UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5 1986 ÅRGANG 15

TEMA: EGENOMSORG

Medlex

Publikumsundersøkelse om medisinsk service m.m.

UTPOSTEN
BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S
9652.63.00111

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

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

Frode Heian
Tingvoll Helsesenter
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.

Prentesvarten vår

Kjært barn har mange navn. Prentesvarten er hverken barn eller kjær, men vi har et aktivt og spill levende eksemplar her i bladet. Trykkefeil er et tegn på at korrekturrutinene våre ikke er omstendelige nok. Det er vi naturligvis de første til å innrømme. Utposten er fremdeles et utpreget "grasrotorgan" og produseres stort sett i redaktørenes hjemme- og utekontorer. I nr. 3/86 var vi spesielt uheldige med Anders Bærheims artikkel om hypnosebehandling av astma. Den var skjemmet av mange feiltrykk som dels har endret meninga. Vi gjør et nytt forsøk og trykker artikkelen om i sin helhet i neste nummer.

I nr. 4/86 hadde vi et dikt av Bob Dylan på 2. omslagsside. Av fullstendig overnaturlige grunner var Dylan to ganger skrevet med d i begge ender. I linje 4 i diktet var "chance" blitt til "change": a change we can't explain, either. Beklagelser går spesielt til kollega (og Utpostenabonnent) Fredrik Clausen og andre medlemmer av Dylan-klubben.

Freud skrev mye om forsnakkelser og betydningen av disse. De skulle være uttrykk for underbevisste krefter og ønsker. Tanker om dette dukket fram sist år etter at vi i et skjema med temmelig store typer hadde omtalt et landskjent direktorat som "heksedirektoratet". Vi beklaget og beklager igjen.

Det kan passe å runde av med det gamle ordtaket: "Den som unnskylder seg, anklager seg".

Følg med! Prentesvarten lever i beste (?) velgående■

Ola L

Nr. 5 1986

INNHOLD:

TEMA:
EGENOMSORG ..... s. 146

Anders Grimsmo:
EGENOMSORG — en folkemedisin i moderne tid ..... s. 148

Sonja Stenmarck:
Vidt begrep, mange oppgaver ..... s. 152

Ida Hydle:
Lokalsamfunnsomsorg ..... s. 154

Anne Strand:
Mer frihet under eget ansvar ..... s. 161

Nils Lystad, Frode Heian:
Egenomsorgsheftet ..... s. 164

Intervju med Kjell Bjartveit ..... s. 168

Intervju med Jan-Ivar Kvamme ..... s. 172

Pressemelding:
Medlex ..... s. 173

Fotoglimt fra Wonca-kongressen i London ..... s. 174

Debatt ..... s. 175

Geir Clausen:
Hva mener pasienten om legestasjonen? ..... s. 176

Kurs: ..... s. 179

Brev til rikstrygdeverket

Jeg har levd med et håp, men dette drukner snart i irritasjon og resignasjon. Mange av Rikstrygdeverkets (RTV'S) blanketter og rutiner har nå vært modne for revisjon i 10-15 år, men det er ingen aktivitet eller initiativ å spore.

Det er etter hvert blitt vanskelig å holde seg betryggende orientert om gjeldende lover, forskrifter og rundskriv. Ohldieck, Litlere og Ryghs lov- og forskriftsamling var i en del år et praktisk hjelpemiddel, men er nå uaktuell. Noen kolleger har kanskje gjennom år greidd å vedlikeholde oppdaterte informasjoner ved å samle på bilaga som følger "Sosial trygd", men jeg tipper at dette ikke er mange. Spesielt må dette være et smertelig problem for unge kolleger som etablerer seg med privat praksis. Nå er altså de fleste av oss blitt avhengige av å kunne stille trygdekontoret de riktige spørsmål. Forøvrig er det visst slik "at det vi ikke vet, har vi ikke vondt av". Ettersom vi daglig står overfor pasienter med trygdetekniske problemer, ville det være betryggende om vi kunne ha oppdaterte informasjoner lett tilgjengelig. For et par måneder sia fikk jeg fra et kontor i RTV opplyst at det ikke fantes konkrete planer om en samlet utgivelse av lover, forskrifter ig rundskriv slik det nå er blitt gjort med helselovgivning i MEDLEX og departementenes "gule serie" med ajourførte forskrifter. Hvem tar i mot utfordringa når ikke RTV gjør det?

