror forklaringene kan være like varierede som ved menneskelig adferd forøvrig, og jeg tror de ligger dypt i individet.

Å virkelig nærme seg et dødssykt menneske på individplan, er det i vår profesjonsutøvelse som kanskje sterkest rører ved vår egen eksistensielle sårbarhet. Jeg tillater meg å tro at "patogenesen" til slik interesseangel må inkludere psykologiske sperremekanismer hos den enkelte.

Hvordan skal vi rette på dette? Jeg overlater til andre å vurdere om der finnes praktiske måter å influere på de postulerte, dypeliggende årsakene. Ellers innbiller jeg meg at det finnes flere muligheter til indirekte å øke kollegers interesse. Bl.a. vil øket kunnskapsnivå hos nye og "gamle" leger kanskje bidra til dette. En bakenforliggende hypotese i den tankegangen er at leger og andre vil tendere til å interessere seg for arbeide der de lykkes. Relevant medisinsk faglig kunnskap er en forutsetning for å lykkes i symptomlindring hos alvorlig syke. Kanskje kunnskapsformidling kan bidra til økt interesse gjennom en "god sirkel"?

KONKLUSJON

De fleste er vel enige i at det dødssyke mennesket trenger en ordentlig doktor. Hun/han trenger en interessaert, villig, tilgjengelig lege med tilstrekkelig relevant kunnskap og tilstrekkelig med tid.

Samtidig er det klart at alle leger har mulighet til å lykkes i sin behandling av de aller fleste dødssyke pasienter. Det krever kunnskap, en positiv innstilling og et visst monn engasjement i hvordan den enkelte pasient har det. Man har hittil med rette hevdet at det ikke bør være behov for spesialister i thanatologi her til lands. Unntatt for anestesiblokader og strålebehandling mot metastaser trengs det hverken dyrt, avansert eller spesialistpregede teknikker.

Riktignok kan det i blant være vanskelig å få pasientene ordentlig symptomlindret. Men vanskene vil nesten alltid kunne overvinnes. Forutsetningen er at pasienten har en lege som tenker igjennom problemene systematisk, behandler grundig, stadig kontrollerer virkningen av sine forordninger, og stadig revurderer sine standpunkter.

Med dette utgangspunkt vil selv

tilsynelatende intrakteble symptombilder kunne overvinnes.

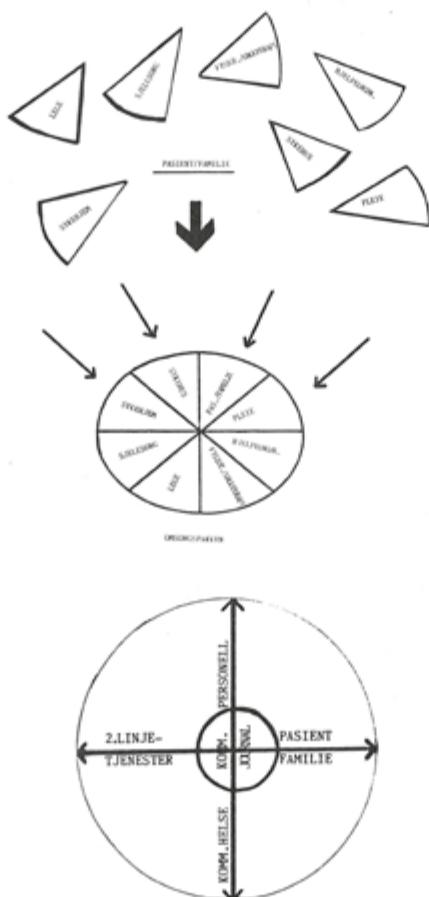
Hvis misnøyen med oss som gruppe skulle øke i tiden framover, kan en likevel frykte at en spesialisering på dette området kan tvinge seg frem. Jeg tror det ville bli et tap for de fleste av våre pasienter, for vårt fag, og for oss selv. Et ønske om kontakt med livet i alle dets avskygninger tør være en viktig del av hvorfor de fleste av oss har gått inn for faget.

Men hva blir facit? Er anklagen berettiget, eller kan vi fortsette i trygg forvissning om at den er urimelig og urettferdig? Kanskje vi skal spørre kollegene som arbeider på heltid med sakene for å få svar. De jeg har snakket med på begge sider av Atlanterhavet gir nok anklagerne delvis rett. Leger ligger ofte etter pleiepersonalet og andre helsearbeidere i å innse når dødssyke pasienter får utilstrekkelig symptomlindring. Leger er ofte underrepresentert i forsamlinger som skal forsøke å bedre forholdene, på tverrfaglige kurs, o.s.v. Det stemmer også med mine egne obervasjoner. Allikevel mener jeg hver av oss kan makte å gjennomføre en behandling av meget god kvalitet ■

LITTERATUR

1. Kübler-Ross, E. On Death And Dying. London: Tavistock, 1970.
2. Husebø, S. Smertelindring. Bergen/Oslo: Landsforeningen Mot Kreft, 1985.
3. Tønnesen, T.I. Smærter og andre symptomer hos kreftpasienter. Oslo: Universitetsforlaget, 1983.
4. Saunders, C., Baines M. Leve inntil døden. Oslo: Tano A/S, 1984.
5. Følling Elgjo, R. Bokanmeldelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1985; 105: 2086.
6. Westin, S. Problemløsning og beslutningsstil i almenpraksis. Utposten 1985; 14: 158-60.

Illustrasjoner fra side 36



Tabell til Paul Hellandsviks artikkel

	Totalt antall døde	Døde i sykehus	Døde i hj/åldersh.	Døde i hjemmet
Alle dødsfall 1957	83 (100%)	14 (17%)	3 (4%)	66 (79%)
Alle dødsfall 1984	145 (100%)	70 (48%)	42 (29%)	33 (23%)
Døde av kreft 1957	12 (100%)	2 (17%)	0	10 (83%)
Døde av kreft 1984	27 (10%)	21 (78%)	5 (18%)	1 (4%)

Blant de mange fryktinngytende opplevelsene som livets sluttfase byr på, er vel smerte et av de vanskeligste å håndtere, både for pasient og terapeut. Før eller siden vil de fleste av oss møte den følelse av makteløshet som følger når man har prøvd "alle" muligheter for å lindre pasientens plager uten å få ham smertefri. En del pasienter har riktig nok slike plager at full smertefrihet er uoppnåelig, men med dagens metoder har vi likevel betydelige muligheter til å gjøre livet lettere for dem.

Smertebehandling ved terminale lidelser

■ Smerte er et subjektivt fenomen. Smerteopplevelsen varierer avhengig av pasientens kulturelle bakgrunn, sinnstilstand, alder, kjønn, sosiale situasjoner eller med andre ord den totale livssituasjonen. Behandlingen kan være enkel og ukomplisert (f.eks. morfin ved postoperative sårsmørter). Imidlertid vil det, særlig ved de kroniske smerte-tilstandene hos mennesker i en vanskelig livssituasjon, være nødvendig med tverrfaglig vurdering ved flere spesialister. Dette er hensikten med smerte-gruppene som er i ferd med å organiseres ved flere av våre sykehus for tiden. Slike grupper bør der det er muligheter for det, bestå av neurokirurg, anestesiolog, onkolog, psykiater, fysioterapeut, sykepleier og sekretær. Det siste er ikke minst

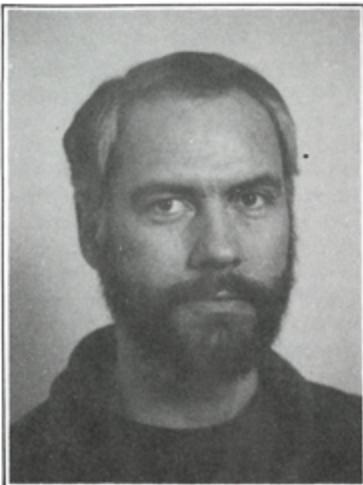
viktig, da oppfølging av smerte-pasientene og organiseringen av konsultasjonene er helt nødvendig for fremdriften i behandlingen.

Pasienter med terminale lidelser er kanskje mer enn andre avhengig av å føle at det er noen som bryr seg om dem - at det ikke er "glemt" i systemet. I denne artikkelen skal jeg forsøke å gi en oversikt over tankegangen og alternativene ved håndteringen av smertepasienter i livets sluttfase.

Smertetyper

For å kunne sette opp en hensiktmessig behandlingsplan, er det nyttig å prøve å klassifisere smertene. Dermed har man et grunnlag for en systematisk og

□ Terje Keyn
Anestesiavdelingen, Regionssykehuset i Trondheim



Terje Keyn er spesialist i anestesiologi og har arbeidet ved anestesiavdelingen ved Regionssykehuset i Trondheim siden 1980. Medarbeider i hospitalets smertebehandlingsgruppe fra 1984. Cand. med. fra Oslo 1977. To år i almenpraksis etter endt turnus-tjeneste.

uttømmende fremgangsmåte ved diagnostikk og behandling. Dette er spesielt viktig i de tilfellene der smertefrihet er uoppnåelig.

Det er mange måter å inndeile smerteopplevelsene på, men følgende har vist seg å være fruktbare med henblikk på behandlingsmessige konsekvenser. I første omgang kan man dele inn smerten i de akutte og kroniske smerte-tilstander.

Akutte smerter

er hensiktmessige, forsåvidt som de varsler om truende vevsødeleggelse og gjør pasienten og legen oppmerksom på at det er inntruffet en forandring som en må ta stilling til.

Kroniske smerter

snakker man om når smertene har vedvart i 3-6 mnd. Her gjelder det imidlertid å ha smertenes årsak in mente (dersom man kjenner den). Kroniske smerter har oftest mistet funksjonen av hensiktsmessig varsel og er blitt en plage som drar med seg fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser med redusert livskvalitet til følge. Kroniske smerte-tilstander må i mange tilfeller oppfattes som en sykdom i seg selv og behandles deretter. I den forbindelse bør man huske på at det forekommer akutte smerte-tilstander også hos folk som fra før har kroniske smerter.

Videre kan man inndeile smerter etter nevrofisiologiske og psykopathologiske årsaker. En skjelner her mellom 4 typer:

Type 1: smerter på grunnlag av vevsødeleggelse betinget av kjent fysisk stimulus. Smertene kan være akutte eller kroniske.

Type 2: nevrogen smerte - dvs. smerte som etter stimulus av nervesystemet er blitt sentralisert og lever sitt eget liv i nervesystemet. I denne klassen kommer postherpetisk nevralgi, amputasjonssmerter og lignende.

Type 3: kronisk smertesyndrom - smerter som i utgangspunktet hadde en fysisk årsak, men som fortsetter å eksistere etter at den opprinnelige årsaken er forsvunnet. Her finner man de fleste av de kroniske smerte-pasientene.

Type 4: psykisk smerte. Dette er smertetilstander som kan ledsage forskjellige former for psykisk sykdom og hvor det ikke er noen kjent fysisk årsak til plagene.

Diagnostikk

Som ved all annen legevirksomhet er grunnlaget for enhver behandling en grundig og nøyaktig diagnostikk. Man søker først og fremst gjennom en grundig anamnese å finne ut hvordan man kan klassifisere pasientens tilstand, og i den forbindelse kan det være nyttig å bruke standardiserte spørreskjemaer, særlig ved kroniske smerter. Disse skjemaene utstyres med figurer der pasienten kan tegne inn smertelokalisasjonen. Det er viktig at man prøver å danne seg et bilde av pasientens totale livssituasjon da smerter er et så subjektivt fenomen som det er. Det er også viktig at man i første omgang koncenterer seg om

at det i mange tilfelle er mulig å foreta en causal behandling av smertene. Man bør skaffe seg en oversikt over pasientene tidligere forsøk på å behandle smertere.

Behandling

Prinsippene for smertebehandling er de samme som hos pasienter med terminale lidelser som for andre. Prioriteringene er derimot ikke de samme. Idet man innretter seg på at overlevelse er umulig, vil man i mange tilfelle prioritere smertefrihet fremfor funksjon (f.eks. ved en friere bruk av nevroytiske blokader). Siktet målet med behandlingen er i alle tilfelle den samme, best mulig livskvalitet i den tiden som gjenstår. Jeg skal her gjøre behandlingen av smerter hos kreftpasienter til mønster for smertebehandlingen ved terminale lidelser. Detaljene i behandlingen vil det føre for langt å gi inn på i denne korte oversikten, interesserte kan benytte seg av litteraturhenvisningene til slutt.

Mange kreftpasienter vil fortelle at smerter er det enkeltsymptomet som gjør livet ulevelig for dem. Målet med behandlingen er således FULL SMERTERFRIHET. Disse pasientene er mennesker som ikke har annet håp enn det å være så fri fra plager som mulig i den tiden som er igjen. I enkelte tilfelle er målet ikke oppnælig, men man bør føle seg sikker på at man har gjort det som kan gjøres for å nå det, før man aksepterer en lavere målsetting. Man bør også løpende revurdere om det er mulig å komme lengre med andre behandlingsmetoder. Langt de fleste kreftpasientene - dersom man ser på alle kreftformer under ett - har smerter som et fremtredende symptom mot slutten av sin lidelse. Fra materialer utarbeidet ved hospic-avdelingene rundt omkring i verden er det klart at 80-90% av kreftpasientene vil kunne oppleve en tilfredsstillende kontroll av sine smerter ved adekvat behandling. En av de vesentligste hindringene for tilfredsstillende smertebehandling hos kreftpasienter er helsepersonellets - og spesielt da legenes - tilbakeholdenhets når det gjelder behandling, spesielt med opiater. Det er viktig å understreke at hos pasienter med reelle, akutte smerter er det svært liten risiko for utvikling av narkomani ved bruk av opiater. De aller fleste kreftpasienter har smerter som må rubriseres som akutte, selv om de har vedvart i flere måneder. Man skal ikke da holde igjen på



opiatbruken av frykt for å gjøre pasienten til narkoman. Det er heller ingen risiko for respirasjonsdepresjon så lenge pasienten har reelle smerter. Det er også viktig å merke seg at pasientene bør få smertebehandling også mens diagnostikk og utredning pågår. Det er ingen grunn til at en kreftpasient skulle gå med smerter på grunn av inadekvat behandling.

Et annet viktig moment i behandlingen av smerter hos terminalt syke, er at smertene i seg selv sjeldent kan sees på som et isolert fenomen, og at adekavat behandling av smertene ofte innebefatter behandling av smertene ofte innebefatter behandling av psykiske problemer og bivirkninger av de smertestillende medikamentene.

Til vår rådighet i smertebehandlingen har vi følgende armamentarium:

1. Analgetika.
2. Psykofarmaka
3. Blokader
4. Morfin epiduralt
5. Nevrokirurgiske metoder (cordotomi og hypofysectomi).
6. Radiologiske metoder rettet mot svulster.
7. Andre metoder som TNS og akupunktur.

Endelig skal man ikke glemme menneskelighet og omsorg som en av de viktigste faktorene i behandlingen av disse pasientene.

Analgetika

Analgetika kan man dele inn i to hovedgrupper: de narkotiske og de ikke-narkotiske stoffene.

Av de ikke-narkotiske stoffene er det prostaglandinsyntesehemmerne som er viktigst med acetylsalicylsyre og paracetamol som nøkkelpreparater. Disse har perifer virkning og ingen tilvenningsfare.

De narkotiske stoffene omfatter de forskjellige opiatene som har sentral virkning, og det er her en potensiell misbrukfare. I prinsippet går behandlingen ut på at man starter med de ikke-narkotiske preparatene, eventuelt supplert med Temgesic, beveger seg via de svake narkotika til de sterke, alt etter effekten på smertene.

Ved Regionsykehuset i Trondheim

har vi brukt behandlingsskjema som angitt i tabellen.

En vil se av denne tabellen at vi i tillegg til rent smertestillende også bruker psykofarmaka, Tricykliske antidepressiva har foruten en viss egen analgetisk effekt, en potenserende virkning på øvrige smertestillende og en humørstabilisrende virkning. Ved behandling av angstplager bruker vi benzodiazepiner og som kvalmestillende og sedativum brukes gjerne nevroleptika.

Hvis vi nå ser litt nærmere på typeinndelingen av smertene som vi foretok tidligere, får vi et noenlunde objektivt grunnlag for hvilken taktikk vi skal velge i smertebehandlingen.

Akutte smertes av type 1), altså med kjent fysisk stimulus, er det vanligste hos kreftpasienter. Dette er smertene som reagerer godt på analgetikabehandlingen, men som gjerne krever rask progressjon til opiatene. Det er som regel ingen fare for misbruk.

De øvrige typene, altså nevrogen smerte, kroniske smertesyndrom og psykisk smerte, reagerer dårlig på analgetika og i disse tilfellene kommer psykofarmaka stertere inn i bildet.

Ved kroniske smertetilstander er det som regel liten mulighet for å få pasienten helt smertefri, og det kan ofte bli snakk om å lære pasienten til å leve med smertene sine, eventuelt ved hjelp av medikamentell og annen behandling.

Et viktig prinsipp i all smertebehandling er at analgetika i størst mulig grad bør gis peroralt. Risikoene for toleranseutvikling, bivirkninger og misbruk er da lavest mulig. Særlig for pasienter som skal bruke medikamenter over lengre tid er dette viktig. Peroral medikasjon har også den fordel at det vil gi et jevnere serumspel døgnet rundt.

Som grunnsten i smertebehandlingen av kreftpasienter bruker vi ved Regionsykehuset i Trondheim morfin, fortrinnsvis i form av mikstur. Dette preparatet er tilstrekkelig i de aller fleste tilfelle, og det er sjeldent grunn til å gå over til noe annet. Effekten av morfin kommer raskt, og varigheten av smertelindringen er ca. 4 timer når man tar det peroralt. Det betyr at man som regel må dosere det ca. 6 ganger i døgnet, men dette vil variere fra pasient til pasient.

Metadon har vært mye brukt, og

man har ment at det på grunn av lang halveringstid skulle være lettere for pasienten å bruke. Det viser seg i praksis at det er vanskeligere å styre Metadon, nettopp på grunn av den lange halveringstiden, slik at man har større risiko for akkumulasjon og forgiftningssymptomer enn ved bruk av morfin.