Når skal skjemaene for søknad om uførepensjon og yrkesskadetryd revideres? Skjemaene har så mange iøynefallende svakheter at det bare er plass til å peke på et par av dem her. Det virker ubehjelpelig når status presensdelen obligatorisk spør etter søkerens høyde, vekt, blodtrykk, hgb, SR, Pirquetreaksjon og sukker-/proteintilblanding i urinen. Er dette parametre av kritisk betydning for vurdering av ervervsevne? På side 1 og 2 i skjemaet er det svært knapt med plass, i alle fall dersom en skal gi en så detaljert beskrivelse som det forlanges i "Veiledning for leger". Til gjengjeld sløses det med plass på side 3 og 4 i skjemaet. ADL-skjemaet er uspesifisert med hensyn til tid: Skal en for pasienter med ryggplager oppgi status etter 7-14 dager med arbeide eller etter 10 måneder sykemelding? Del 4, framhald av medisinsk behandling/medisinsk attføring inneholder også en del kuriøse spørsmål. Del 6 på side 4, som skal fylles ut dersom det er behov for attføring, kommer som som et verdig høydepunkt. Her må det være temmelig umulig å gi en fornuftig beskrivelse av det som er gjort eller planlagt av attføringstiltak.

Det er direkte latterlig at legen som skriver søknaden ikke kan få kopi av Fylkesnemndas kjennelse fordi denne er belagt med taushetsplikt.

Eller ta skjema 8.03, Tilleggsopplysninger om ekstra utgifter på grunn av sukkesyke. Det er forlengst slutt på at diabetespasienter får foreskrevet diet med gramangivelser av brød, poteter, kjøtt etc.. Alle søknader som ikke inneholder disse vektangivelsene blir avslått av Fylkesnemnda i Møre og Romsdal. Jeg er klok av skade og har naturligvis forlengst lært å fylle inn en rimelig diet. Så kommer det store spørsmålet: "Dersom sukkersykja fører til ekstra kostutgifter, gjer greie for kor store ekstrautgiftene er i året og korleis De er komen fram til summen". Søkeren/pasienten skal her svare på tre linjer! Det legges altså opp til at hver søker skal gjennomføre en kalkyle som de fleste vel er enige om er temmelig komplisert sjøl for en ernæringsfysiolog/dietetiker. For min egen del har jeg i mer enn 10 år vært overbevist om at en diabetesdiet bare er marginalt dyrere enn vanlig sunn kost. For å vri meg unna spørsmålet "Reknar De med at denne dieten fører til ekstra kostutgifter i nokon mon samanlikna med utgiftene til vanleg kosthald på staden?" har jeg de siste åra vridd meg unna ved å henvise til Statens ernæringsråds utredning om ekstra kostutgifter ved diabetes fra 1982 og som konkluderer med en optimal diet medfører ekstrautgifter på kr. 1500-2370 pr. år. I konklusjonen skiller ikke Statens ernæringsråds eksperter mellom kostnader til type I og II diabetes. Når skal RTV ta konsekvensen av dette? Skyld ikke på Stortingets vedtak: vedtak er nok gjort på grunnlag av forslag fra RTV! Kan ikke søknadsprosedyren forenkles ved at grunnstønad ytes etter en enkel erklæring fra lege om at det foreligger diabetes type I eller II og at søkeren går til regelmessige kontroller? Eller grunnstønaden bare ytes til dem med spesielle komplikasjoner? (I parentes: Det er en uforståelig anomali at også likningskontora fortsatt sitter og behandler søknader fra diabetikere og andre om fradrag i skatten på grunn av ekstra utgifter)

Hvorfor er det lagt så stor vekt på at søknad om fritak fra arbeidsgiveransvar "som hovedregel" skal komme fra arbeidstakeren sjøl, og "unntaksvis" fra arbeidsgiveren (Skjema 3.07, Søknad om fritak frå arbeidsgivaransvar osv.). Ikke noe sted er det nevnt at arbeidstakerens behandlende lege kan ta opp saka. For ytterligere å sikre seg mot slike initiativ heter det i skjema 3.07, del 2: "Skal fyllast ut av ein lege når trygdekontoret bed om det". Hvorfor er legene erklært umyndige til å ta initiativ i disse sakene?

Tidligere var det i skjema 3.01A,

sykemelding, satt av en linje på 140x4mm til arbeidsgivers navn og adresse. Det kunne være kronglete nok også her i Rindal, ei bygd uten gateadresser. Hvem får inn "A/S Buljonterningfabrikken, Postboks 1560, Lambertseter, 1157 Oslo 11" på 140mm? Fra sist år skal pasientens yrke også føres på den samme linja. Nå gjenstår 96mm til arbeidsgiveren og 44mm til yrket. Her er det ikke plass til store yrket, sjøl om det ikke er hver dag vi sykemelder en overbuljongterningpakkemester-assistent.

Kanskje kan noen av leserne koste på å sette på papiret opplevelser med andre av RTV's skjemaer? Gode bidrag vil bli trykket i Utposten og formidlet videre.

TEMA

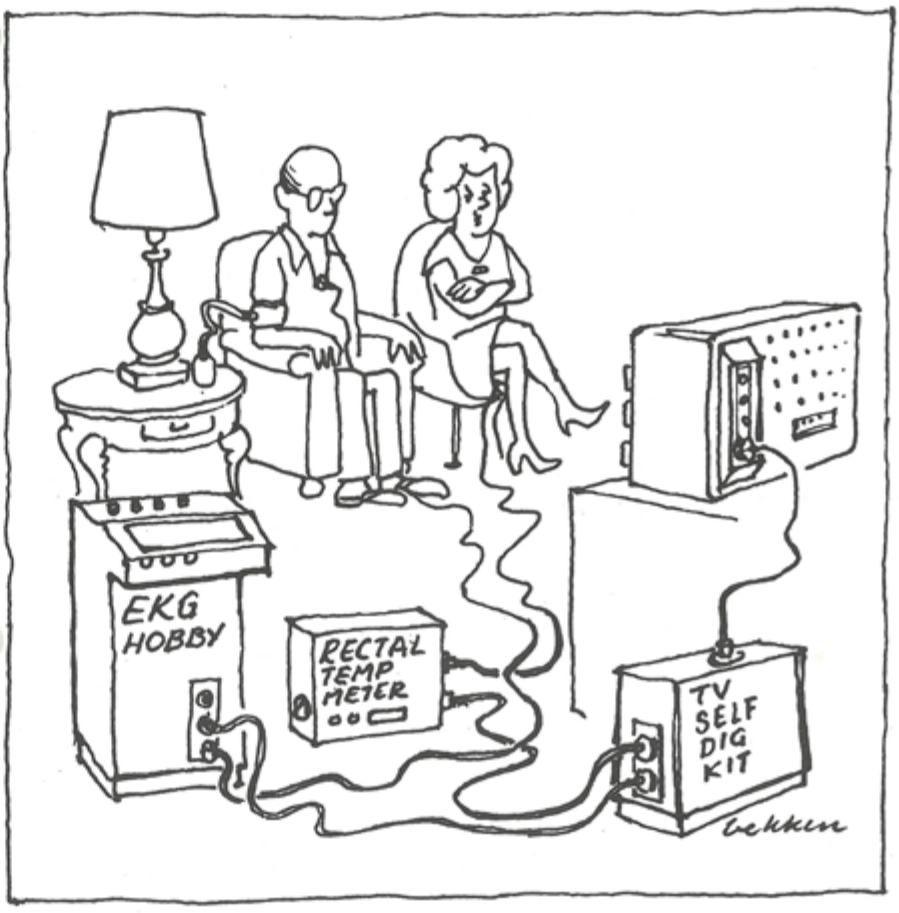
egen

Frode Heian

Bare for noen tiår siden hadde man stort sett legfolk å forholde seg til med sine helseproblem. Men da hadde storfamilien som regel ressurser til å mestre enklere sykdommer.