Man starter behandlingen med en lav dose, gjerne 5-10 mg morfinmikstur x 6 og øker den så til man har smertefrihet. Det vil si at pasienten tar medikamentet etter klokken og ikke venter til han får smertes igjen. Målet er som sagt å holde pasienten smertefri uten at han får forgiftningssymptomer. Alle som bruker morfin får visse bivirkninger - obstipasjon er obligatorisk og behandles med avførende midler. En del får også kvalme, noe som kan gjøre det påkrevet med nevroleptika. Ved høyere dosering er det mange som får psykiske bivirkninger i form av svekket realitetssans, hallusinasjoner, drømmer og panikkopplevelser. Dette er sjeldent årsak til seponering, men kan betinge dosereduksjon. Det er igjen grunn til å understreke at det ved reelle, fysiske smertes er ubetydelig risiko for utvikling av narkomani og respirasjonsdepresjon. Pasienten må altså ikke nektes adekvat opiatbehandling under henvisning til disse risikofaktorene. I de tilfellene der perorale behandling er utilstrekkelig, bør pasienten innlegges. Man har da muligheter for å innstille pasienten på kontinuerlig intravenøs infusjon eller eventuelt kontinuerlig subcutan infusjon. Dette blir en oppgave for smertebehandlingsgruppen ved sykehuset.

Annен smertebehandling

Transcutan nervestimulering (TNS) er i enkelte tilfelle et brukbart supplement til analgetisk behandling, men er sjeldent hos kreftpasienter tilstrekkelig behandling i seg selv. Man kjenner ikke virkningsmekanismen for TNS, men man antar at den virker på samme måten som akupunktur. Fordelene med TNS er at det er lite bivirkninger, behandlingen er aldeles ufarlig, unntatt hos pasienter med pacemaker, og den kan administreres av pasienten selv etter behov. Akupunktur har jeg ingen erfaring med. Den praktiseres ikke ved Regionsykehuset i Trondheim. Men i prinsippet bør man kunne oppnå det samme med akupunktur som ved TNS. Felles for begge disse behandlingsformene er at de bør gjennomføres over flere uker for

å kunne si sikkert om de har effekt eller ikke.

Blokader

Det er tre typer blokader som hovedsaklig kommer til anvendelse hos terminalt syke, det er epiduralblokader, lumbal sympatheticus-blokade, og plexus coeliacus-blokade.

Epiduralblokader har begrenset nytte da det medfølger somatisk blokade hvis man bruker lokal-anestetika. Langt nyttigere er det da å legge inn et epiduralkateter og bruke morfin epiduralt. Ved hjelp av denne teknikken har man effektivt kunnet behandle smerten i truncus og på underekstremitetene. Fordelene ved denne teknikken er mange. Etter opplæring kan pasienten selv administrere smertestillene og holde seg smertefri. Morindosen er langt mindre enn ved systemisk bruk, og bivirkningsfrekvensen er lav. Ved å tunnelere epiduralkateteret subcutant har man kunnet la pasienten gå med kateter i månedsvis uten at det har oppstått infeksjoner. Når denne behandlingen svikter, er det først og fremst fordi kateteret av og til glir ut av epiduralsrommet. Hos enkelte vil det etterhvert bli smerten ved injeksjon av morfin, og dette kan vanligvis avhjelpes ved å tilsetté lokalaneestetika til morfin-løsningen før man injiserer.

Blokader av plexus coeliacus er det nyttig å kjenne til da man ved nevroytisk blokade ute kan avhjelpe smertetilstander i øvre abdomen, særlig ved pancreas-, lever-, galle- og ventrikkelkreft. Man foretar en nevroytisk blokade under gjennomlysning med alkohol og effekten vil ofte være i 2 mnd til ett år - i mange tilfelle resten av pasientens levetid.

Lumbal sympatheticus-blokade kan også være nyttig til å påvirke viscerale smertetilstander nedenfor navlen med omrent samme varighet av effekten som ved coeliacus-blokade.

Til slutt skal det nevnes at det finnes en del nevrokirurgiske metoder for smertebehandling. Hypofysectomi kan gi smertelindring, særlig ved skjelettmastaser. Ved cordotomi overskjærer man tractus spinothalamicus som fører smerteinformasjon fra ryggmargen til thalamus. En behandling som fører smerteinformasjon fra ryggmargen til thalamus. En behandling som etterhvert er blitt vanligere er

DCS, altså implantering av elektroder til epiduralsrommet for stimulering av ryggmargen.

Omsorg

Det er viktig at man under arbeidet med å prøve å behandle pasientens fysiske smerten ikke glemmer at resultatet i stor grad er avhengig av at man greier å vise medmenneskelighet. Smertebehandling kan aldri bli en ren teknisk prestasjon så lenge smerteopplevelsen er så sterkt knyttet til pasientens totale livssituasjon. Særlig når man skal behandle smerten som har bestått en tid, er dette viktig å ha klart for seg. Ved en aktiv og optimistisk holdning fra terapeutens side, kan svært mange av disse pasientene oppleve en vesentlig forbedring av livskvalitet. Man vil ofte komme til å føle seg på gyngende grunn i de tilfellene hvor de psykiske problemene dominerer. Dersom man har anledning til det, er det en fordel å kunne samarbeide med en psykiater eller psykolog. Mange vil også oppleve frustrasjon og maktesløshet overfor mennesker i en svært vanskelig livssituasjon, og jeg tror det er viktig at terapeuten også tar hensyn til seg selv med passende mentalhygieniske tiltak. Om man har anledning til å danne smertebehandlingsgrupper, kan man diskutere felles problemer og på den måten få avlastning med vanskelige kasus. I tillegg er det nok viktig at man setter grenser for pasientene slik at man ikke så og si bærer dem på ryggen til enhver tid. Den service man da vil kunne yte den tiden man har kontakt med dem, vil være desto bedre.

Det er flere ting jeg ikke har kommet inn på i denne artikkelen, så som fysioterapi, hypnose og biofeedback. Man vil kunne finne disse tingene nærmere omtalt i etterfølgende bokliste. Jeg vil spesielt anbefale boken: "Smertelindring" av anestesilege Stein Husebø ved Haukeland sykehus. Den gir en kortfattet og grei oversikt over emnet og bør finnes i enhver leges bokhylle ■

LITTERATUR

1. Husebø, S. Smertelindring.
2. Melzack R, Wall P. The Challenge of Pain. Penguin Education Paperbacks 1982.
3. Bond M. Pain: Its Nature, Analysis and Treatment. Churchill Livingstone medical text.

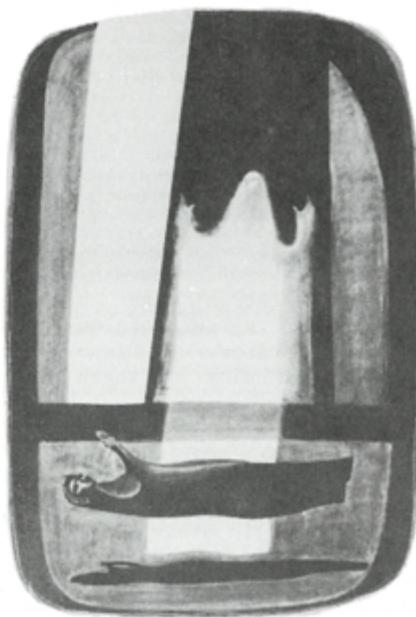
4. Melzack R. Pain Measurement and Assessment. Raven Press 1983.

5. Bonica J. Fourth World Congress on Pain, Seattle 1984. Raven Press 1985.

6. Benedetti et al. Recent Advances in the Management of Pain. Raven Press 1984.

7. Breivik H. Behandling av pasienter med kroniske smerten. Sætrykk av Tidsskrift for Den norske lägeforening nr. 19-20-21-22 1979.

8. Ericson M. Smertelindring med TNS. Liber forlag.



Veiledende mønster for smertebehandling ved Regionssykehuset i Trondheim

(NB. Alle doseringer er omtrentlige og må individualiseres etter alder/vekt/almentilstand)

I. AKUTTE MODERATE SMERTER

ASA 0.5-1g x 3-4, Paracetamol 0.5-1g x 3-4, Fenazon 0.5-1g x 3, Diflunisal 100-500mg

Alternativ: Indomethacin, naproxen, ibuprofen. (NB. fare for salt/vannretensjon)

II. AKUTTE MODERATE TIL STERKE SMERTER

Som I. og dessuten

Codein 30mg x 4, pentazocin 25mg x 4, Buprenorfin subling. 0.4 mg x 3, dextroproxyfen 100mg x 3.

III. KRONISKE MODERATE SMERTER

Som I.

IV. KRONISKE MODERATE TIL STERKE SMERTER

Som I. og dessuten

Amitriptylin 10-25mg vesper, pluss flupentixol 0.5-1.0mg morgen/middag; levomepromazin 10-25mg vesper, pluss som ved II.

V. OPIATTRENGENDE SMERTER (se tekst)

a) Perorale opiatter: morfinmikstur 5mg x 6 (Evt. methadonmikstur. Obs. lang halveringstid!)

+evt. antidepressiva/neuroleptika (Se IV)

b) Morfin på epiduralkateter (Se tekst)

c. Parenteral morfin im/iv/sc. Subcutan infusjon (spesialistoppgave?)

Offentlig utredning om pleie og omsorg

Magne Nylenna

Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker er tittelen på NOU 1984:30. Utredningen er resultat av arbeidet til et tverrfaglig offentlig utvalg ledet av professor Inge Lønning og med bl.a. professor Chr. Borchgrevink ved Institutt for almenmedisin i Oslo som medlem.

Utredningen gir en kortfattet oversikt over det arbeid som er gjort på dette området både i Norge og i utlandet.

Utvalget anbefaler at det opprettes egne avdelinger for lindrende behandling ved hvert av regionsykehusene. Man anbefaler også opprettelse av egne rådgivningsgrupper ved alle landets sykehus. Hjemmeomsorg omtales, og det presiseres at slik omsorg må delegeres til kommunehelsestjenesten.

Når det gjelder egne institusjoner for døende etter mønster av de engelske hospices anbefaler ikke utvalget at slike blir opprettet i Norge.

NOU 1984:30 inneholder mye nyttig kunnskap om medisinske og etiske sider ved terminal omsorg. Slike offentlige utredninger er ofte en slags mini-“lærebok” som på få sider skisserer de viktigste sider ved et problemområde. Dette er tilfelle også med dette 70 siders heftet som dessuten inneholder et 8 siders sammendrag for den særdeles travle leser.

Den første tilnærming til terminal omsorg kan med fordel bestå i en gjennomlesning av dette dokumentet.

Langtkommen kreftsykdom kan affisere mange av kropens organer og kan derfor medføre plagsomme symptomer for pasienten. Likeledes kan den igangsatte behandlingen medføre uheldige bivirkninger. Denne artikkelen tar sikte på å gi en oversikt over de vanligste plagene ved langtkommen cancer, deres årsaker og behandling. Smertebehandling bli ikke omtalt her.

Plagsomme symptomer Årsaker og behandling

Leif Landa
Ass. overlege, Fylkessjuke-
huset i Haugesund

Leif L. var medlem av Rådgivningsgruppen for behandling, pleie og omsorg av pasienter i livets sluttfase ved Regionssykehuset i Trondheim 1981-84.

■ SYMPTOMER FRA FORDØYELSESSORGANENE

Munntørrhet

Den vanligste årsaken er medikamenter med anticholinergeffekt, f.eks. tricykliske antidepressiva, fenothiaziner og antihistaminer. Opiatene, spesielt petidin, kan også gi munntørrhet. Av andre årsaker kan nevnes lokal strålebehandling, munnpusting og dehydrering. Ved medikamentutløst munntørrhet bør man vurdere om man kan redusere dosen eller seponere det aktuelle medikament, eventuelt skifte til et annet med mindre anticholinerg effekt. Ellers må munntørrhet behandles symptomatisk. Til pasienter i god almentilstand kan det anbefales å tygge tyggegummi eller bruke syrlige drops for å stimulere sputtproduksjonen. Kunstig sputt på sprayflaske er å få på apotekene og kan være til god hjelp. Pasienter i terminalfasen bør få knuste isbiter å suge. Intravenøs væskebehandling eller sondearnæring er sjeldent aktuelt hos dehydrerte døende pasienter, da disse som regel ikke plages av tørste.

Husk å smøre leppene så disse ikke sprekker og gir smertefulle sår.

Sår i munnhule og svele

Kreftpasienter har ofte redusert immunstatus på grunn av grunnsykkdommen og eventuelt cytostatika-behandling, og er derfor utsatt for infeksjoner. I svelet oppstår smertefulle sår ved virusinfeksjoner (herpes), soppinfeksjoner (candida) og bakterielle infeksjoner (stomatitis aphosa).

Beste behandling er profylakse, dvs. god munnhygiene. Candidainfeksjon kan behandles med nystatin (Mycostatin mikstur 1 ml x 4), eller amphotericin B (Fungizone sugetabletter 1tbl x 4). Ved recidiverende infeksjoner kan man forsøke chlorhexidin (Hibitane munnskyllevann 10 ml x 2). Aphtose sår er smertefulle men lindres som regel av steroid salve, evt. kan man bruke en lokal anestesisalve for måltid. Ved smertefulle stomatitter bør man vurdere antibiotikabehandling da disse ofte er bakterielle. Man skal være oppmerksom på at munnsår kan være forårsaket av dårlig tannstatus og at pasienten kan bli hjulpet av tannlege.

Svelgevaneker

Den vanligste årsaken er munntørrhet eller smertefulle sår i svelet og dette behandles som nevnt over. Andre årsaker er direkte passasjehinder p.g.a. cancer i hypopharynx, larynx, oesophagus eller mediastinum. Pareser i svelgmuskulatur kan oppstå som følge av innvekst i nerver eller hjernemetastaser. Dersom en obstruksjon i oesophagus ikke kan behandles kirurgisk eller ved hjelp av strålebehandling eller cytostatika, må pasienten ernæres via ernæringssonde eller få total ernæring.

Kvalme

Kvalme er et vanlig symptom som kan ha mange årsaker. Den er ofte en bivirkning til medikamenter som opiat, cytostatika, østrogener o.a.. Hypercalcemi som kan sees hos sengeliggende pasienter og ved skjelettmetastaser gir regelmessig kvalme som symptom. Uremi, økt intra-

Symptomer hos kreftpasienter. Behandling.

kranielt trykk ved tumor cerebri og hjernehæmorrhager, subileustilstander og omfattende stråleterapi er andre årsaker.

Behandlingen retter seg om mulig mot årsaken. Kvalmefremkallende medikamenter bør seponeres eller erstattes med et annet preparat. Pasienter som får smertebehandling med opiater bør alltid samtidig settes på et antiemetikum f.eks. chlorpromazin 10-25mg x 2-6, prochlorperazin (Stemetil) 5mg x 4-6 eller haloperidol 0,5-1,0mg x 2. Ved hypercalcemi og kvalme har corticosteroider (f.eks. Prednison) ofte en gunstig effekt. Likeledes er steroider effektivt ved økt intracranieelt trykk, vanlig brukt er dexamethason (Decadron) 4mg x 4 p.o., eller i.m. Kirurgisk behandling vil kunne være aktuelt ved obstruksjon i tarm eller urinveier.

I de fleste tilfelle vil imidlertid behandlingen være symptomatisk med antiemetika. Aktuelle medikamenter nevnt ovenfor, andre er metoclopramid (Primeran), thiethylperazin (Torecan), perphenazin (Trilafon) samt en rekke antihistaminpreparater.

Ved pågående brekninger bør man starte med parenteral eller rectal administrasjon og senere gå over til profylakse med medikament gitt per os eller rectalt. I terapiresistente tilfelle bør man forsøke en kombinasjonsbehandling med et fenothiazin, et antihistamin samt metoclopramid, f.eks. Stemetil 5 mg x 6, Marazine 50 mg x 3 og Primeran 10 mg x 3.

Diare

Årsaken kan være cancer i colon eller rectum, tarminfeksjoner, behandling med bredspektrede

antibiotika eller stråleskadet tarm. Periodevis diare kan også skyldes obstipasjon. Obstruksjon av pancreasgangene gir steatore.

Behandlingen er causal når det er mulig, f.eks. ved obstipasjon, tarminfeksjoner eller kirurgisk behandling ved f.eks. tarmfistel. Ved pancreassvikt tilføres pancreasenzymer.

I de fleste tilfelle må imidlertid diare behandles symptomatisk med f.eks. difenoxylat (Retardin) 1-2 tabl. x 4 eller loperamid (Imodium). Dersom pasienten har smerter, vil morfin eller metadon per os som regel også kupere diaren.

Obstipasjon

er hos kreftpasienter ofte utløst av inaktivitet, fiberfattig kost og lite væskeinntak. En annen vanlig årsak er behandling med opiatanalgetika. Obstruksjon i colon p.g.a. tumorvekst eller stråleskade vil også i begynnelsen arte seg som obstipasjon.

Behandlingen retter seg mot årsaken. Pasienter i god allmenntilstand bør stimuleres til aktivitet, få fibertilskudd i kosten og oppfordres til å drikke rikelig. Pasienter som får opiatanalgetika bør alltid settes på profylaktisk antiobstipasjonsbehandling, og man bør da bruke et kombinasjonspreparat som både er bløtgjørende og tarmstimulerende eller to preparater hvorav et volumökende/bløtgjørende og et tarmstimulerende. Forøvrig skiller ikke behandling av obstipasjon hos kreftpasienter seg fra hva som er vanlig å gi andre pasienter.

Ved tarmobstruksjon vil som regel

et kirurgisk innrep med reseksjon eller avlastning kunne utføres. Pasienter i terminalstadiet bør imidlertid ikke utsettes for operasjoner da dette bare vil øke plagene i den tiden pasienten har igjen. Dersom det tilkommer ileussymptomer vil avlastning med duodenalsonde samt adekvate mengder smertestillende være en bedre måte å lindre pasientens plager på.

SYMPTOMER FRA LUFTVEIENE

Dyspnoe

Dyspnoe hos kreftpasienter skyldes som regel redusert ventilasjonskapasitet og/eller gravanemi. Redusert ventilasjonskapasitet kan ha mange årsaker. Det kan være luftveisobstruksjon på et hvilket som helst nivå, kompresjon av lungevev p.g.a. pleuraeffusjon eller pneumothorax, tap av fungerende lungevev ved atelektaser, pneumoni, abscess eller utbredte lungemetastaser, eller lungeødem ved hjertesvikt eller lymfangitis carcinomatosa. Bronchialcancer er ofte kombinert med kronisk bronchitt og asthma.