Fremveksten av den moderne medisinen og den endrede familiestrukturen har gitt folk følelsen av å være mer avhengige av helsetjenesten enn ønskelig. Engelske undersøkelser viser at den største enkeltårsak til frustrasjon blant almenpraktikere var "unødvendige" konsultasjoner for banale plager. De mente at mer enn halvparten av disse kunne vært unngått ved egenbehandling. Et flertall av almenpraktikerne mente at minst 25% av deres konsultasjoner skyldes tilstander de kunne behandlet seg selv for.
Tilsvarende syn gjør seg nok også gjeldende i Norge.
På den annen side opplever vi ofte at pasienter pga. manglende innsikt unnlater å søke lege for alvorlige sykdommer.

omsorg



Passivisering og umyndiggjøring av pasienter er uten tvil et stort problem. De får ikke informasjon om sin sykdom, hva den profesjonelle helsetjeneste har gjort med dem eller hva de selv kan gjøre. Dels skyldes nok dette vår holdning og i en viss grad travelhet, men i stor grad også vår manglende innsikt og virkemidler når det gjelder helseinformasjon.

Det må i rettferdighetens navn sies at helsepersonell til en viss grad spiller på pasientens egne ressurser både til diagnostikk, forebyggelse og behandling. Vårt største forebyggende prosjekt i helseregi: Hjerte-karundersøkelsen (se intervjuet med Kjell Bjartveit), -baserer seg i sin virksomhet på pasientens egeninnsats.

Men vi kan og bør utnytte muligheterne mye bedre.

Pasientorganisasjonene har lenge arbeidet for innsikt og sykdomskontroll ved egenbehandling blant sine medlemmer. De kan ofte vise til bedre resultater enn medisinen med sin stadig bedre teknologi på området. (Heldigvis går de to av og til hånd i hånd.)

Eget ansvar for helse og sykdom er altså ikke noe prinsipielt nytt, men har fått aktualitet igjen pga. nye behov.

Ordet egenomsorg er likevel forholdsvis nytt.
Som andre fyndord svever det nå over vannene til bruk ved forskjellige anledninger. Det hentes titt og ofte frem av politikere, økonomer og helsepersonell i innsparingens, rasjonaliseringens og nymoralismens navn (i både positiv og negativ betydning).
Motivene varierer:

Politikere og planleggere ser egenomsorg som en mulighet for innsparing på de kraftig økende helsebudsjettene.
Både legfolk og helsepersonell ser egenomsorg som nøkkelen til økende helsebevissthet i befolkningen.
Pasienter/pasientgrupper føler behov for økt medinnflytelse i spørsmål om egen helse.
Behov for egenomsorg kan i mange tilfelle skyldes svar på økende teknifisering av medisinen og dermed en følelse av fremmedgjøring overfor sykdom.
-Og det kan skyldes ønske om å bøte på mangler i den moderne medisin.

For noen ligger det også økonomiske motiver bak. I USA er markedsføringen av kjemiske og elektroniske remedier for egendiagnose og egen helseprofil i full gang, og det vi ser av annonser for blodtrykksapparater og

gravitester i norske ukeblader er nok bare en begynnelse.

Egenomsorg er altså blitt et moteord, men det er ikke alle som har klart for seg hva de mener med det. Definisjonen nedenfor kan også være gjenstand for diskusjon.

Egenomsorg er:
Omsorg for sin egen (og sine nærmestes) helse når det gjelder:
- Helsefremmende tiltak
- Sykdomsforebyggende tiltak
- Selvbehandling/medikasjon
- Bruk av helsetjenesten
- Omsorg for seg selv etter kontakt med helsetjenesten.

Det er fristende å legge til følgende punkt:
- Innsikt i miljøfaktorer som influerer på helse, og et handlingsprogram for å gjøre noe med dette.

Egenomsorg innebærer at hver enkelt føler ansvar for egen helse.

Det kan diskuteres om man skal bruke ordet egenomsorg på en så vid definisjon. På spørsmål om hva folk selv kan gjøre med sin helse er det imidlertid viktig ikke å snevre inn til hva man gjør med enkle helseproblem.
Helsebevisstgjøring i interessegrupper, nabo- eller grendalag e.l.innebærer viktige kvaliteter av betydning for såvel fysisk som psykisk helse.
Å rette oppmerksomheten ikke bare mot egenbehandling men også mot miljøet omkring seg, gir en innsikt i sykdomsårsaker legene ofte overser. Det er viktig å bringe egenomsorgen ut av det perspektivet Per Fugelli kaller navleomsorg.

Det diskuteres om økt satsing på egenomsorg kan gi innsparinger på helsebudsjettene.
Satset riktig er det vel mulig, men en økt bevisstgjøring kan vel så mye bidra til økt etterspørsel etter helsetjenester.
Gevinsten ligger trolig heller på et ikke-økonomisk plan. Ved å nytte ressurser hos pasienten: gjøre kunnskap tilgjengelig og tiltro oppgaver i større grad enn før, kan vi øke pasientens trygghet og bedre hans mestring både når det gjelder banale og kroniske sykdommer.
Dette er en av veiene til bedre og riktigere utnyttelse også av helsepersonellets ressurser■

Frode H.

-en folkemed

Anders Grimsmo
Surnadal

■
Folk har til alle tider prøvd både å forebygge og helbrede sykdommer på egen hånd. Historien beretter om dette i et stort omfang. Så sent som på slutten av forrige århundre var profesjonell legehjelp bare et tilbud til svært få. De fleste måtte søke hjelp hos slekt, venner og andre.

Det var likevel slik i de fleste samfunn at en eller flere personer ble tillagt å ha spesiell forutsetninger eller evner til å helbrede sykdom. Det kunne være alt fra guddommelige egenskaper til kunnskaper høstet etter lang erfaring. (1).

Det er flere prinsipper som har gått igjen i folkemedisinen, dels rasjonelle og del irrasjonelle.
De viktigste er:
1. Magi.
2. Renselse, inkl. årelating.
3. Inntak av naturprodukter.
4. Ritualer eller leveregler.

Magi er i denne sammenheng uinteressant med unntak av enkelte psykologiske aspekter. De andre prinsippene derimot bygger ofte på empirisk kunnskap samlet gjennom 1000 år fra alle kanter av verden. Vår moderne medisin har fått mye av denne empiren.

Folkemedisinen har forandret seg, men vi finner igjen de samme prinsippene den dag i dag. Den er ofte svært konservativ. Ideer har av og til en utrolig lang levetid og det går lang tid før ny viktig kunnskap slår igjennom. Den raske utviklingen vi har hatt i moderne medisin, har gjort avstanden til folkemedisinen betydelig større i den senere tid. Dette har nok hatt uheldige følger for begge parter.

EGENOMSORG
isin i moderne tid?

Bakgrunn, utbredelse og betydning

Ordet egenomsorg er nytt. Det ble først tatt i bruk i sykepleien i 50-årene, men hadde til å begynne med en nokså snever betydning knyttet til stellet av pasienter innlagt i sykehus. Det var først kvinnefrigjøringsgrupper i USA i begynnelsen av 60-tallet som ga ordet en ny og videre betydning. Senere har det kommet til en rekke forskjellige grupper med det formål på egen hånd å behandle sykdommer og plager. Spesielt har pasienter med kroniske sykdommer funnet det nyttig å danne selvhjelpsgrupper.

Det er trolig flere årsaker til denne utviklingen. Som nevnt er det blitt et stort gap mellom folkemedisin og moderne profesjonell medisin. Dette gapet er både språklig, kulturelt og statusmessig. Helsetjenesten er etter hvert blitt svært teknisk og byråkratisk og domineres av store institusjner. Legers holdninger til pasienter blir ofte kritisert. Folks innflytelse er stadig blitt redusert, samtidig med at folk både frivillig og ufrivillig er blitt mer avhengig av den moderne medisin.

SELVHJELPSGRUPPER

Delvis i protest, delvis for å bøte på manglene i helsetjenesten og et ønske om medinnflytelse, har folk dannet selvhjelpsgrupper. Positive erfaringer derfra har gjort at den profesjonelle medisinen også etter hvert har begynt å interessere seg for dette. Det er startet forskning på området og en kan nesten si at folkemedisinen har fått en renessanse, men nå under betegnelsen selvhjelpsgrupper.

Tydeligst er dette kommet til syne i et samarbeid mellom profesjonelle helsearbeidere og pasientgrupper med kroniske sykdommer. Både behandlingen av f.eks. blødere og diabetikere var tidligere helt knyttet til høyt spesialiserte sykehusklinikker. Gradvis har stadig mer av omsorgen blitt overført til pasientene selv, parallelt med en klar bedring av kvaliteten av behandlingen.

Men også uten profesjonell hjelp har det vokst frem selvhjelpsgrupper som kan vise til gode resultater. Det gjelder f.eks. behandlingen av så vanskelige problemer som overvekt og alkoholmisbruk, hvor den profesjonelle helsetjenesten nesten helt har feilet tidligere (2).