Behandlingen bør rette seg mot årsaken. Blodtransfusjoner ved grav anemi har som regel bare kortvarig effekt og bør vel bare gis for å bedre pasientens allmenntilstand før aktiv behandling som kirurgi og cytostatikkbehandling. Det vil også være av verdi f.eks. umiddelbart før viktige familiebegivenheter. Ellers er indikasjonen for å gi blod avhengig av prognosene. Ved dyspnoe p.g.a. øvre luftveisobstruksjon er det indikasjon for tracheostomi der-

som ikke noe kan gjøres kirurgisk eller ved hjelp av strålebehandling eller cytostatika.

Dyspnoe p.g.a. pleuravæske villettes ved pleuratapping, men væsken vil som regel reproduseres fort. Asthma og hjertesvikt behandles etter vanlige retningslinjer. Hvorvidt man skal starte antibiotikabehandling ved pneumoni avhenger helt av pasientens almentilstand og prognose.

Dersom ingen kausal behandling kan gis, må pasienten få optimal systematisk behandling. Dyspnoe medfører alltid sterk angst og pasienten må ha fast vakt eller en pårørende hos seg hele tiden. Oksygentilskudd bør gis dersom pasienten subjektivt har nytte av det, men hos disse pasientene vil en maske foran ansiktet og pusting av tørr oksygen ofte være mer plagsomt enn nyttig. For å lindre pasientens kvelningsfornemmelser og angst skal man gi opiatanalgeika intravenøst i tilstrekkelig store doser og tilstrekkelig ofte. Man kan med fordel gi det som kontinuerlig infusjon og tiltre seg fram til riktig dosering. I tillegg bør man gi et nevroleptikum f.eks. klorpromazin, eller diazepam.

Hoste

Dette kan også i en del tilfelle være et plagsomt symptom som ødelegger nattesøvnen for pasienten. Produktiv hoste behandles etter vanlige retningslinjer ekspektorantia og evt. fysioterapi. Antibiotika gis ved tegn til bakteriell infeksjon, og broncholytika ved tegn til obstruktiv bronchitt. Ved tørrhoste brukes hostestillende midler av opiatgruppen. Vanligst brukt er folkodein (Cosylan) og kodeinfosfat. Hos disse pasientene kan man også godt bruke Morfin- eller metadonmikstur. Inhalasjon av varm fuktig luft kan være av verdi ved anfallsvis opptrædende hoste. Pasienten bør gjøres oppmerksom på at hosten forværres av røyking, men han må selv sagt selv avgjøre hva som betyr mest for ham.

"Dødsralling"

Døende pasienter har ofte surklende respirasjon, noe som skyldes manglende krefter til å hoste opp bronchialsekret og å svele spyt som samler seg i hypopharynx. Dette er vanligvis ikke plagsomt for pasienten selv, men kan være vondt for de pårørende å oppleve. Det kan lett behandles ved hjelp av scopolamin 0,4 mg s.c. x 3-6, eller atropin 1,0 mg s.c. x 3-6.

ANDRE SYMPTOMER

Hikke

Pasienter med uremi eller gastrointestinal cancer plages av og til av vedvarende hikke. Man kan forsøke klorpromazin 25 mg p.o. x 4, eller metoclopramid (Primperan) 10 mg x 3. Efedrin 20 mg x 3 p.o. kan også forsøkes, eventuelt Xylocain viskes 5-10 ml p.o. (ikke registrert).

Kløe

Dette er et vanlig symptom ved icterus og uremi. Sees også som symptom ved enkelte cancerformer, spesielt lymfomer, og kan være bivirkning av enkelte medikamenter. Den vanligste behandlingen er antihistaminer, og man bør om dagen velge et med svak sedativ effekt f.eks. dimetinden (Fenistil) 1-2 mg x 3, evt. med tillegg av et med sederende virkning om kvelden, f.eks. promethazin (Phenergan) 25-50 mg. Lokalisert kløe kan behandles med crotamiton (Eurax krem eller liniment).

Angst og depresjon

Dette skyldes ikke sjeldent at pasienten har fysiske plager. I tillegg vil sosial isolasjon, eventuelle oppklarte familiære eller økonomiske problemer og problemer av religiøs/eksistensiell natur være med og forsterke tendensen til angst og depresjon. God pleie, omsorg og støtte fra familie og venner samt hjelp fra sosionom og prest i eventuelle økonomiske, familiære eller eksistensielle problemer, vil kunne være til hjelp.

Hos noen bunner angst først og fremst i redsel for å få smærter, og det er derfor viktig å overbevise pasienten om at dersom han får smærter så kan de kontrolleres.

I de tilfeller der ovenfor nevnte tiltak ikke er tilstrekkelig, vil man kunne ha nytte av antidepressiva eller anxiolytika av diazepamgruppen ■

LITTERATUR:

1. Saunders CM (ed). The management of terminal disease. London 1978: Edward Arnold.
2. Saunders C, Baines M. Living and dying. London 1983: Oxford University Press.
3. Wilkes E. Dying now. Lancet 1984; 1: 950-952.

4. Geltman RL, Paige RL. Symptom management. Am J of Nursing 1983: 78-85.

5. Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker. NOU 1984:30.



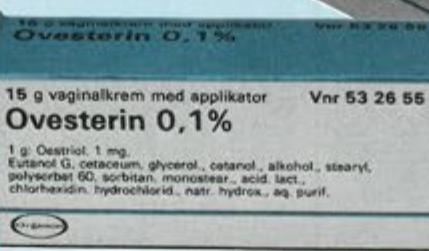
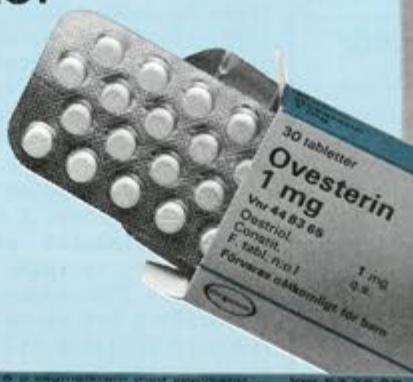


Ved behandling
av lokale
østrogenmangel-
symptomer.

Ovesterin (østriol)

- det naturlige østrogen

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



Organon A/S Asker
Fremstilt av: N.V. Organon Oss Holland

Nyhet

Ovesterin vagitorier • tabletter • vaginalkrem

For ytterligere informasjon, se felleskatalogtekst.



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

Omsorgsrådet i Landsforeningen mot Kreft

I 1984 opprettet Landsforeningen mot Kreft et Råd for Omsorg for alvorlig syke og døende. Rådet, som er tverrfaglig, satte seg fire kortsiktige mål, nemlig å arrangere landskonferanser om omsorg ved livets slutt, å opprette rådgivningsgrupper ved sykehuse i Norge, å etablere en egen publikasjon og bygge opp et ressurssenter.

■ **Magne Nylenna**

I løpet av de første to årene Rådet har eksistert har man langt på vei nådd disse målene. Den tredje landskonferansen arrangeres i Tromsø i mai og etter dette vil slike konferanser sannsynligvis bli arrangert annethvert år. Egne rådgivningsgrupper er opprettet ved ca. 25 sykehus. Et eget blad, *Omsorgsbulletinen*, utgis tre ganger årlig og formidler stoff om omsorgsarbeid i videste forstand. Dette bladet kan fås ved henvendelse til Landsforeningen mot Kreft. Et ressurssenter er etablert i Trondheim og her kan man få råd og tips både om studiemateriell, bøker og filmer. En egen undervisningskomite er også opprettet.

I årsrapporten for 1984/85 skriver Rådets formann, hovedprest John Mauritzén, at det må være et mål for det videre arbeid at undervisning om omsorg for alvorlig syke og døende må komme inn i grunnutdanningen for alt helsepersonell.

Omsorgsrådet må arbeide for et helhetsperspektiv på pasienten og for at livskvalitet skal være målet for all behandling, pleie og omsorg, skriver Mauritzén.



Aktuell omsorgslitteratur

■ **Magne Nylenna**
(i samarbeid med hovedprest John Mauritzén, Trondheim)

1. Ingebretsen R, Sandsberg S. Nær livets grense. Livstruende sykdom, sorg og død. Oslo: Universitetsforlaget, 1985. En artikkelsamling som tar for seg situasjonen ved livstruende sykdom slik den fortner seg både for pasient og pårørende. Også omsorg for omsorgspersonalet børres.

2. Qvarnstrøm U. På dødsleiet. Tanker og opplevelser. Oslo: Tiden, 1982. En bok som tar opp dynamikken i den døende pasients følelsesmessige reaksjoner.

3. Parkes C M. Sorg. Oslo Gyldendal, 1976 (Kjempefakkelen). En klassiker om sorgens innhold og ytringsformer. Forfatteren som er psykiater er en av verdens fremste sorgforskere.

4. Zorsa V. Janes død. Oslo: Tiden, 1982. En fin og varm beretning som gir god innsikt i terminalomsorg.

5. Feigenberg L. Pasienten,

legen og døden. Oslo: Gyldendal, 1978. Forfatteren, som er svensk psykiater, er opptatt av prinsippene for den hjelpe og omsorg enhver lege bør kunne gi sine pasienter i terminalstadiet.

6. Worden J W. Grief Counselling and Grief Therapy. A handbook for the mental health practitioner. New York: Springer Publishing Company, 1982. En kortfattet, oversiktlig bok om de ulike sider ved sorg og hjelp til sorgende.

7. Ajemian I, Mount B M. The R.V.H. Manual on Palliative/Hospice Care. A resource book. Salem, New Hampshire: The Ayer company, 1982. En oppslagsbok for alle sider av terminalomsorgen bygget på erfaringer fra avdelingen for lindrende behandling ved Royal Victoria Hospital i Montreal.

8. Garfield C A. Psychosocial Care of the dying Patient. London: McGraw-Hill, 1978. En bok spesielt beregnet på leger med råd og retningslinjer for terminal omsorg. I livets slutskede. Rapport från utredningen rörande vissa frågor betreffande sjukvård i livets slutskede. Stockholm:

Socialdep, 1977-79. I alt 7 hefter:

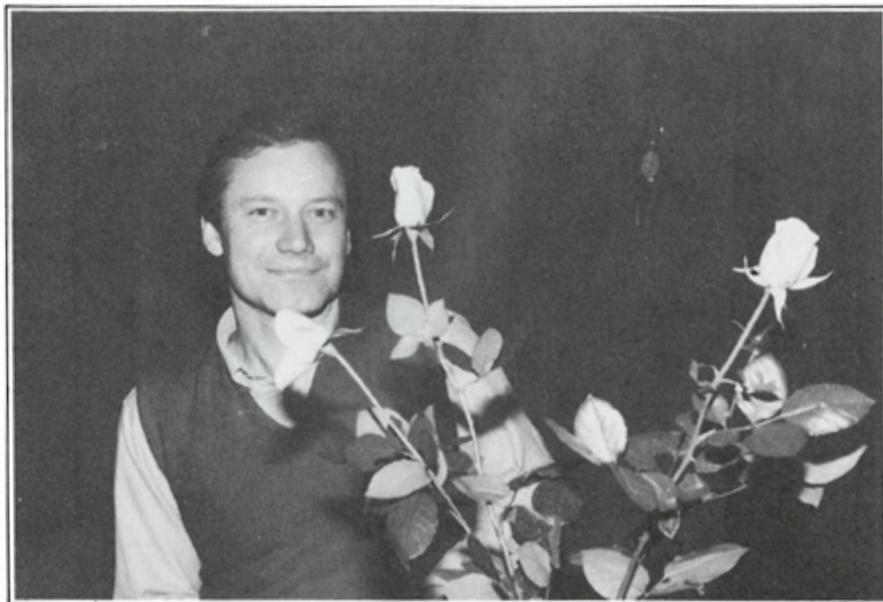
- a. Vårdpersonal. Utbildning og attityder (SOU 1977:81).
- b. Att dø på sjukhus (SOU 1977:82)
- c. Patienter (SOU 1977:85)
- d. Läkaren och den svårt sjuka patienten (SOU 1978:82)
- e. Anhöriga (SOU 1979:20)
- f. Plötslig och oventad död (SOU 1979:21)
- g. Barn och döden (SOU 1979:22)

Tønnessen T I. Smarter og andre symptomer hos kreftpasienter. Oslo: Universitetsforlaget, 1983. En bok i almenpraktikerbiblioteket med hovedvekt på praktisk smertebehandling.

Husebø S. Smertelindring. Oslo: Landsforeningen mot Kreft, 1985. Et kortfattet teksthæfte som sammen med to videofilmer utgjør en undervisningspakke om smarter og smerteplager.

Almenpraksis - tema med variasjoner

Olav Rutle har disputert på undersøkelse om ulike måter å arbeide på i primærlegetjenesten.



Gunnar Tellnes

Ros og roser til Olav R. - også fra UTPOSTEN.
(Foto: Magne N.)

■ Almenpraktiker Olav Rutle ble i 1977 knyttet til Gruppe for helsetjenesteforskning på halvtid. Han har i årene som er gått nedlagt et betydelig arbeid for å belyse situasjonen for pasienter og leger knyttet til primærhelse-tjenesten. Hans forskning har vært fruktbar, og den har ført til tre sentrale rapporter som idag ofte sees referert i almenmedisinsk litteratur og undervisning:

- "Primælegen ut av skyggen."
- "Pasienten fram i lyset."
- "Allmenpraksis - tema med variasjoner."

De tre bøkene er kommet ut henholdsvis som Rapport 1/81, 1/83 og 8/84 i serien som utgis av Gruppe for helsetjenesteforskning ved SIFF.

Den siste boken var grunnlaget for Olav Rutles doktordisputas som fant sted i Gamle festsal ved Universitetet i Oslo den 17. januar 1986. Kvelden før avholdt han to spennende prøveforeles-

ninger i auditoriet på SIFF. Selvvalgt emne var:

"Helse for alle - er "kommunediagnose" ein veg å gå?"

Forelesningen var høyaktuell med fokusering på primærhelse-tjenestens oppgaver i det forebyggende arbeid for å nå målet "Helse for alle i år 2000". Olav Rutle belyste dette tema på en fengende og klar måte. Oppgitt emne var:

"Hva forstår man med kvalitet i almenpraksis, hvordan kan den måles, og hvordan kan den bedres?"

Også dette foredraget var tankevekkende, og det belyste områder vi almenpraktikere er nødt til å ta alvorlig.

Ved selve disputasen mottok Olav Rutle stor ros fra både 1. motstander, professor Bjørn Smedby fra Sverige, og 2. motstander, professor Anders Forsdahl fra Tromsø. Også professor Chr. F. Borchgrevink var med i bedømmelseskomiteen som på forhånd

hadde avgitt en skriftlig vurdering med følgende konklusjon:

"Arbeidet ruver kvantitativt og kvalitatativt, og representerer et verdifullt bidrag til den ennå sparsomme forskning omkring almenmedisin og almenpraksis i vårt land. En samlet bedømmelseskomite finner uten tvil avhandlingen verdig til å forsvareres for den medisinske doktorgrad."

Under disputasen viste Olav Rutle inngående kjennskap til sitt datamateriale, dyp innsikt i almenmedisinens sær preg og forståelse for riktig bruk av statistiske metoder.

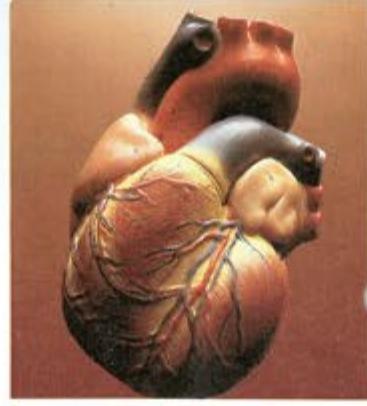
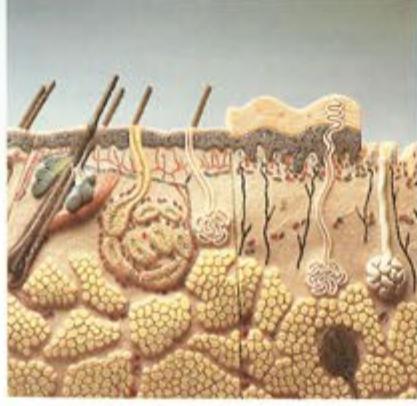
Olav Rutle er fortsatt almenpraktiker på deltid på Jessheim, han er tilknyttet Gruppe for helsetjenesteforskning på SIFF, og han er formann i Norsk selskap for almenmedisin. hans innsats for utvikling av faget almenmedisin og høyning av kvaliteten i dagens kommunehelsestjeneste er derfor betydelig ■



Marvelon® med desogestrel

DØSEGSTREL OG ETINYLOESTRADOL

- det nye p-pillegesta nærmest naturlig pro.



Monofasisk, enkel for pasienten og utmerket sikkerhet.

(Pearl index: Metodefeil 0,0 (0,0–0,2).
Pasientfeil 0,1 (0,0–0,4).¹³

Ingen androgen effekt forventes^{19, 20, 21, 22} og bedring av eksisterende androgene symptomer er rapportert^{21, 21a, 21b}

Gunstig lipidprofil med positiv virkning på HDL.^{39, 40, 41}

Marvelon «Organon»

Antikonseptivsmiddel

TABLETTER: Hver tablet innneh: Desogestrel 0,150 mg., etinyloestradiol 0,030 mg. Content: q.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Monofasisk estrogen/pgestagen kombinasjon med god cyklykontroll. God antikonseptivell sikkerhet. Pearl Index: Metodefeil 0,0 (0,0–0,2). Pasientfeil 0,1 (0,0–0,4). Ingen androgen effekt forventes, og bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert. Normalt liten eller ingen virkefortanding. Øker plasmakoncentrasjonen av HDL-cholesterol.

Virkningsmekanisme: 1. Udsynskontrolle av ovulasjoner. 2. Påvirkning av cervicalsekretet slik at spermienes passasje vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometrium med redusert mulighet for nidasjon. Absorbasjon hurtig. Maximale plasmakoncentrasjoner: Desogestrel: 0,8–1,3 timer. Etinyloestradiol: ca. 1 time. Halvveisperiod: Desogestrel: ca. 1,5 timer. 3-keto-dihydrogestin (aktivt metabolitt): 16–21 timer. Etinyloestradiol: ca. 28 timer. Metabolisme: Blods etinyloestradiol og desogestrel metaboliseres i leveren. Utslipp: Via urin og fæces. Overgang i mørkeur. Man har påvist både estrogen- og gestagener i mørkeur.

KONTRAINDIKASJONER: Absolute: Tromboemboli eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Leverfunktionsstyrkeminder, icterus, Dubin-Johnsons syndrom, Rotor-syndrom, gravideitstidens i anamnesen (gjenomgått hepatit med normalisert leverfunktjon er ikke kontraindikasjon). Verifisert eller mistekst cancer mammae, verifisert eller mistekst estrogenasenogene tumorer, udagjostsett gennobladdning, arteriell hypertension, sickle-cell anemi, porfyri, herpetes gestrations i anamnesen. Relativt: ikke-elastert menstruasjon.

BIVIRKINGER: Alvorlige bivirkninger som tromboembolier (hjerne, hjerte, lunga, dype vener) forekommer. Andre bivirkninger er blodningsstyrkeminder, vannrettesmiser, mastalgia, kvalme, hodepine, migrrene og mentale forstyrrelser (depresso), samt synsforsyntymper. Endring av vekt, libido, samt klinikkjennsler, normalevner og tester. Arteriell hypertension kan oppstå. Oppstyrte tegn på uterus, ikke nødvendigvis relativt til preparatet, skal tilsvare korrespondent struktu avbryts. Tiltrekk av revertorandninger (adenom, lokal nodular hyperplasi) er beskrevet hos kvinner som har brukt p-piller. Forandringerne kan arte seg som akutte buksamerter eller tegn på intra-abdominal blodning.

FORSIKTHETSSREGLER: Før behandling institueres grundig gynækologisk undersøkelse inkludert mammam-undersøkelse, sukker i urinen, blodtrykksmåling. Kvinner som bruker preparatet har konspesials hvert hårvin. Ved disse undersøkelsene blir spesielt oppmerksomhet rettet mot cykluslengde, knoppsvikt, blodtrykk, øyst og bekkemorganner, ben og hud. Cyklogiske prøver må tas ved starten av behandlingen. Bruk av perorale antikonseptivsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opprette tegn på tromboembolier under behandlingen, slik som premenstruel utsettelbart sepsones og patienten undersøkes nøy. Bruk av preventjonsstabsletter må avvikes 14 dager før den første menstruasjon. Dette gjelder også for de som har høyt risiko for tromboembolier. Preventjonsstabsletter kan redusere glykosidtoleransen, og diabetikere bør sitt under streng legekontroll. Dette gjelder også for pasienter som ider av antipsykotika- eller nymedikamenter. Unger bør ha etablert blodstasjoner før preventjonsstabsletter forbrukes. Preventjonsstabsletter kan fremkalde for høyt blodtrykk hos disponerte kvinner, og medføre høyt risiko for hjerte- og blodkjertelsykdom, og ved høyt blodtrykk kan føre til hjerteinfarkt. Et høyt blodtrykk kan føre til hjerteinfarkt avbrytes. Det er viktig å kontrollere hvor mange tabletter kvinnene har tatt igjennom. Andre ikke-hormonelle antikonseptivsmidler bør da benyttes.

INTERAKSJONER: Samtidig innstakk av andre legemidler som ritamipicin, barbiturater og hydantoiner under minstens preparatets pålitelighet. DOSERING: 1 tablette daglig i 21 dager fra menstruasjonens første dag. Etter 7 tablister/21 dager påbegynnes en ny serie med 21 tabletter. Hvis en tablet av en eller annen grunn ikke tas om kvelden, skal den tas neste morgenen. Nesten tablet tas som vanlig om kvelden samme dag. Hvis 36 timer etter mer gitt siden sist tablet ble tatt, bør annen preventjons anvendes i tillegg den første.

PAKNINGER OG PRISER:

3 x 21 Kr. 68,70, 6 x 21 Kr. 129,50

1.10.1990

genet gesteron



Normalt liten
eller ingen
vektforandring¹³

God cykluskontroll

88,1 % i tredje og 90,9 %
i sjette cyklus hadde ingen
uregelmessige blødninger.¹³



Miniintervju med Hans
Asbjørn Holm:

Bedret smertelindring en hovedutfordring for legene

□ Magne Nylenna □



- Mer kunnskap om smerter og smertelindrende medikasjon er nødvendig om legene skal kunne tilby pasienter med kroniske smerter et fullgott tilbud. Slik kunnskap finnes og Lægeforeningens Pedagogiske avdeling ser det som en viktig oppgave å formidle denne kunnskap til legene, sier Hans Asbjørn Holm, leder av Pedagogisk avdeling, Soria Moria.

- Det er startet opp et eget forsøksprosjekt omkring opplæring i diagnostikk og behandling av smerter og en egen prosjektgruppe utarbeider et komplett undervisningsopplegg.

- Hva består dette opplegget i?

- Det er todelt og består av en holdningsskapende del i form av en videofilm og en direkte kennisformidlene del i form av en "kokebok" i smertebehandling.

- Er det egentlig behov for mer litteratur på dette området? Er det ikke først og fremst et spørsmål om å benytte det som er tilgjengelig?

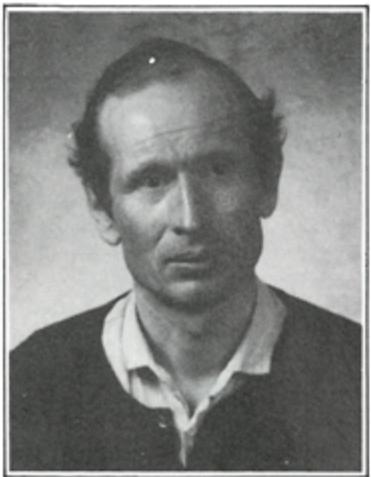
- Vi føler nok at det mangler en konkret og bruksrettet oppskrift i smertebehandling, sier Hans Asbjørn Holm til Utposten. Sammen med videofilmen vil dette heftet utgjøre en helhet som vil være egnet for leger både i og utenfor institusjon. I Pedagogisk avdeling ser vi på dette prøveprosjektet som en spennende oppgave, og vi håper at tiltaket kan medføre en nivåheving av smertebehandlingen i Norge. ■

REFERANSER

13. Weijers M. J. Clinical Therapeutics 1982, 4 No 5, 359-366.
14. Culberg, G. et al. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl 1982, 111, 47-54.
20. Hammond, G. L. et al. Fertility and Sterility 1984, 42, 44-51.
21. Palatsi, R. et al. Acta Derm Venereol (Stockh) 1984, 64, 517-523.
21. a) Dewis, P. et al. Clin Endocrinol 1985, 72, 29-36.
21. b) Culberg, G. et al. Acta Obstet Gynecol Scand 1985, 64, 195-202.
22. Culberg, G. et al. Contraception 1982, 26, 229-243.
23. Bergink, E. W. et al. Contraception 1982, 25, 477-485.
24. Bergink, E. W. et al. Contraception 1984, 30, 61-72.
24. Samsioe, G. Contraception, 1982, 25, 487-504.

Er dette vårt b

□Kjell Nordby □
almenpraktiserende lege,
Molde



Kjell N. er cand. med. fra Oslo 1973. Turnus Florø/Tromsø. Etter det ett år ved Åsgård sykehus. Fra 1978 drøyt halv jobb i lege senteret i Molde. Sprakk på Birkebeineren i -81.

Funksjonshemming representerer som regel en nokså kronisk stressituasjon for en familie. Man må stadig baute seg fram, intet er skreddersydd på forhånd. Stadig kreves improvisasjoner og utradisjonell tankegang for å skape løsninger som fungerer.

Jeg veit ikke hvor mange brev vi har skrevet til offentlige kontorer - og tildels også private organisasjoner p.g.a. vår funksjonshemmde datter, for våre andre barn har det aldri vært nødvendig med noe brev.

Det følgende har sitt utgangspunkt i et brev jeg skrev til vår lokale musikkskole om funksjonshemmades problemer. I brevet nevnte jeg en passant at "man hos kultursjefen intet aner". Dette medførte at jeg fikk tilsendt kommunens kulturplan som er under utarbeidelse -og ble bedt om å kommentere den.

En privat sak? Jeg tror leger kan ha nytte av å bli påmint disse problemene. Vi sitter sentralt i mange kommuner, og har et slags ansvar for å være med å skape løsninger og gjøre andre kjent med disse problemstillingene.

BREV TIL KULTURSJEFEN I MOLDE

Det er godt mulig at kultursjefen i Molde har grunn til å føle seg noe støtt over min respektløse formulering om at man "der intet aner". Den ble nedtegnet i frustrasjon over stadig å oppleve at vi må be om ting for vår eldste funksjonshemmde datter, mens tilbudene kommer strømmende på til våre to andre funksjonsfriske barn. Vi opplever ikke i særlig grad at kommunale organer tenker for oss. Hennes tilværelse er i altfor stor grad avhengig av vår kreativitet, det

er vi som må tenke, og det er vi som må planlegge. Gunnhild har stort sett et meget bra tilbud i forhold til de muligheter som foreligger. En stor del av hennes tilbud skyldes hennes såkalte resurssterke foreldre, hva hadde skjedd hvis hun kom fra en ressurssvak familie? De fleste familiemedlemmer sliter tungt, og det kan virke temmelig umulig for kommunale organer å forandre vesentlig på deres situasjon. Jeg synes i hvert fall det er vanskelig å ha et funksjonshemmet barn, og kan meget godt forstå at andre utenforstående vil ha vansker med å se hva som kan gjøres.

Nok om det, jeg er takknemlig for at man hos kultursjefen reagerte på brevet mitt. Jeg synes at det er positivt at man i en kommunal kulturplan har tatt med grupper med spesielle behov.

Inndelingen kan gjøres på en annen måte, jeg veit ikke hva som er best. Men man kunne også inndeile etter funksjonsproblemer "eldre" er f.eks. en svært inhomogen gruppe.

Jeg er enig i tanken i pkt. 14,3, men om problemene omkring delaktighet/integrering av de omtalte grupper vesentlig dreier seg om menneskelige og/eller økonomiske ressurser er jeg mer usikker på. For meg synes hovedproblemet å være at ingen tenker på å få "utgruppene" med. Kulturelle aktiviteter fungerer vel stort sett ved at folk melder sin interesse for å være med, eller at det averteres etter interesserte. Utgruppene problem er at de nettopp ofte mangler initiativ og "drive" til å henge seg på. Vi velfungerende vil til og med også ble spurta om å delta av og til, enda vi som regel har mer enn nok å gjøre før, mens utgruppene aldri vil

bord?

Utposten har omrent samtidig fått disse to artiklene fra Kjell Nordby og E. Einarsen. Vi presenterer dem sammen fordi den første stiller spørsmål og den andre skisserer mulige svar.

bli spurt. Eller for å si det på en annen måte: De rikere blir alltid rikere, de fattige fattigere.

Hva man kan gjøre med dette? Skal interesseorganisasjonene gå på kulturaktivitetene og be om å bli tatt med? Eller skal noen, f.eks. i kommunen ha som oppgave å bearbeide kulturorganisasjonene og koble dem sammen med det enkelte individ? For mange i utgruppene er et hovedproblem manglende initiativ, og det vil lett komme til å kreve forholdsvis tett oppfølging å få brakt dem ut av deres isolerte tilværelse.

Angående virkemidler/tiltak: Det er klart at fysiske forhold kan vanskeligjøre deltagelse. Det er vel samlet et stort problem, men samtidig velsignet konkret å forholde seg til. Gå gjerne i gang med alt dette tekniske og bygningsmessige, men jeg er redd storparten av utgruppene vil bli isolerte likevel av de grunner jeg har pekt på i forrige avsnitt. Og vi er vant til å la andre få være i fred, la dem leve sitt liv slik de vil leve det. Og i det ligger et problem som kan vise seg å blokkere for all videre utvikling - hvis da ikke noen tør bevege seg over noen av de gjelder som vi har satt opp rundt oss selv og andre.

For oss vanlige mennesker er kulturtildogene noe som kommer i tillegg til arbeid og hjemmeaktiviteter. For utgruppene vedkommende er hele deres tilværelse preget av liten aktivitet, tildels p.g.a. liten yteevne, men kanskje også p.g.a. delvis noe avvikende adferd. For disse kan kanskje kulturtildug være enda mer vesentlig enn for oss normalfungerende. MEN det må ikke få oss til å glemme å forsøke å gi dem arbeid/sysselsetting. Bedre kulturtildug må

ikke få oss til å glemme at for mange av dem ville meningsfylt arbeid i en eller annen form være enda viktigere.

Jeg går nå over til noe som kanskje ikke har direkte med kulturretaten å gjøre, og kultursjefen får ha meg unnskyldt når jeg påstår at: ingen i kommunen aner noe om hvordan det problemet skal løses. Årsaken til at jeg ganske ubedt tar opp dette emnet, er at det synes svært vanskelig å få igangsatt noe på dette området, og jeg griper anledningen nå når jeg allikevel har en av etatene. Kultursjefen har jo allerede en viss erfaring i å oversende mine brev til rette vedkommende. Såvidt jeg kan forstå, bør det følgende oversendes eller tas opp med samtlige etater i kommunen, og også legges fram for kommunestyret som problem: Hvordan skal man klare å skape vettig sysselsetting/arbeid for endel svakt-fungerende i Molde kommune? Selvom ikke kultursjefen innser dette som sitt problem, ber jeg om at han tenker gjennom problemstillingen. Løsningen på dette problemet må bli så nyskapende at man kanskje må bryte ned etats-tenkningen, lag en idegruppe og la kreativiteten blomstre i medmenneskelighetens navn. Hvem er det så jeg snakker om? Det er mennesker som gungerer dårlig sosialt, det er folk med fysiske skader ofte etter ulykker, det er folk som har eller har hatt psykiske lidelser, det er de evneveike, de med adferdforstyrrelser, og de med generelt nedsatt utholdenhets såvel psykisk som fysisk. Se dere om og tenk dere om - så vil dere komme på noen av dem, det er bare så forstemmende lett å glemme dem.

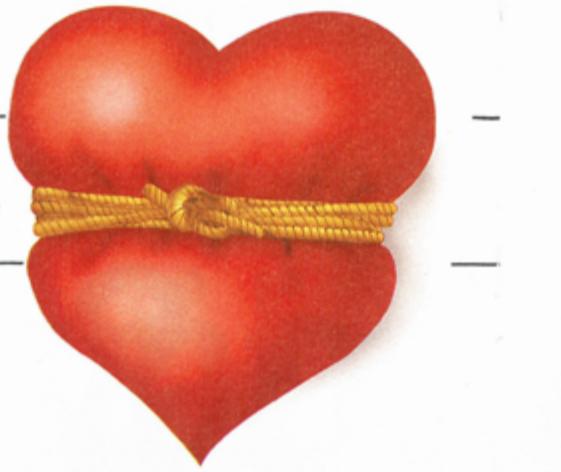
Jeg kunne tenke meg at det ble skapt et arbeidssenter eller aktivitetssenter her i kommunen. Et senter som kan være et sted for mange av disse å arbeide og

kanskje også delvis å være. Vernet arbeid i tradisjonell forstand er som regel for krevende for disse slik det synes å fungere. Lag et sted med delvis interne oppgaver, delvis oppdragsvirksomhet av enkel art. F.eks. budtjenestesentral for kommune og større bedrifter, handletjeneste for eldre som ikke klarer å komme seg ut, kopieringstjeneste for kommune og fylkeshus. Kikker man nøyere etter vil man se at det er en rekke steder man kunne la folk med redusert yteevne gå inn og samtidig ville de oppleve økt mening med tilværelsen. Det er egentlig ganske skummelig, men samtidig typisk menneskelig, at våre egne lønnskrav og velferdskrav opptar oss langt mer enn behovene til disse svake gruppene. Lag et sted å være der torskelen for å være med er lav, og toleransen for lav yteevne er stor. Min bønn til dere er at dere prøver å tenke, tenk nytt. Prøv å sette dere selv i disse menneskenes sted, og tenk samtidig på hvor mye arbeid og fri-tidsaktiviteter har å si for oss og for vår opplevelse av å leve et rikt og meningsfylt liv.

Jeg vet ikke om at noe slikt som jeg foreslår finnes i Norge, men et sted må man i alle fall begynne, så hvorfor ikke her. Og det ville virkelig bli lagt merke til om man fikk til noe slikt, det er jeg overbevist om. Jeg ser også at byråkratiske regelverk kan skape vansker, men regler og byråkrati skal være til for å gjøre våre liv bedre. Fungerer de ikke slik, må de jo kunne forandres.

Fra min side har dette vært et forsøk på å være positiv og konstruktiv. Det jeg er redd for er følgende: Det nikkes velmenende, men ingen lovregler kreves at forslagene følges opp, og ingen i etatene har kanskje noen person-

angina pectoris



SORBANGIL®

ISOSORBIDINITRAT

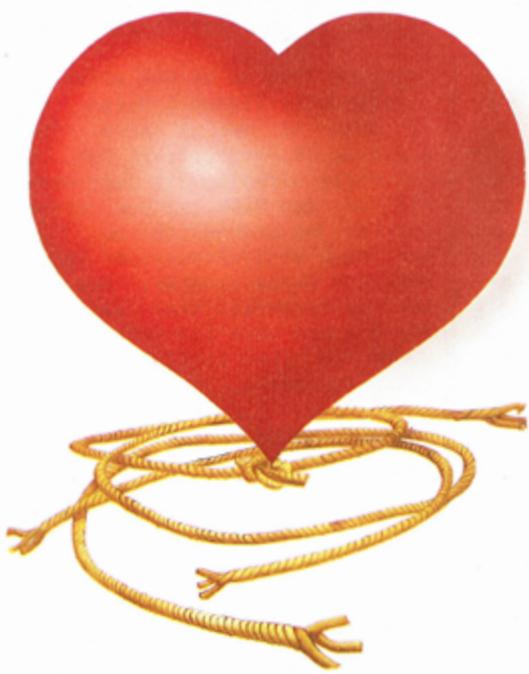
Tabletter

5mg og 20mg

Anfallskupering:
5-10mg, tygges

Langtidsprofylakse:

NB! Individuell dosering
5-30mg×3-4, svelges



For ytterligere opplysninger
se felleskatalogen

KabiVitrum 
Postboks 22, Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

SORBANGIL®

SORBANGIL «KabiVitrum»

Nitropreparat

TABLETTER: 5 mg og 20 mg

Hver tablette inneh.: isosorbidi dinitras 5 mg resp. 20 mg, const. q.s.