EGENOMSORG

Begrepet egenomsorg settes oftes i sammenheng med tiltak som det enkelte individ selv iverksetter for å forbygge eller behandle symptomer eller sykdommer. Forskning de senere år har vist at dette heller ikke er noe som bare tilhører fortiden, eller bare er knyttet til spesielle grupper i samfunnet. Egenomsorg har stor utbredelse og forekommer i alle lag av befolkningen i omtrent samme omfang.

Figur 2 er kontruert på grunnlag av flere undersøkelser (3). Den viser at i løpet av 1 måned opplever ca. 750 av 1000 personer ett eller flere symptomer eller sykdommer. Av disse vil 1 person bli behandlet på regionsykehusnivå og 9 ved lokalsykehus. Ca. 150 personer blir tatt hånd om av almenpraktikere. Langt de flestе, ca. 500 eller 3/4 av de med symptomer eller sykdommer, behandler seg selv. Det som ikke kommer frem på figuren, er at også halvparten av de som søker lege, også praktiserer egenomsorg i tillegg. Bare 90 personer med sykdom lar være å gjøre noe.

I en intervjuundersøkelse i Grenland/Larvik-området i 1979, forsøkte en å kartlegge egenomsorg i relasjon til ulike grupper i samfunnet (3). En fant at det var ingen forskjell mellom folk, hverken med hensyn til alder, inntekt eller utdannelse. Det var heller ingen forskjell mellom yrkesgrupper med unntak av at ansatte i helsevesenet praktiserer mer egenomsorg enn andre.

Derimot fant en at kvinner benytter mer egenomsorg enn menn. Det tror en kan ha relasjon til deres rolle i familien. Gjennom omsorg for andre, som egne barn og evt. stell av gamle, lærer de egenomsorg. Dessuten er kvinner mer interessert i helsespørsmål generelt.
Den faktoren som likevel skapte størst forskjell med hensyn til bruken av egenomsorg, var antallet kroniske sykdommer. Det er trolig at folk med mange kroniske lidelser etter hvert lærer seg å ta i bruk egenomsorg mer enn andre.

Det ble også funnet interessante forskjeller i bruken av egenomsorg med hensyn til ulike sykdommer i Grenlandsundersøkelsen (tabell 1). Når det gjaldt hodepine og sure oppstøt, var det mange som hadde prøvd egenomsorg. Ved kløende utslett og søvnvansker var det derimot få. De hadde heller brukt medisiner som de

hadde fått hos lege. Dette tror en har nær sammenheng med mulighetene til å drive egenomsorg. Både for hodepine og sure oppstøt har folk tilgang på effektive medikamenter uten resept. Det motsatte er tilfelle ved kløende utslett og søvnvansker. Effektive medikamenter fikk man her kun ved å kontakte lege.

BETYDNINGEN AV EGENOMSORG

Det som likevel kanskje er mest interessant er om egenomsorgen som praktiseres, har innflytelse på sykeligheten og behovet for legehjelp.

I Grenlandsundersøkelsen sammenlignet en de som hadde praktisert egenomsorg med de som ikke hadde gjort det, med hensyn til antall sykedager, antall fraværsdager og antall konsultasjoner. Resultatet er vist i tabell 2.
Det framgår at de som hadde benyttet egenomsorg, i gjennomsnitt hadde færre sykedager enn de som ikke hadde gjort det.
Likedan var det med fravær.
Det var også en signifikant forskjell når det gjaldt legebesøk. Antall konsultasjoner pr. 1000 syketilfeller var 79 i egenomsorgsgruppen og 107 blant de som ikke hadde prøvd egenomsorg.

Disse forskjellene kunne ikke forklares ut i fra de ulike diagnoser i disse 2 gruppene, eller med hensyn til andre sosiale eller demografiske forskjeller.

EGENOMSORG OG HELSEPOLITIKK

Det er ikke alle som stiller seg like positivt til egenomsorg. Det er blitt hevdet at debatten omkring egenomsorg har dukket opp i de vestlige land etter hvert som disse er blitt rammet av økonomiske nedgangstider.
Motivasjonen for å satse mer på egenomsorg har vært et ønske om å framskaffe et billigere alternativ til de profesjonelle helsetjenester. Dette vil myndigheter prøve å oppnå ved å skyve mer ansvar over på enkeltindivider.