Egenskaper: Klassifisering: Organisk nitratester med virkning på brystsmerter forårsaket av koronar hjertesykdom. Sannsynlig virkningsmekanisme: Sulphydrylgrupper i den glatte muskulaturens «nitratrezeptorer» reduserer organiske nitratestere, og dette gir relaksasjon av glatt muskulatur. Den tonusnedsettende effekten reduserer således den venøse tilbakestrømmingen til hjertet og hjertets arbeid minskes. Dette bedrer det misforhold som foreligger mellom hjertets oksygen-behov og -tilførsel. Derved reduseres eller forsvinner anginoide smerter. Absorpsjon: Effekten har en durasjon på opp til 6 timer og inntreffer like hurtig som etter tilførsel av nitroglyserin, dersom man tygger tabletten. Tablettene er utformet som tygetabletter med hurtig og sikker effekt ved kupering av angina pectoris-anfall. Ved profilaktisk bruk skal tabletene svelges hele. Metabolisme: Denitreres raskt ved hjelp av gulthathion – organisk nitrat – i lever. Utskillelse: Hovedsaklig i urin av de aktive metabolittene.

Indikasjoner: Angina pectoris.

Kontraindikasjoner: Hypotensjon. Alvorlig anemi. Øket intrakranielt trykk. Allergi overfor nitroforbindelser. Cerebral arteriosklerose.

Bivirkninger: «Flushing» og hodepine. Hodepinnen minsker vanligvis etter få dagers bruk.

Forsiktigheitsregler: Forsiktighet bør utvises hos pasienter med aortaklaffefeil. En mulig effekt på intraokulært trykk tilsier også forsiktighet ved glaukom. Både start og seponering av behandling med høyere doser bør skje langsomt.

Interaksjoner: Nitropreparat i kombinasjon med alkohol kan gi utilsiktet hypotensjon som følge av vasodilatasjon.

Barbituratmedikasjon kan øke metaboliseringshastigheten pga. enzyminduksjon. Kortvarig nedsatt effekt kan utvikles grunnet forbruk av sulphydrylgrupper i nitratrezeptorene f.eks. ved hyppig eller høy dosering. Metaboliseringen er glutathionavhengig – og inntak av større mengder organisk nitrat kan tomme leverens glutathionlagre og derved forsinke inaktiveringen i betydelig grad.

Dosering: Individuell Profylakse: 5–30 mg 3–4 ganger daglig i forbindelse med måltid. Tablettene svelges hele. Kupering av anfall: 5–10 mg (tablettene tygges istykker og beholdes i munnen). For å unngå nitrohodepine kan det være nødvendig å begynne med noe lavere startdose og siden øke dosen gradvis til ønsket effekt.

Pakninger og priser:

5 mg 100 tabl. kr.	34,60
250 tabl. kr.	61,40
20 mg 100 tabl. kr.	112,05
250 tabl. kr.	230,60

Referanser:

1. Leier et al
Circulation 67 : 817, 1983
2. Franciosa et al
Am J Cardiol 45 : 648, 1980
Circulation 56 : 205, 1977

lig interesse av at dette følges opp. Så havner det etterhvert i bunnen på en skuff, skjorteermene brettes opp, og man gjør seg klar til å imøtekommde de sterke gruppenes velformulerte krav – de har jo som regel lovverket å vise til og ■

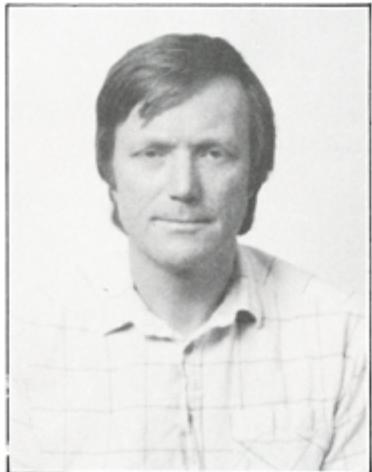


KabiVitrum 
Postboks 22, Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

12.85

Aktivitetssen

Einar Einarsen
komunelege, Vik i Helgeland



Einar E. er cand. med. fra Oslo 1968. Statlig og kommunal helsearbeider i Sømna kommune siden 1971. Spesialist i almen- og samfunnsmedisin.

Den "åpne eldreomsorgen" er et slagord som en stadig møter på både i massemedia og i fagskrifter. Det erkjennes at institusjonsomsorgen har sine fordeler, men også sine betenkelsigheter. Begrepet "omsorg" ble for ca. 10 år siden foreslått strøket som et ord som for mye ble knyttet til passivisering av personer. Alternativt ble lansert flere servicepregede tiltak rettet mot den enkelte for frivillig benytelse. I den åpne omsorgen kan institusjonen aldershjem erstattes med begreper som bo- og servicesenter eller bo- og tjenestesenter. Sykehjem kan benevnes for bo- og behandlingssenter. Betegnelse "hjem" er noe som kanskje bør reserveres for det sted hvor vi har vårt naturlige permanente tilhold og ikke brukes på offentlige institusjoner. Bare når våre behov ikke lenger kan tilfredsstilles våre hjem, kan alternativene være aktuelle å benytte. Det er sykehus, bo- og behandlingscenter, bo- og tjenestesenter for kortere eller lengre opphold avhengig av behovene.

Det er da en forutsetning av alternativene finnes tilgjengelig.

Fritt å kunne velge sitt bosted og benytte seg av nødvendige samfunnstjenester er vel et ønskemål både for gammel og ung, frisk og funksjonshemmde.

Ikke sjeldent oppleves mangelen på alternativ og derfor ingen valgmuligheter. Den enkelte må ta til takke med det som tilbys.

Manglende alternativ tror jeg er særlig problemkapende for eldre og funksjonshemmde. Å gi den enkelte muligheten til selv fritt å kunne velge sitt personlige alternativ, tror jeg burde være det overordnede mål for all offentlig helse- og sosialtjeneste.

Ordet omsorg overlever stadig og blir ofte benyttet. Ordets innhold er kanskje det viktigste. Skal åpen omsorg ha mening og representere noe nytt, må det få et konkret innhold.

HVORFOR KOMMUNALT AKTIVITETSSENTER?

Det kommunale aktivitetssenter skal være et tilbud for eldre og funksjonshemmde og da særlig for "nyfunksjonshemmde", spesielt i den første vanskelige periode av deres nye liv.

Når det gjelder de eldre, er det sannsynligvis lite vi kan gjøre med de genetisk betingede faktorer som årsaker aldringen, men det går å påvirke forutsetningene for den menneskelige aktivitet og på den måte aldringen som er avhengig av ytre faktorer, livsmiljø og livsstil.

Livsstilen som eksempel er en blanding av aktiviteter som våre matvaner og våre laster. Livsstilen grunnlegger de fleste mennesker tidlig i livet, men det er først på de dager da marginene blir mindre, at følgene av lisstilen blir synlig. Da er det viktig å trenne alle sine funksjoner for å holde seg frisk og vital.

Av undersøkelser fremgår at passive eldre har et gammere skjelett og en eldre muskulatur enn de som ofte er ute og beveger seg.

Undersøkelser har også vist at det langt opp i eldre år går å trenne opp og bedre muskulaturen på nesten samme måten som i yngre år. Det hjelper også med trening for intellektuelle funksjoner. Videre viser undersøkelser at en påtvungen ensomhet gjennom tap av ektefelle eller venner direkte kan påskynde utviklingen av alderdommen. Mange forandrer livsstil, de blir passive, spiser dårligere, røker og drikker mer.

Inter i kommunene

Det enten å bli enke eller enkemann, er den vanligste årsaken til at et eldre menneske kjenner seg ensom. Den som lider av isolering og understimulering, kan raskt få en dårligere psykisk helse.

Mangel på menneskelig kontakt og varme, kan hos gamle mennesker føre til symptomer som kan forveksles med de som foreligger ved ekte aldersdemens. Det disse mennesker trenger, er menneskelig kontakt, stimulans og delaktighet i livet.

Dessverre finnes en rekke hindringer som gjør det vanskelig for eldre mennesker å kunne fortsette et aktivt liv i sosialt fellesskap.

Det er kanskje slik at såvel de eldre selv som omgivelsene ofte undervurderer de eldres kapasitet, men undersøkelser har vist at mange funksjoner er vel bevart høyt opp i årene.

Det kommunale aktivitetssenter gir mulighet for å kunne bryte isolering og gir mulighet for øket stimulering. Dermed er et slikt senter med på å påvirke utviklingen av alderdommen.

Skoler og barnehager er institusjoner som nå forekommer i samtlige kommuner. Disse etableres for å kunne stimulere barn og ungdom for utvikling til den høyeste mulig grad av funksjonsnivå. Dette er etablerte institusjoner i fylker og kommuner som er beregnet på individer som står ved livets begynnelse.

På tilsvarende måte er det behov for institusjoner i kommunene som har som målsetning stimulering for eldre og funksjonshemmede for bevaring av funksjonsevnen og for å motvirke aldringens utvikling.

Det kommunale aktivitetssenter vil være et slikt konkret aktiviseringsstilbud til kommunens innbyggere.

SØMNA AKTIVITETSSENTER

Sømna aktivitetssenter er et slikt kommunalt aktivitetssenter lokalisert i Vik som er administrasjonssted for Sømna kommune, en jordbrukskommune på kysten av Helgeland med ca. 2200 innbyggere.

Oppakten til Sømna aktivitetssenter var en oppsøkende virksomhet blant eldre og funksjonshemmede som i 1979 ble satt i gang av Folkeuniversitetet.

Det kunne ikke stoppe med den oppsøkende virksomheten. Derfor ble Sømna aktivitetssenter etablert 4. desember 1980 ved et nært samarbeid mellom Sømna kommune, Friundervisningen i Sømna og Sømnagruppen for eldre og funksjonshemmede.

Sømna kommune bevilget straks kr. 15.000,- og stilte lokaler på ca 70 kvm til disposisjon. Med et tilskudd fra DUF på kr. 130000,-, innsamlede midler og dugnadsinnsats, ble det bygd en snekkerbu på 70 kvm på den samme tomten. Totalt disponerer Sømna aktivitetssenter 140 kvm som er tilgjengelig for rullestolbrukere med ramper.

Dette areal er fordelt på et snekkerverksted, rom for smykkesteinsliping, vev/håndarbeidsstue, rom for sosialt samvær og kjøkken.

Sømna aktivitetssenter ledes av et styre på 5 medlemmer hvorav 4 er valgt blant Sømnagruppens medlemmer, 1 representant er oppnevnt av Sømna formannskap og Sømna helse- og sosialstyre har oppnevnt 1 representant som observatør.

Aktivitetssenteret nytes av Friundervisningen til kurs året rundt. Kursene har en varighet fra 36 til 50 timer. For 1984 deltok 250 personer på kursene og det ble gitt 1093 kurstimer.

Til såkalte Prio-kurs (for

prioriterte grupper) gir Staten en ekstra støtte som gjør kursene rimeligere og i enkelte tilfeller helt gratis.

Det er avviklet kurs i fag som, sliping av smykkestein, rosesmaling og dreiling, snekring og matlagning, rokkebygging, porselelsmaling, båtreparasjoner, vevning, sør, trådbilder m.m..

Senteret er hett til ledet ved frivillig innsats. Høsten - 85 var tilknyttet 1 person i "Retedalsstilling" ved aktivitetssenteret.

Sømna kommune yter bidrag til transport av eldre og funksjonshemmede.

For 1986 er oppsatt et budsjett med driftsutgifter på kr. 170.000,-. Det er da beregnet kr. 80.000,- i lønn til "husmor" ved aktivitetssenteret.

Nettoutgiften kan reduseres ved at det inngås avtaler om godtgjørelse for diverse brukergrupper ved senteret.

BRUKERNE VED SØMNA AKTIVITETSSENTER

Ved Sømna aktivitetssenter har i tillegg til eldre og funksjonshemmede også deltatt funksjonsfriske.

Det er tatt sikte på noe som kan benevnes for "invers integrering" ved at det i hver gruppe tas sikte på også deltagelse av funksjonsfriske kursdeltakere.

Fra HVPU-institusjonen "Brønnøy-tunet" har deltatt og deltar psykisk utviklingshemmede for aktivisering og sosialt samvær.

Pasienter med psykiske plager har fått tilbud ved Sømna aktivitetssenter. Dette gjelder pasienter som er tilbakeført fra tidligere tildels langvarig opphold ved Nordland Psykiatriske Sykehus og det gjelder pasienter

Gastrobitan, H₂-blokker med pris som ántacida.*



Gastrobitan® 800mg cimetidin

En tablett til natten ved ulcus duodeni

GASTROBITAN

Histaminerg H₂ - reseptorantagonist.

INJEKSJONSVÆSKE: 100 mg/ml: 1 ml innneh.: Cimetidin, 100 mg, acidum hydrochloridum 33 mg, aqua ad inject. ad 1 ml.

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Cimetidin, 200 mg, 400 mg resp. 800 mg, const. et color q.s. Fargestoff: Titandioksyd.

EGENSKAPER: Klassifisering/virkningsmekanisme: Hemmer både stimulert og basal sekresjon av saltsyre, og minsker pepsinproduksjonen. Hemmer kompetitivt histamintens virkning på histamin H₂-receptorer i magesekkens slimhinne. Representerer således de histaminerg H₂-receptorantagonister. Histamin H₂-receptorer finnes i de fleste organer og vev. Den funksjonelle berydnaden med histamin H₂-receptorer i ulike vev er ukjent med unntak for magesekkens slimhinne.

Absorpsjon: God etter oral administrering.
Proteinebinding: Ca. 20%.

Halveringstid: Ca. 2 timer.

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

Halveringstiden forlenges hos pasienter med nedslatt nyrefunksjon. Hovedmetabolitten er sulfoksydet, dette utskilles også via urinen. Halveringstiden er korrelert til kreatinin clearance. Overgang i placenta/morsmelk: Passerer placentabarriaren og utskilles i morsmelken. Fjernes fulstendig ved hemodialyse.

INDIKASJONER: Duodenalsår og benigne ventrikelsår, Zollinger-Ellison syndrom. Langtidsbehandling av pasienter med stadig residuverende eller kroniske duodenalsår hvor operativ behandling ikke er gjennomforbar. Forsøksvis ved reflux osofagitt. Profylaktisk mot bledninger på grunn av stress-ulcus hos kritisk syke.

KONTRAINDIKASJONER: Relative: Graviditet og døgivning.

BIVIRKNINGER: Diare, svimmelhet, tretthet, feber og hudutslutt, vanligvis lette og reversibele. Reversible gynækostånd ses hos mindre enn 1% av pasientene. Tiffeller av reversible forvirringstilstande er rapportert først og fremst hos eldre og pasienter med nyre- og leverinsuffisians. Initiativ forløpende stigning av plasmakreatinin som regel innen normalverdiene, uten klinisk betydning. Enkelte tiffeller av transaminasestigning og sjeldne tiffeller av hepatit, parkaktivitet og interstitell nefritis, samtige er reversible. Reversible blodbildeforandringer: Leukopeni sjeldent. Agranulocytose og trombocytopeni meget sjeldent.

FORSIKTIGHETSREGLER: Ulcus-diagnosene skal verifiseres ved rentgen eller endoskop. Reflux osofagitt skal påvises endoskopisk og/eller ved biopsi. Instituering av langtidsbehandling må skje av spesialister eller ved sykehus. Forsiktighet bør vises hos pasienter med tidlige lever- og nyreskader. Levertransaminasene bør følges under langtidsbehandling. Pasienter med betydelig nedslatt nyrefunksjon må få redusert dose (se tabell under Dosisring). Da cimetidin kan gi symptomatisk bedring hos pasienter med ventrikelfunger, er det meget viktig at en malign lidelse utelukkes. Behandling av barn bør vurderes av spesialist.

INTERAKSJONER: Cimetidin interagerer med enkelte legemidler. Noen av disse er av klinisk betydning. (I : 51 e).

*) Behandlingskostnad pr. døgn ved ulcus duodeni.

Gastrobitan	800 mg (30 stk.)	kr. 8,40
Antacid	(100 stk.)	kr. 7,84–11,76
Novaluzid	10 ml (50 stk.)	kr. 6,90
Link tabl.	1100 mg (10 x 60 stk.)	kr. 9,37–14,00
Link	10 ml (96 stk.)	kr. 11,53

DOSERING: Voksne: Peroralt: Normaldosering ved duodenalsår er 800 mg til natten eller 400 mg om morgenen og til natten. Ved ventrikelsår anbefales 400 mg om morgenen og til natten. Behandlingen bør være minst 4–8 uker ved ventrikelsår selv om pasienten blir symptomfri tidligere. Ved behov kan dosisen økes til 400 mg x 3–4. Ved profylaktisk langtidsbehandling av duodenalsår ges 400 mg om kvelden eller om nødvendig 400 mg morgen og kveld. Ved reflux osofagitt anvendes 400 mg 2–4 ganger daglig i 4–12 uker. Ved Zollinger-Ellisons syndrom kan dosisen økes til 2 g pr. døgn ved behov. Til personer med nedslatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatinin clearance. Dersom man ikke har verdien for kreatinin clearance, kan dosisen beregnes etter serumkreatininverdiene. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes for behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin initialt.

Kreatinin clearance (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

Intravenes injeksjon: En ampuinne (200 mg cimetidin) blandes i 20 ml sterilt vann eller natriumklordioppløsning 9 mg/ml. Ferdiglaget løsning bør brukes umiddelbart (kan oppbevares i maksimum 12 timer). Lösningen ges som langsom injeksjon 3–5 min. med 4–6 timers intervaller, maksimalt 2 g/døgn. Til pasienter med hjertesykdom anbefales infusjon. Intravenes infusjon: Kan ges både som kontinuerlig og intermitterende infusjon. Den ønskede mengde cimetidin tilsettes en passende infusionsopplosning. Doseene bør fordeles jevnt over døgnet, maksimalt 2 g/døgn.

Det er ikke vist at profylaktisk behandling nedsetter residuverksen av duodenalsår etter seporering. Cimetidin har symptomlindrende effekt ved refluxosofovagitt, mens erfaringer om effekt ved langtidsbehandling foreløpig er begrensete. Bør ikke brukes til barn pga. manglende erfaring.

OVERDOSENG/FORGIFTNING: Megt lav akutt toksisitet. Bestemmelser av akutt toksisitet ved dyreforsk viser så høy LD₅₀ at man antar det vil være vanskelig å fremkalle akutt forgiftning hos mennesker. Dyreforsk med ekstremt høye doser tyder på at kunstig respirasjon kan ha verdi. Akutt overdosering med opp til 20 g uten særlig bivirkninger er rapportert flere ganger.

PAKNINGER OG PRISER:

Injectable: 10 amp. à 2 ml kr. 53,65	Tabletter 800 mg: 30 stk. kr. 252,10
Tabletter 200 mg: 50 stk. kr. 112,40	60 stk. kr. 497,20
200 stk. kr. 417,35	100 stk. kr. 777,65
Tabletter 400 mg: 28 stk. kr. 125,25	
56 stk. kr. 246,75	
84 stk. kr. 350,60	
100 stk. kr. 406,80	

KabiVitrum

Postboks 22 Nesbruveien 33, 1362 Bælingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

med mere kortvarige opphold.

I forebyggende øyemed er aktivitetssenteret benyttet for pasienter med psykiske pager for om mulig å kunne forebygge en innleggelse ved Nordland Psykiatriske Sykehus.

Som følge av befolkningens utviklingen og det forhold at aldersdemens er en tilstand som øker på i frekvens med økende alder, registeres også i Sømna kommune et økende antall aldersdemenspasienter.

Flesteparten av disse vil være hjemmeboende men ha etablert forskjellige former for service-tiltak i offentlig regi på både kommunalt og fylkeskommunalt ansvarsnivå. Det kan dreie seg om hjemmehjelp, hjemmesykepleie, tilbud i somatiske og psykiatriske institusjoner.

 Sømna aktivitetssenter kan ha mulighet for å kunne bli et dagssenter for mottak av hjemmeboende alderdemente personer.

Det praktiseres nå en ordning ved at innskrevne pasienter ved Sømna alders- og sykehjem en gang i uken får tilbud ved Sømna aktivitetssenter. Dette er en ordning som er blitt mottatt positivt av pensjonærene ved institusjonen. Det gir mulighet for regelmessig å kunne forlate institusjon, og ved aktivitetssenteret møter de også tidligere nære naboer og venner på en annen måte enn ved besøk på institusjon.

 Dette tiltaket bidrar til å bryte en isolert ventende institusjons-tilværelse og er samtidig med på å kunne påvirke holdningen til det å være på institusjon i lokalmiljøet.

KONKLUSJON

Kommunale aktivitetssenter kan bli en ressurs i kommunen som en del av den åpne omsorgen.

Aktivitetssentrene kan gi tilbud om:

1. Utdanning, trening, opplæring, omskolerings
2. Arbeidsvirksomhet og sysselsetting
3. Fritids- og rekreasjonsmulighet

Betegnelsen aktivitetssenter kan beskrive en bygning eller det kan være beskrivelsen av en virksomhet som foregår i flere bygninger på forskjellige steder i kommunen ■

Husk essaykonkurransen

Konkurranseregler Utpostens essaykonkurranse 1986

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

Manuskriptutarbeidelse:

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

Anonymisering:

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

Tidsfrist:

Manuskriptene må innsendes til: Utposten, 6657 RINDAL innen 15. mai 1986.

Jury:

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

Premiering:

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

Ytterligere forespørsler om Utpostens essaykonkurranse 1986 kan rettes til Utposten, 6657 RINDAL.

Kommunediagnose som grunnlag og forebyggende arbeid i lokalsamfunnet

Gunnar Tellnes
Institutt for almenmedisin,
Universitetet i Oslo

Gunnar Tellnes, for tiden stipendiatur ved Institutt for almenmedisin i Oslo.
Distriktslege Værøy og Røst siden 1979.

Ildsjel i helseopplysning og annet forebyggende, särklig skadeforebyggende arbeid og forfatter av bl.a. de spennde "medisinske beretninger" fra Værøy og Røst.

MODELL FOR KOMMUNE DIAGNOSE

To viktige elementer i WHO's strategi for å oppnå "Helse for alle i år 2000" er sunn livsstil og forebyggende arbeid i lokalsamfunnet. Primærhelsetjenesten trenger derfor et fundament for planlegging og gjennomføring av helseopplysning og lokal-samfunnsmedisinsk arbeid. Artikkelen forteller hvordan en kommunediagnose kan stilles og hvilke metoder som kan brukes i det forebyggende programmet. Denne viktige del av kommunehelsetjenestens oppgaver bør foregå kontinuerlig og evalueres underveis.

BAKGRUNN

Lov om helsetjenesten i kommunene sier i paragraf 1-3 at kommunens oppgaver blant andre er (1):

"Å fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte".

Måten dette skal gjøres på er:

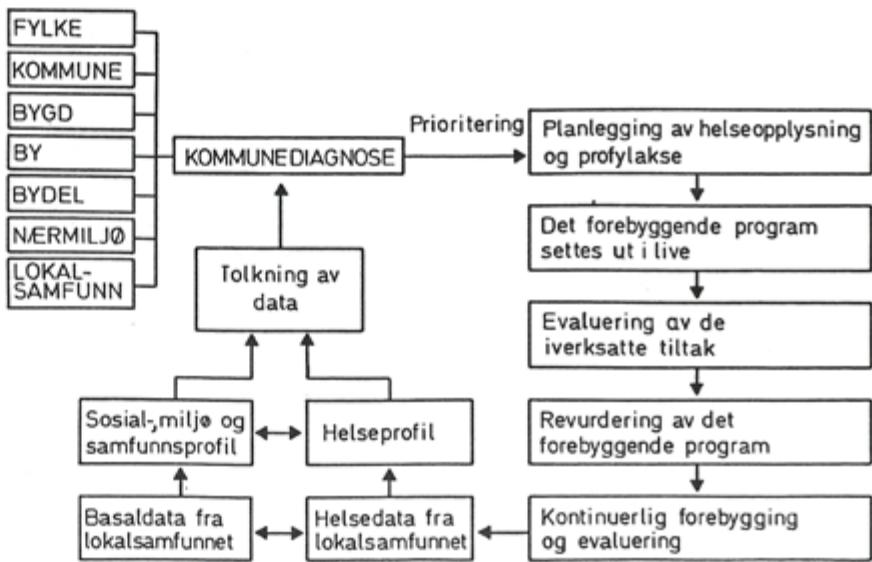
- Helserådstjeneste
- Helsestasjonsvirksomhet
- Helsetjeneste i skoler
- Helseopplysning

Bakgrunnen for å pålegge

kommunene disse oppgavene i lovs form er erkjennelsen av at en rekke sykdommer og skader har årsak i det enkelte individets livsstil og det samfunnsmiljø vi lever i (2).

Et nyttig redskap og grunnlag for helseopplysning og forebyggende medisin er å stille en kommunediagnose (community diagnosis) (3). Den norske betegnelsen har vært omdiskutert. Andre forslag til oversettelse er bl.a.: Kommunehelseprofil, helse- og sosialprofil, nærmiljødiagnose, bygdediagnose eller fylkes-

MODELL FOR KOMMUNEDIAGNOSE



G. Tellnes

unnlag for helseopplysing kalsamfunnet

kommunediagnose (se figuren). Det sentrale i å stille en kommunediagnose er imidlertid at den skal inneholde informasjon om befolkningens helsetilstand, sosiale forhold, arbeidsforhold, trivsel, samt positive og negative biologiske faktorer i lokalmiljøet.

Hensikten med diagnosen er å identifisere helseproblem for så å lage en prioritert plan og utvikle et program for forebygging i lokalsamfunnet. Denne form for virksomhet velger jeg å kalle lokalsamfunnsmedisinsk arbeid.

METODE

Nødvendig informasjon for å stille en kommunediagnose bør bl.a. skaffes ved hjelp av epidemiologiske metoder (2). Det skal her understrekkes epidemiologi er en integrerende disiplin som benytter seg av begrep og metoder fra andre fagområder, slik som statistikk, sosiologi og biologi (4). Etter at lokalsamfunnet er beskrevet og data er samlet inn, bør en analyse av de observerte funn finne sted før kommunediagnosens stilles. Dette er helt analogt med vanlig pasientundersøkelse (3): Observasjon - undersøkelse - analyse - diagnose - behandling.

INNSAMLING AV DATA

Data for å lage en sosial, miljø- eller samfunnsprofil kan fremstaffles fra offentlig statistikk, som folkeregister og folketellingen. Dette gjelder (5):

- Alder, kjønn, sivilstand, rase, yrke
- Arbeidsledighet
- Sysselsetting
- Inntekt
- Boligforhold
- Utdannelse
- Sosialt nettverk
- Klima
- Kosthold
- Tobakksforbruk

- Alkohol/narkotikaforbruk
- Miljøer som støy, luftforeurensning, trafikkforhold

Ved å utføre en meningsmåling i kommunen kan vi også skaffe oss opplysninger om hva befolkningen selv eller noen få utvalgte personer mener er positive og negative trivsels- og miljøfaktorer i lokalsamfunnet (6).

En helse kan skaffes gjennom egne registreringer i lokalsamfunnet knyttet til helsetjenesten i kommunen. EDB i egen praksis er ingen betingelser for å stille en kommunediagnose, men dette hjelpemiddel kan bli et sentralt verktøy i fremtidens forebyggende arbeid i lokalsamfunnet. En helseprofil kan omfatte:

- Sykelighet
- Skadeforekomst
- Uførhet
- Dødelighet

ANALYSE, DIAGNOSE OG RAPPORT

Når de nødvendige data er samlet inn, skal tolkning utføres og rapport skrives. Dette er den vanskeligste delen av arbeiet dersom man er nybegynner på området. På et tidlig tidspunkt bør det derfor knyttes kontakt med en erfaren veileder, f.eks. ved et av de almenmedisinske eller samfunnsmedisinske institutter. Det er videre en fordel at den legen som leder datainnsamlingen, kan ta permisjon fra sitt daglige arbeid for å skrive rapporten. Lønn kan da søkes gjennom Lægeforeningens "Almenpraktikerstipend". Hvis stipend innvilges, vil en kunne få en midlertidig arbeidsplass ved ett av de nevnte institutter.

PLANLEGGING AV TILTAK

Når kommunediagnosene er stilt, må det lages en jordnær plan for helseopplysing og profylakse.

Denne bør basere seg på de tiltak det er mulig å sette i verk ved hjelp av de ressurser som finnes i lokalmiljøet. Godt planlagte prosjekt kan også få tilskudd fra sentrale myndigheter og organisasjoner. Dersom man arbeider med en hel kommune, må en som regel prioritere mellom flere forebyggende tiltak. Det kan da være en fordel å starte med de forebyggende tiltak som man mener befolkningen selv har tro på. Er man usikker på dette, kan en liten meningsmåling være til hjelp. Interesse for forebyggende arbeid i lokalsamfunnet er en prosess som trenger tid til modning i befolkningen (7,8). Det er derfor lurt å starte med det som er lettest gjennomførbart. Før det forebyggende program settes ut i livet, bør det vedtas i helserådet eller i helse- og sosialstyret. Forankring i Sunnhetsloven eller Kommunehelseloven kan på denne måten gi tiltaket økt faglig tyngde. Det program for helseopplysing og forebyggende arbeid som utvikles, bør også integreres i kommunens helse- og sosialplan. Et hjelpemiddel til å planlegge helseopplysning i kommunene ble utarbeidet av en gruppe distriktsleger på "Bygdøykurset" høsten 1983 (9). Heftet kan bestilles fra Helsedirektoratet.

GJENNOMFØRING AV FOREBYGGENDE TILTAK

Helseopplysing og forebyggende tiltak kan gjøres på to plan:

- Individrettet helseopplysing bør bygge på en dialog mellom deltakerne. Dette vil øke den enkeltes interesse for forebygging slik at en "helsebevisst-gjøring" gradvis kan finne sted.
- Grupperettet helseopplysing bør foregå innenfor allerede etablerte grupper, som f.eks. frivillige organisasjoner, helselag, skoler og idrettslag. Ved å undervise i grupper får deltagerne et mer forpliktende for-

hold til det de lærer.

GOD HELSEOPPLYSNING

og effektive forebyggende tiltak krever langt mer enn vanlig informasjon. Noen råd om hvordan dette kan utføres er følgende:

- Relevante tiltak. Opplysnings og forebygging bør angå de man prøver å påvirke, og tiltakene bør være aktuelle, praktiske gjennomførbare og situasjons-tilpasset.

- Troverdige tiltak. Skal helseopplysning og andre tiltak møte tillit og akseptering bør det legges vekt på troverdighet og pålitelighet. Fanatismen bør unngås, og en bør legge vekt på nøkternhet og balanse i fremstillingen.

- Forståelige tiltak: Informasjon og forebyggende tiltak bør tilpasses målgruppen. Personer fra ulike sosiale lag og utdannelsesnivå krever forskjellige metoder for f.eks. helseopplysning. Forklaringer og eksempler bør tilpasses mottakerens nivå.

- Aktivitetsstimulerende tiltak. Det er av betydning at den enkelte føler seg som en aktiv deltaker i de tiltak som skal gjennomføres. Det å få i stand en dialog kan være en forutsetning for engasjement, ettertanke og aktivitet.

- Attraktive tiltak. Helseopplysning og forslag som kan forebygge sykdom må ikke bare være svartmalig og trusler om død, sykdom og elendighet. Tvertimot bør en fremheve de positive sider ved god helse. En bør få frem elementer som glede, oppdragthet, samt følelse av velbehag og overskudd i hverdagen.

- Realistiske tiltak. Forebyggende arbeid og profylakse bør gjennomføres med tiltak som det er realistisk å få til i lokalmiljøet i kombinasjon med alle de andre oppgaver helsepersonellet har. En bør også sørge for at tiltakene ikke bare er engangsforetak, men kan foregå kontinuerlig i kommunen.

- Etisk forsvarlige tiltak. En bør unngå indoktrinerende helseopplysning som tar sikte på at individet skal tilpasse seg forholdene mest mulig ureflektert. En bør heller bevisstgjøre innbyggerne til selv på fritt grunnlag å gjøre sine valg.

- Mangfoldige tiltak. Påvirkning av helseoppbyggende

karakter bør foregå på flere måter samtidig. Ved å slippe fantasiens løs og bruke flere metoder på en gang kan en lettere nå målet.

- Oppfølging av de iverksatte tiltak. Helseopplysning og påvirkning av befolkning bør foregå over tid dersom den skal være effektiv og ha varig effekt. En bør derfor tilrettelegge forholdene rundt individet og følge opp tiltakene gjennom flere innfallsvinkler.

DE KONKRETE METODER

for helseopplysning og forebyggende tiltak i kommunene er mangfoldige og må tilpasses lokale forhold. En detaljert framstilling av metoder for miljørettet forebyggende arbeid er gitt i NOU i 1984:28 om Helserådstjenesten (2). I denne sammenheng vil jeg derfor nøy meg kort å nevne de viktigste metoder brukt helseopplysning:

- Brosjyrer. Her er mange kilder og varierende kvalitet. Brosjyrer bør brukes bevisst og systematisk, helst knyttet til konsultasjonen eller andre begivenheter.

- Venterommet. Dette gjelder lege, helsesøster, fysioterapeut, tannlege og annet helsepersonell. På venterommet kan en legge ut tidsskrift, brosjyrer, henge opp oppslag, lage utstilling og spille opplysningsfilmer på video.

- Helseopplysning i skole og barnehage. Helsepersonell bør gå aktivt inn i selve undervisningen, men man må også arbeide for å styrke lærernes grunntutdanning i forebyggende helsefag.

- Undervisning av helsepersonell og hjemmepleiere. Intern undervisning må foregå kontinuerlig i kommunen i tillegg til andre kurs. Hjemmehjelperne kan drive forebygging rundt i de tusen hjem.

- Samarbeidsmøter mellom helsepersonell og andre etater. Mange yrkeskategorier bør gå sammen om det forebyggende arbeid. Felles planleggingsmønster kan derfor være nyttige.

- Foredrag/diskusjon. Slike møter kan starte en diskusjon og et engasjement i befolkningen. En bevisstgjøring kan da gradvis finne sted.

- Foreninger/organisasjoner. Mange av disse har lange tradi-

sjoner og rik erfaring innen forebygging. Det er vår oppgave å få dem interessert i de helseproblemer som i dag er størst i den enkelte kommune.

- Folkemøter. Ved å invitere lokalpressen, vil man kunne nå langt flere enn de som møter fram personlig.

- Lokalavisser. Kontakt med en fast journalist er en fordel. Helsepersonell bør bruke dette mediet oftere i det forebyggende arbeid.

- Opplysningsblad for helse-, sosial- og trygdeetaten (10). Et enkelt opplysningsblad kan sendes alle husstandene i kommunen en gang i måneden. Lokale forebyggende tiltak kan på denne måten nå mange.

- Lokalradio og lokale TV-program. Et tips her er at intervju bør være humørfylt og lett-fattelig.

- Audiovisuelle hjepemidler. Lysbilde-, film-, video- og over-headfremvisning bør brukes i ulike sammenhenger.

- Postverket. Løpesedler, brev og brosjyrer bør kun sendes ut når de kan kobles til andre forebyggende tiltak eller begivenheter.

- Plakater og T-skjorter. Dette er metoder som lettere kan nå ut til ungdommene. F.eks. med slagordet: "Kyss ein ikkjerøykjar og kjenn skilnaden".

- Film, teater, show. En rekke filmer om forebygging kan lånes fra Statens filmsentral og Nasjonalforeningen for folkehelsen.

- Politikere, kommuneadministrasjon og andre etater. Dette er en målgruppe som bør påvirkes til å utvikle et lokalsamfunn som fremmer folkets helse (11).

- Arbeidsgrupper og handlingsutvalg i lokalmiljøet. Dette er en god måte å aktivisere kommunens innbyggere på.

- Ledertyper og ressurspersoner på skole, arbeidsplass og fritid. Personer som virker som ideal for sine omgivelser, kan oppnå stor effekt dersom de brukes i helseopplysningsarbeid.

- Eksemplets makt. Skal våre forebyggende tiltak og helseopplysende budskap bli tatt alvorlig, må vi som helsepersonell gå foran med et godt eksempel. Det samme gjelder forldre i forhold til sine barn og

lærere i forhold til sine elever.