De som hevder dette, må ha et dårlig kjennskap til bakgrunn for egenomsorgsdebatten og den historiske utviklingen.

For det første begynte denne debatten i de fleste land lenge før helsebudsjettene begynte å ekspandere på den måten de har gjort de siste årene. I de fleste land startet debatten på 60-tallet. Norge er et av de siste landene som er kommet med.

Bakgrunnen har nesten alltid vært misnøye med den profesjonelle helsetjenesten, som etter hvert har blitt upersonlig, svært teknifisert, byråkratisk og har prioritert oppgavene etter egne ønsker, ofte lite i tråd med det mange pasienter har følt har vært viktig.

For det andre har initiativet til egenomsorg ikke i noe land kommet fra offentlige myndigheter eller politiske partier. De som har startet har vært enkeltpersoner, pasientorganisasjoner og forskjellige andre interessegrupper. Først ute var som nevnt kvinnefrigjøringsgrupper i USA. De følte sine interesser lavt prioritert i et mannsdominerte helsevesenet.
I Norge har vi en parallell. Over alt har krisesentrene for kvinner blitt opprettet etter initiativ fra kvinner selv. De har gjennom dette avdekket en svært forsømt gruppe. De har vist hvordan problemet kan behandles og de har presset fram en holdningsendring hos politikerne. Ingen vil vel hevde at de har gjort det for å spare myndighetene for utgifter. Tvert om, myndighetene har etter hvert begynt å støtte disse tiltakene økonomisk.

En skal likevel ikke lukke øynene for at myndighetene eller politiske partier ser momenter i egenomsorgsdebatten som kan brukes som argumenter til å spare penger som medfører et dårligere helsetjenestetilbud. Det jeg håper er at folk vil gå imot disse som gjør dette og ikke imot egenomsorgen som sådan.

Jeg tror det er riktig å se egenomsorgen som en viktig del av den totale helsetjenesten slik fig. 2 illustrerer. I et samarbeid med den profesjonelle helsetjenesten kan den utvikles og utbygges. Dette vil kreve en holdningsendring hos mange helsearbeidere i forhold til det de er vant til at pasientene kan og bør greie selv.
Det forutsetter også at en i undervisning av studenter og i forskning legger større vekt på behandlingsalternativer folk selv kan bruke.

Økt egenomsorg vil gi folk større råderett over egen helse og medfører større uavhengighet av helsevesenet. Det vil flytte ansvar og makt fra fagfolk til legfolk. Det er en demokratiseringsprosess som må være like viktig i helsevesenet som som innenfor andre samfunnsområder (4).

Litteratur:

1. Bøe O. Folkemedisin og lærd medisin. Oslo: Det Norske Samlaget, 1973.

2. Grimsmo A, Helgesen G, Borchgrevink CF. Short-term and long-term effects of lay groups on wight reduction. BMJ 1981;283:1093-4.

3. Grimsmo A. Fra å bli syk til å bli pasient. Hva betyr sosiale forhold for sykelighet, egenomsorg og legesøkning. Rapport nr. 1 -1984. Oslo: SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning, 1984.