EVALUERING, REVURDERING OG KONTINUERLIG PROFYLAKSE

Befolknings helsetilstand forandrer seg med tid og en kommunenes diagnose eller helseprofil bør revurderes med jevne mellomrom. Evaluering av de forebyggende tiltak, deres effekt og nytte er derfor nødvendig for å holde profylaksen på et optimalt nivå. Ved å sette inn effektive sykdomsforebyggende tiltak i en kommune vil en kanskje oppleve reduksjon i de sykdommer eller skader som tidligere dominerte, og andre problem blir mer fremtredende. Nye tiltak og metoder må da tas i bruk etter at en ny kommunediagnose er stilt (se figuren). Dersom en ønsker varig effekt av de tiltak som settes i verk, må kontinuerlig helseopplysning og forebygging innarbeides i lokalsamfunnet.

KONKLUSJON

Med de nye lovene om planlegging og gjennomføring av primærhelsetjenesten har de sentrale myndigheter skapt et godt grunnlag for helseopplysning og forebyggende arbeid i kommunene. Primærlegene må ta imot en slik utfordring.

Vi må vise at vi kan stille en kommunediagnose og iverksette de nødvendige tiltak i lokalsamfunnet. Til dette trengs personlig engasjement, godt humør og utholdenhets. Målet er en bedre livsstil, nødvendig omsorg og aktiv forebygging for alle sosiale lag. Dette er viktige forutsetninger for å oppnå helse for alle i år 2000 ■

LITTERATUR

4. Lillienfield AM, Lillienfeld DE. Foundations of Epidemiology. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1980.

5. Kristiansen IS. Evaluering og egenkontroll. Tromsø: Fylkeslegen i Troms, 1984. Stensil, 43 s.

6. Worren H. Helse og trivsel i Sør-Aurdal. Forsøksvirksomhet i helseopplysning. Bagn: Helse- og sosialetaten i Sør-Aurdal kommune. Rapport nr. 1B, 1984. Stensil, 41 s.

7. Stenmarck S, Hjort PF, red. Helseopplysning - hvorfor og hvordan. Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen/Aschehoug, 1979.

8. Tellnes G. Resultater av skadeforebyggende arbeid i lokalsamfunnet. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 1838-42.

9. Tellnes G, Bakka J, Frengen R et al. Helseopplysning i kommunen - et hjelpemiddel i planarbeidet, Oslo: Statens utdanningsenter for hjelpepersonell, 1983. Stensil, 45 s.

10. Tellnes G. Helseopplysning i lokalsamfunnet. Tidsskr Nor Lægeforen. 1983; 103: 248.

11. O'Neill P. Helse år 2000? Oslo: Helsedirektoratet/Gyldendal, 1984.

Akademisk meta kommu

Tross status som allmenmedisinsk lettvekter (distriktsturnus og intet mere) vil jeg kommentere et av Utpostens hovedtemaer: fokus på lege/pasientforholdet i konsultasjonen. I et tankevekkende nummer (7/85) taes dette opp som tema. Jeg leser artiklene, som jeg synes er opplysende, velskrevne og som tar for seg viktige problemer. Så da burde vel alt være bra? Nei, ikke helt.

Etter noen ukers grubling aner jeg hva det er jeg reagerer på; jeg kjenner meg igjen. I begynnelsen av 2. avdeling i medisinerstudiet i Oslo hadde jeg undervisning i atferdsfag. Kloke og akademisk høyt posisjonerte undervisere formidlet store mengder interessant og for meg ny erkjennelse om legerolle og kommunikasjonsteori. Likevel satt jeg også da igjen med følelse av skurring.

I begge tilfeller blir det tatt

utgangspunkt i et viktig problem. Metoden som blir brukt for å komme til bunns i problemet er i alt vesentlig akademisk, man skriver og foreleser egne analyser, tidvis støttet på moderne kommunikasjonsteoretisk litteratur. Med akademisk forståelse skal man trenge gjennom kommunikasjonsbarrierene og inn til pasienten.

Er dette den beste tilnærming til problemene i lege/pasient-kommunikasjonen, slik de for eksempel er listet opp av Frode Heian på side 190 i Utposten nr. 7-85?

Skal leger, som allerede er stappfulle av teori, forsøke å takle enda et problemområde med enda mere teori? Jeg tror det er en uheldig retning å gå, og jeg kan i farten tenke meg følgende grunner:

1. Vanskliggjøring av et (i hvert fall av og til) enkelt problem. Kan ikke for eksempel ordet "tidsnød" dekke en vesentlig del av det som lege og pasient opplever som et kommunikasjonsproblem? I så fall burde kanskje fastlønnsordninger bety mere for lege-pasient-forholdet enn legens akademiske kunnskaper om kommunikasjon.

2. Mangel på fokusering på andre årsaker til pasienters misnøye med leger. Kanskje vi har tenkt for lite på hva vi bevisst og ubevist signalerer til pasienter at vi mener vi kan ta hånd om av problemer. Jeg tror "forventningskrisa" i helsevesenet delvis skyldes at vi ikke erkjenner vår inkompetanse når det

Dobbelt-holdninger til farmasøytisk industri

Apropos til leder i Utposten nr. 8/85:

J.B. Skjøstad
Farmitalia Carlo Erba

farmasøytisk industri

Leger - legemiddelindustri: Kan de samarbeide åpent?

Fra almenpraktikerens hverdags-norge:

Utsagn: Legemiddelindustrien driver markedsføring av sine produkter, slik all industri naturlig gjør.

Holdning 1: Markedsføring (les: tendensiøst mas om medikamenter i legens kaffepause (fritid) er noe svineri.

Holdning 2: "Vi får vel snakke med disse representantene", de skal jo leve de også...

Holdning 3: "Ja til støtte fra

legemiddelindustrien ved kurs, forskning etc, bare de holder seg kledelig beskjeden i bakgrunnen. Vi vil ikke bli "kjøpt" av pilleprodusenter!"

Holdning 4: La de komme med "sakene sine", men ikke uten full middag/snitter etter arbeids-tid.

Holdning 5: Vi holder oss ajour gjennom Utposten o.a. tidsskrift; dessuten er jeg ikke interessert i å bli overtalt. Jeg velger selv medikament på fritt grunnlag!

Holdning 6: Å diskutere medikamenter innen bestemte indika-sjonsområder med produsentenes

representanter er nyttig og tidsbesparende. Jeg har satt av bestemt tid en dag i uken til samtalerne.

Holdning 7: Uten støtte fra legemiddelindustrien bli verdifulle fagkurs og etterutdanning vanskelig gjort av økonomiske grunner. Et samarbeid ved gjensidighet er naturlig. Begge parter skal ha nytte og glede av støtten som blir gitt, der pasienten er det naturlig midtpunkt.

En av disse holdninger du kan kanskje for, og jeg tror at tendensen går mot et mere åpent og fruktbart samarbeid mellom produsent og indirekte/direkte bruker

nikasjon?

er berettiget, men heller overlater til pasienten å gjøre det.

3. Fare for å distansere seg ytterligere fra pasienter ved å analysere kommunikasjonen på et annet plan enn det de aller fleste pasienter gjør. Med fare for å trække i salaten vil jeg hevde at det lyder litt falskt å skulle sitte som kommunikasjonsmekanismenanalysator (jo, det blir fort langt og akademisk dette her) samtidig som man snakker med pasienter. Kanskje det er viktig for pasienters

overlegen anser jeg som selvsagt. At vi skal være kommunikasjonsmessig overlegne stiller jeg meg tvilende til.

trygghet at de vet hva de kan - og ikke kan vente seg av oss - at de kjenner oss slik vi egentlig er på godt og godt.

Jeg tror alminnelig høflighet, ærlighet, interesse og følsomhet, samt styrke til å innrette hverdagen slik at man får gitt pasientene den tid de trenger, er hovedpunkter i et godt lege-pasientforhold. At vi skal forsøke å være pasienten faglig

Min mening er ikke at diskusjonen om lege/pasientkommunikasjonen er uviktig. Men jeg tror lett den kan bli for akademisk. Kanskje vi må tenke ut over teorien når vi skal prøve å ordne oss slik at vi løser problemene i kontakten med pasientene.

I spent kollegial forventning om nye tankevekkende eksemplarer av Utposten ■

T • debatt •

BOK OG TIDSSKRIFTANMELDELSE

Medicinsk årbog 1986

□ Ola Lilleholt

holder mye tankevekkende informasjon om carcinogenesen.

Medicinsk årbog er et tradisjonsrikt og spennende møtested for medisinske spesialister og generalister. Bruksverdien av årbøkene er utvilsomt størst for almenmedisinere. Som vanlig finner en her et utvalg av balanserte og konsise artikler fra de forskjelligste deler av det medisinske fagområdet. I en anmeldelse som dette er det umulig å omtale hver enkelt av disse. Hver enkelt vil nok velge sin egen "hit-liste". Undertegnede leste artikkelen om synsforbedrende øyekirurgi av Bo Philipson med spesiell interesse. Stadig oftere skjer det at pasienter kommer tilbake far sykehuset med implanterte linser o.a.. Etter denne artikkelen har jeg fått mer begrep både det tekniske grunnlaget for disse operasjonene, preoperative vurderinger og mulige komplikasjoner.

Daniel Andersen og Simon Runes status over den medisinske og kirurgiske ulcusbehandling ble også lest med stor interesse og vil nok påvirke mine handlingsmønstre i den kliniske hverdagen.

E. B. Thorlings artikkel om kreft, kost og livsstil inne-

Per Olov Hedlunds grundige artikkel om prostatacancer ble også lest med stor interesse. Informasjon om sykdommens mangfoldige patologi og forløpsformer leder opp til en interessant diskusjon om behandlingsformer og -filosofi.

For mulige patrioter kan jeg nevne de norske bidragsyterne:

Johan og Peter F. Hjort skriver om pasienters rettigheter i Norden, Jens Lund om homeopati, Harald Breivik om smerteklinikker og smertebehandling, Kristian F. Hanssen og Torbjørn Gjeddal om egenkontroll og egenomsorg ved diabetes, Even Lærum om kvalme, Per Hjortdahl om symptomer i almenpraksis og Audun Flatmark om transplantasjonskirurgi.

Medicinsk årbok anbefales varmt for almenmedisinere som en informasjonskilde og som et stimulus til å reorientere seg i deler av faget som sjeldent presenteres i oversiktartikler i våre vanlige tidsskrifter.

Medicinsk årbog 1986. Munksgaard/Olaf Norlis bokhandel. Pris kr. 215.-

Jo før vi antar en åpen og ærlig holdning her, jo bedre ■

Lykke til!

J.B. Skjøstad

Norge og internasjonal

Noen refleksjoner etter et møte i European General Practitioners Research Workshop i Portugal.

Dag Bruusgaard

Innledning

Almenmedisin er nasjonal, den har å gjøre med Lov om helsetjenesten i kommunene, Normaltariffen, driftstilskudd og forhandlinger mellom Norske Kommuners Sentralforbund og Lægeforeningen.

Almenmedisin er internasjonal. Den har å gjøre med visse fundamentale prinsipper for hvorledes man tenker og handler i den medisinske førstelinjetjeneste.

Norge har profitert stort på utviklingen innen det medisinske verdenssamfunn. Vi har ikke bare lært av utviklingen i andre land, vi har også overlatt utdannelsen av mange av våre leger til andre land. Norges bidrag har vært beskjedent.

Det skjer mye i internasjonal almenmedisin, mye spennende. Norge har mye å lære, men vi har også i all beskjedenhet noe å bidra med, vi som kommer fra et av verdens mest utviklede velferdssamfunn der primærhelse-tjenesten har fått sin lov, der almen-

praktikerne har fått sin spesialitet og der almenmedisin som fagfelt har fått sin akademiske base ved samtlige universiteter.

Internasjonale almenpraktikerfora

Ved å delta i internasjonale almenpraktikerfora får en et innblikk i den internasjonale utviklingen. Det er to store internasjonale almenpraktikerorganisasjoner, WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) og SIMG (Societas Internationalis Medicinae Generalis). WONCA skal ha sin verdenskongress i London, 1.-6. juni 1986, SIMG har årlege høstmøter i Klagenfurt i Østerrike, og skal ha sin neste kongress, den 35., 15.-20.9.1986. I Europa er det også etablert to fora for forskning (European General Practice Research Workshop) og undervisning (The new Leuwenhorst group) (tab 1).

Tabell 1 Internasjonale almenpraktikerfora.

WONCA (World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) med anglo-amerikansk dominans. Verdenskongresser hvert tredje år. Den neste i juni 1986 i London. Åpen for alle. Norsk selskap for almenmedisins representant: Bent Guttorm Bentsen.

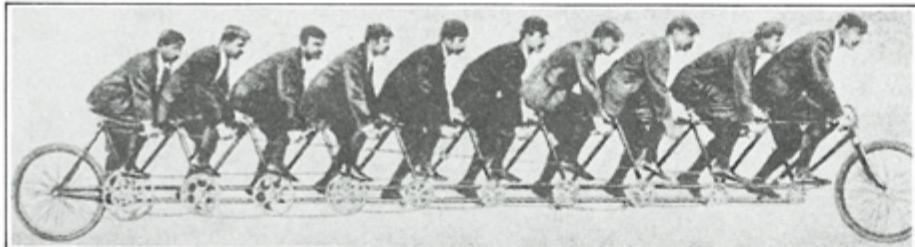
SIMG (Societas Internationalis Medicinae Generalis) Verdensorganisasjon som har begrenset sin virksomhet til Europa. Møter: Klagenfurt i Østerrike hver september. Vårmøte rundt i Europa. Åpen for alle. Norsk selskap for almenmedisins representant: Arne Ivar Østensen.

The New Leuwenhorst group Reorganisert gruppe som arbeider med utdannelsesspørsmål. Lukket. Norsk selskap for almenmedisins representant: Dag Søvik.

EGPRW (European General Practice Research Workshop). Tilsvarende gruppe som Leuwenhorstgruppa med forskning som arbeidsområde, men åpen for alle interesserte. Møtene holdes to ganger i året. Neste møte: Firenze mai 1986. Norsk selskap for almenmedisins representant og for tiden gruppas formann: Dag Bruusgaard.



almenmedisin



De to nevnte spesialgrupper har utgått fra et samarbeid i nordvest Europa og har gradvis prøvd å favne flest mulig av de europeiske land. Syd-Europa og Øst-Europa er imidlertid svakt representert. Øst-Europa, først og fremst av politiske grunner, de har til dels godt utviklet primærhelsetjeneste, Syd-Europa mer av faglige grunner, primærhelsetjenesten i de syd-europeiske land har ligget mye tilbake og er ennå ikke kommet ut av sykehuseenes og spesialistenes slagskygge.

EGPRW, møte i Porto

European General Practice Research Workshop har nylig hatt sitt 20. møte i Porto i Nord-Portugal med et håp om å etablere bedre kontakt med de sydeuropeiske land. Møtet var veldigt, på flere måter et av de mest vellykkete møtene i arbeidsgruppas elleve-årlige historie.

Allerede før revolusjonen i 1974 hadde Portugal fått en progressiv helselov, formulert etter tilsvarende idealer som i Alma-Ata-deklarasjonen. Det er imidlertid først de siste få årene det er kommet fart i utviklingen av portugisisk primærhelsetjeneste. Portugal har nå en stor gruppe unge, entusiastiske almenpraktikere med tro på egne krefter og solide fremtidsvisioner. Almenpraktikere over 35 år er røne sjeldenheter. Det er etablert et portugisisk selskap for almenmedisin, og det er på statlig hold definert krav til spesialutdannelse i almenpraksis. Dette inkluderte almenmedisin som et attraktivt alternativ ved valg av fremtidig karriere nærmest over natten.

Det var ingen tilfeldighet at møtet ble lagt til Porto. Institutt for almenmedisin i Oslo, med Herman Anker som hovedansvarlig, har vært involvert i et NORAD-finansiert prosjekt for å styrke distrikthelsetjenesten i Nord-Portugal og for å styrke grunnutdannelsen i almenmedisin ved Universitetene i Porto (1).

Da undertegnede leder den europeiske forskningsgruppa var det naturlig å benytte de gode kontaktene vi har i Nord-Portugal i et forsøk på å trekke

Syd-Europa inn i det internasjonale almenmedisinske samarbeid.

Møtet ble lagt i tilknytning til et forskningskurs for portugisiske almenpraktikere, holdt som en del av NORAD-prosjektet med Ida Hydle, Steinar Westin og undertegnede som ansvarlige. Både kurset og det internasjonale møtet ble omfattet med stor interesse blant portugisiske almenpraktikere og ga prestisje til Nord-Portugal i den tradisjonelle kappestriden med Lisboa.

Av programposter på EGPRW's møte kan nevnes:

- Primary health care in Portugal.
- Who visit the doctor?
- Preventive care for pregnant women.
- How large should a relevant sample be?
- The Alma-Ata-declaration and research in general practice.
- Referrals studies.
- Alcohol problems in general practice.
- The health of minorities.
- Common colds.

EGPRW - generelt

Forskningsgruppa består av en nasjonal representant for hvert av de deltagende land, men er ellers åpen for alle.

Målsettingen er: "To encourage research, to foster and coordinate multinational studies, to exchange experiences and with it develop a validated international scientific base for general practice".

Noe av det viktigste har vært å formidle erfaringer og ideer fra de land som er kommet lengst, f.eks. England, Nederland, Danmark og til dels Norge, til land med svakere almenmedisinsk forskningstradisjon, f.eks. Belgia, Østerrike, Sveits (2).

Ønske om å foreta omfattende internasjonale sammenlignende studier for eventuelt å finne frem til effekter av ulik oppbygning av helsevesenet i de ulike land har foreløpig ikke lett seg realisere. Et større prosjekt er imidlertid under planlegging i samarbeid med WHO og EF.

European General Practice Research Workshop har fra etableringen med den tidligere president i the Royal College of General Practitioners, E. Kuenssberg vært dominert av engelske forskere med forkjærighet for epidemiologiske metoder og en tilsvarende skepsis til alt som ikke uten videre lar seg telle. Det er heller ingen tvil om at det er dem som representerer denne siden av almenmedisinsk forskning som er kommet lengst. På den annen side står representanter fra det tyske språkområdet med en mer filosofisk tilnærming som det ofte er vanskelig å få tak på. De er flinkere til å påpeke begrensningene i den fakta- og tallorienterte britiske tradisjon enn de er til å skissere alternativ.

Forskningsgruppa var ansvarlig for forskningsdagen på SIMGs høstkonfress i Klagenfurt 1985, og arrangerte i samarbeid med WHO en forskningskonferanse i London 4.-9. november 1985. Neste møte skal avholdes i Firenze 22.-24. mai 1986.

Det er flere grunner til å delta i internasjonale almenpraktikerfora:

- hjemlige problemer blir satt i relief, noen av problemene er internasjonale, andre er sterkt knyttet til vår nasjonale andedam
- det er spennende å oppleve de fundamentale likheter mellom almenpraksis i ulike deler av verden, på tvers av sosiale, økonomiske, politiske, geografiske og historiske forskjeller.

Vi kan bidra med egen erfaring og det er en fin måte å oppleve verden på, for som den portugisiske lege, filosof og kunstner Abel Salazar (1889-1946) har sagt: Den lege som ikke kan noe annet enn medisin kan ikke engang sin medisin. (Motto over inngangspartiet til det nye medisinske fakultet i Porto. Fakultetet bærer Abel Salazars navn). ■

Referanser

1. Anker H, Borchgrevink CF. Primary health care in Portugal. Family Practice 1985;2:159-64.
2. Hull FM. The European General Practice Research Workshop. J R Coll Gen Pract 1982;32:106-8.

Norsk forening for internasjonale helseoppsørsmål

arrangerer kurs for helsearbeidere til U-land

Kurset holdes på NORAD's kurssenter, Kringsjå, 15.-26. september 1986.

TEMA:

Primærhelsetjeneste
Tropemedisin
Forebyggende helsearbeid
Katastrofemedisin
Kirurgi
Obstetrikk/gynækologi
Mor/barn
Ernæring

KURSAVGIFT: For deltagere som har avtale med organisasjon om utreise er kurset gratis, inklusive kost og losji. Andre deltagere må betale kost og losji selv (ca. kr. 300/= pr. døgn), utover dette er det ingen kursavgift.

SØKNADSFRIST: 1. august. Søknaden skal inneholde opplysninger om utdannelse og evt. planer/avtale om utreise. Alle interesserte kan søker.

Søknaden sendes til: Kurssekretær, NFIH,
Postboks 4,
Kringsjå,
0807 OSLO 8

tlf. 02 188372/76 kl 10-14.

arbeidet.

Amerikanerne har ennå ikke maktet å bygge inn yrkesrelaterte risiki i sine programmer. Derfor er vi glade over at professor Sverre Langgaard som arbeider med en storstilt undersøkelse over yrkesrelatert helserisiko, vil kunne komplettere det Gordon C. Black har å fortelle. Temaet vil også bli belyst fra andre sider bl.a. med utgangspunkt i de store undersøkelsene som nå gjennomføres i Nord-Trøndelag. Alt i alt tror vi at denne delen av kurset vil bli en liten grenseovergang i norsk almenmedisin: her åpner det seg store muligheter for et faglig utviklingsarbeide i tråd med våre idealer om å drive bedre forebyggende arbeide.

Mikrobiologisk økologi

er det andre hovedtemaet ved kurset og vil vesentlig belyse bakterieøkologi. Dette både i et vidt perspektiv: effekten av antibiotikabruk og andre tiltak resistensutvikling etc. i samfunnet i det store og hele, og mer snevert om effekter på den mikrobiologiske økologi hos enkeltpasientene. I denne sekvensen tar vi også opp kontorhygiene, desinfeksjons- og steriliseringsprosedyrer: der forsøker vi også å manipulere den mikrobiologiske økologien. Til denne delen av kurset kommer bl.a. Arve Lystad og Tore Midtvædt. Mange vil kanskje huske at sistnevnte i en leder i Nordisk Medicin for et par år siden tok til orde for en gjennomtenkt framtidig antimikrobiell strategi både for å ta vare på vår normalflora å bevare nytten av de antimikrobielle midler vi disponerer i dag lengst mulig.

Det vil også bli gjennomført en kombinert kunnskaps- og vurderingsprøve inspirert av Utpostens problemserie og Royal College of General Practitioners' opptaksprøver.

Programmet er satt rommelig slik at det blir mulig få i stand en aktiv dialog mellom forelesere og møtedeltakere.

Norsk Selskap for Almenmedisins spalter

Årsmøte og kurs i Ålesund 16.-18. oktober 1986

I neste nummer av Utposten regner vi med å kunne presentere detaljert program for kurset i forbindelse med NSAM's årsmøte i Ålesund til høsten. For at flest mulig skal kunne plotte denne begivenheten inn på kalenderen, kan vi allerede nå opplyse at kursdelen er sentrert om tre tema:

Individuell helserisiko og helseopplysning

Til nå har vi basert vår rådgivning på nokså løsrevne kunn-

skaper om enkelte risikofaktorer. Vi kjenner mange: hypertensjon, røykevaner, kolesterol, sosiale faktorer, eksposisjoner i arbeidsmiljøet etc. etc.. I USA har National Institutes of Disease Control utarbeidet flere nokså omfattende dataprogrammer for beregning av individuell helserisiko basert på helsevaner og objektive funn. Dette er åpenbart et uhyre interessant arbeidsredskap som vil gi individuell rådgivning en ny og interessant dimensjon. En av pionerene i dette arbeidet, Gordon C. Black, kommer til Ålesund for å fortelle om dette

Norsk idrettsmedisinsk kongress 1986: NKP's idrettsmedisinske pris.

Norsk Idrettsmedisinsk Kongress (tidl. Idrettsmedisinsk Høstseminar) arrangeres i Trondheim 27.-30. november 1986.

Ansvarlig for kongressen er Norsk Idrettsmedisinsk Forening i samarbeid med Interessegruppen for Idrettsfysioterapi og Norges Idrettsforbund. The Northwest European Chapter av FIMS (Den internasjonale idrettsmedisinske federasjon) avvikler i 1986 som kongressens spesielle gjester sitt årlige møte i Trondheim.

Takket være stor velvilje fra Norsk Kollektiv Pensjonskasse A/S kan arrangøren utlyse to prisoppgaver som er kalt: "NKP'S IDRETTSMEDISINSKE PRIS 1986". Hver av prisene er på kr. 5 000,-, hvorav den ene tilfaller lege(r), den andre fysioterapeut(er). "NKP'S IDRETTSMEDISINSKE PRIS 1986" er ment som en stimulans til forsknings- og utviklingsarbeid innenfor det idrettsmedisinske fagfeltet i Norge. Prisene skal utdeles årlig på Norsk Idrettsmedisinsk Kongress som holdes om høsten.

Siden prisen utdeles første gang i 1986, vil besvarelser basert på litteraturstudier også bli vurdert. Fra og med 1987 vil bare besvarelser basert på egen arbeider komme i betraktning.

"NKP'S IDRETTSMEDISINSKE PRIS 1986" har vi kalt "Idrett og helse". Prisen tilfaller beste besvarelser fra lege(r) og fysioterapeut(er). Besvarelsen utformes som et 30 minutters langt foredrag. Vinnerne forventes å presentere sine besvarelser på Norsk Idrettsmedisinsk Kongress.

Leger og fysioterapeuter inviteres til å sende inn svar på prisoppgaven innen 1. oktober 1986. Prisoppgavene vil bli bedømt av en utvidet programkomite med både leger og fysioterapeuter. To eksemplarer av besvarelsen med sammendrag sendes anonymt, men må merkes med en selvvalgt kode, og det må gå klart fram om besvarelsen er sendt inn av lege(r) eller fysioterapeut(er). Navn og adresse på forfatter(ne) legges i en lukket konvolutt. Framsiden av denne konvolutten merkes med samme kode som besvarelsen. Hensikten med denne framgangsmåten er at bedømmelsen skal kunne foregå anonymt.

Besvarelsen sendes: Norsk Idrettsmedisinsk Kongress 1986, c/o amanuensis Geir Jacobsen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Eirik Jarls gate 10, 7000 Trondheim.

De nærmere 60 litteraturhenvisningene kunne gjerne vært suppleret med litt fyldige omtaler av andre lesverdige bøker for interesserte. Det gjelder både fag- og holdningskapende litteratur som kan gi ytterligere dimensjoner til forståelsen av det klientellet vi har med å gjøre.

Det gode og oversiktlige kontrollprogrammet med retningslinjer ved ulike funn kunne med fordel vært ført over på medfølgende stift papir eller papp til å henge på veggen e.l. som huskliste ved hver enkelt kontroll. Vi vet alle hvor lett det er å glemme viktige ting når det er mye vi skal gjennom.

Alt i alt er boka en god (og nødvendig) lærebok for ferske og erfarne og det er en oversiktlig oppslagsbok som bør stå langt framme i bokhylla og blas i til stadighet (tåler den det?).

Den bør anskaffes av alle helsestasjoner, leger (som driver svangerskapskontroll) og jordmødre, med respekt for seg selv.

Som de andre bøkene i almenpraktikerbiblioteket retter boken seg til almenpraktikere. Intensjonen er likevel å være en veileder for alle som driver svangerskapsomsorg, og spesielt i primærhelsestjenesten.

Flere av forfatterne står også bak NOU 84:17 Perinatal omsorg og boken er en tilrettelegging av delutredningen Handlingsprogram for svangerskapsomsorgen.

Innholdet dekker spørsmål om: organisering, arbeids-/ansvarsfordeling, lover og forskrifter, normal og patologisk svangerskapsutvikling, og et detaljert kontrollprogram. Den avsluttende diskusjonsdelen berører spørsmålet om ultralyndundersøkelse (som forfatterne mener bør utføres på vid indikasjon men ikke rutinemessig), og såvidt muligheten å overlate store deler av kontrollen til den gravide selv.

Forfatterne har etter min mening klart den vanskelige grenseoppgangen mot en vanlig lærebok i obstetrikk. Boka balanserer godt mellom det å formidle faktakunnskap og klare retningslinjer, og inngi gode holdninger uten å være påtrengende autoritær.

Jeg kunne tenkt meg noe mer om pedagogiske prinsipper, dvs. mer detaljert om hvordan og ikke minst når i svangerskapet det er mest gunstig med forskjellige former for helsepåvirkning. Som kjent er tidspunktet (-ene) for alkoholinntak i svangerskapet like avgjørende som størrelsen av misbruket, og røykeråd i 3. trimester har vel ikke annen effekt enn å skape dårlig samvittighet.

BOK OG TIDSSKRIFTANMELDELSE

Almen-
praktiker
biblioteket

Bergsjø P, Sjøli SI, Thesen J, Telje J.
175 s. Oslo: Universitetsforlaget 1985.
Pris:

**Svangerskaps-
omsorg i
almenpraksis**

"Kreft i almenpraksis" - god og nyttig

Eilif Rytter
Sandaker helse- og sosial-
senter i Oslo

Anmelderen regner seg som en enkel sjel i almenmedisinsk henseende og har således lagt seg til et enkelt tenkesett når det gjelder litteratur beregnet på bokhylla i kontoret:

De bøkene som blir mørkete og løse i sammenføyningene fordi de stadig slås opp i er gode - og det er de fordi de erfaringmessig gir svar på spørsmål som ofte dukker opp og setter legen i stand til å følge rasjonelle handlingsmønstre i forhold til pasientene. Noen ganske få bøker blir - om enn i mindre grad - skitne og velbrukte fordi de stimulerer den diagnostiske fantasi så mye at man leter i dem for å hente inspirasjon.

Så for oss vanlige vil jeg spå "Kreft i almenpraksis" en framtid blant de bøkene man gjerne hadde sett i en bedre innbinding, tilhørende kategori l ovenfor.

Boka er gitt ut i almenpraktikerbiblioteket med Nylenna, Gundersen og Johannessen som redaktorer, og med en rekke spesialister og almenpraktikere av solid kvalitet og omdømme som forfattere av 34 kapitler i 4 deler, med hovedvekten (ca. halvparten av boka) lagt på et omfattende diagnostikkapittel. De øvrige hoveddelene omhandler behandling og kontroll, pasientinformasjon og pasientrettigheter, og forekomst og forebyggelse som et innledende kapittel.

Det vil føre for langt å gå inn på alle kapittlene, men jeg synes det er grunn til å framheve f.eks. omtalen av biopsi som særlig konsis og målrettet.

Forfatterne gir her en klar, praktisk anlagt bruksanvisning for biopsitaking som er så uttømmende at den kan brukes både som metodebok og som innkjøpsliste for praksis. En absolutt forbilledlig prestasjon. Flere andre kapitler holder samme høye standard.

Når det er sagt, skal det heller

ikke legges skjul på at deler av boka er for løse i kantene til å dekke noe behov som informasjonskilde i almenpraksis. Når det f.eks. i omtalen av screening på cervixcancer sies" - vanskeligere er det å angi hva som er den rimelige øvre og nedre aldersgrense for rutinemessig prøvetaking" (nederst s. 60) - har man tilført lite av verdi. Dersom forfatterne mener noe om prøvetaking av eldre, bør de kunne sammenfatte sin litteraturgjennomgang til et standpunkt og komme med det, det er ingen skam og snu i neste utgave. Dessuten er det lettere når man overhodet har en kurs.

Av andre punkter man kunne ønsket revurdert i neste utgave er:

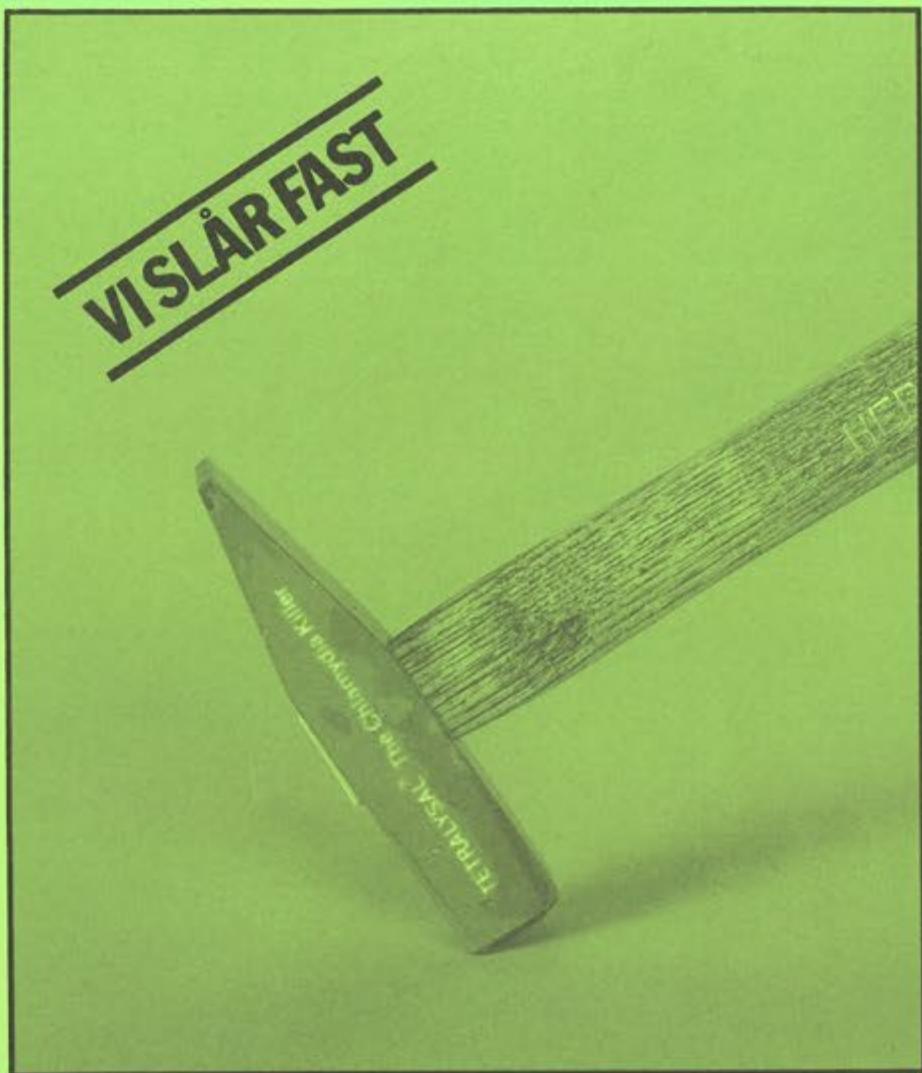
- Billedmaterialet, som ikke er bra nok. Portretter av kjente og dekorative kolleger tilfører ikke boka noe kunnskapsmessig, de stimulerer egentlig heller til gjettekonkurranse. I bøker beregnet for medisinsk personell bør det være mulig å holde seg til bilder som i noe større grad understrekker og utfyller tekstens faglige innhold.

- Et stikkordregister mangler og er etter mitt skjønn klart berettiget ut fra stoffmengden selv om innholdsfortegnelsen hjelper en godt på vei.

- Kapittlene om behandling, særlig de kreftspesifikke terapiformer stråling og cytostatika-behandling, er for generelle og burde vært viet større plass. Jeg antar dette er blitt slik for å unngå for mye stoff som raskt foreldes, og det er henvist til heftet om cytostatika - men likevel -.

Kritikken drukner egentlig. Til-taket i seg selv og resultatet som helhet er så gledelig at det bare er å gratulere forfatterne, NSAM og alle de almenpraktikerne og andre som er så heldige å kunne få boka.

TETRALYSAL® (lymecyclin)



NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

**300 mg Tetralysal 2 ganger
i døgnet er effektivt og
rimelig for pasienten**

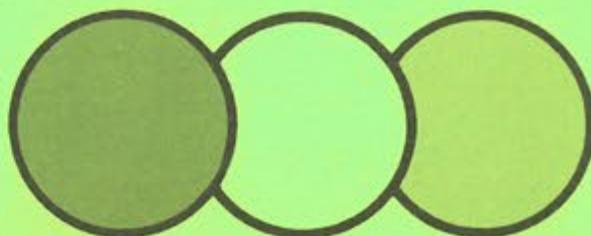
Priser pr. 1. okt. 1985 (30 pkn eller 14 pkn)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg x 1	kr. 130,65
DOXYLIN	100 mg x 2	kr. 243,90
DUMOXIN	100 mg x 2	kr. 243,90
VIBRAMYCIN	100 mg x 1	kr. 142,15
VIBRAMYCIN	100 mg x 2	kr. 272,40
TETRALYSAL	300 mg x 2	kr. 126,90

(Se ellers Felleskatalogen)

RUTLE, OLAV
Slættmark 2
2050 JESSHEIM

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal



TRINORDIOL®

ethinyløstradiol + levonorgestrel

3-FASISK P-PILLE

Cyclustilpasset hormontilførsel gir:

- **40% lavere gestagendose**
- **Bedre blødningskontroll**
- **Minimal påvirkning av metabolismen**

KabiVitrum



Postboks 22 Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

FOR YTTERLIGERE OPPLYSNINGER SE FELLESKATALOGEN