4. Fugelli P. Det medisinske klassesamfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.

ALTERNATIVE BEHANDLINGSFORMER HOS LEGEN OG BETYDNINGEN DETTE KAN HA FOR ANTALLET LEGE-KONSULTASJONER SENERE

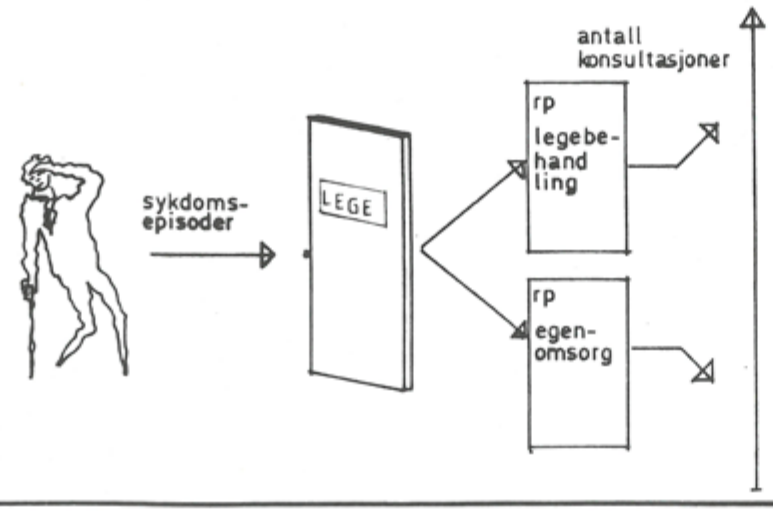
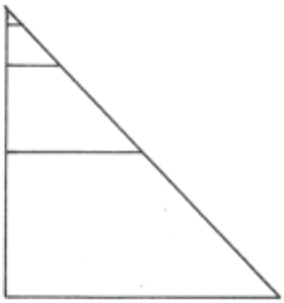
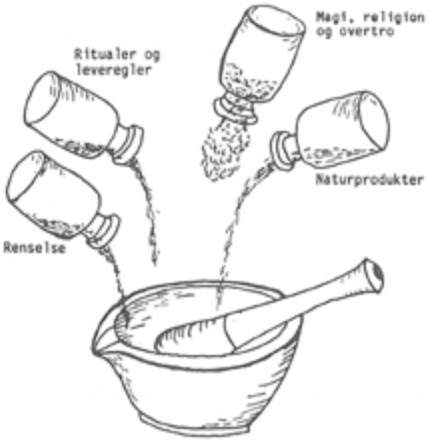


Fig. 1

Ant. personer pr. måned	Omsorgsnivå
1	regionsykehus
9	lokalsykehus
150	almenpraksis
500	egenomsorg
90	symptomer, ingen behandling
250	ingen symptomer
1000	risikobefolkning



Behandling og omsorgsnivå i en befolkning på 1000 personer i løpet av en måned.



FOLKE - MEDISIN

Tab. 1

	Behandlet etter råd fra lege	Forsøkt egenomsorg	Ingen spesielle tiltak
Hodepine	22 %	50 %	28 %
Kløende utslett	46 %	9 %	45 %
Sure oppstøt	22 %	38 %	40 %
Søvnvansker	38 %	10 %	52 %

Tiltak i forbindelse med mindre alvorlige plager i en 14-dagersperiode.

Tab. 2

	Praktisert egenomsorg		
	Ja	Nei	T-test
Antall dager syk pr. syketilfelle	5,9	8,4	***
Antall fraværsdager pr. syketilfelle	3,4	6,3	***
Antall konsultasjoner pr. 1000 syketilf.	79	107	**

p-verdi: * < 0,05 ** < 0,01 *** < 0,001

Forskjeller mellom personer som har praktisert egenomsorg og personer som ikke har gjort det med hensyn til sykedager, fraværsdager og legekonsultasjoner i en 14-dagersperiode.

Vidt begrep, mange oppga

Sonja Stenmarck
Opplysningssjef, Nasjonalforeningen for folkehelsen

Egenomsorg er etterhvert blitt et ladet begrep. Det smaker på den ene siden av politikk, økonomiske beregninger (les begrensninger) og individtenkning. På den annen side aner man konturene av medbestemmelse, økte muligheter for kunnskap og koordinering av ressurser.

På mange måter er begrepet antikvert og uten innhold. Det kan gi inntrykk av menneskene som selvstendige, uavhengige vesener som kan endre sin situasjon bare de tar bedre vare på seg selv. Man ser for seg legen som formidler den rette kunnskap på den rette måte til rett tid med rett resultat = endret atferd og bedre helse.

Så er verden dessverre ikke så enkel. Vi mennesker er som kjent sosiale vesener som lever i et kontinuerlig samspill med våre omgivelser. Egenomsorg blir dermed avhengig av den famliesituasjon og det samfunn vi lever i.
Det har f.eks. lite for seg å gi ernæringsopplysning til eldre hvis de lever i konstant redsel for at huset skal rives ned (konferer Ida Hydle).
Det hjelper likeledes lite å anbefale f.eks. deltidsarbeid til en kvinne som befinner seg i en vanskelig situasjon hvis det ikke eksisterer muligheter for denne type arbeid.
Det er heller ikke så konstruktivt å anbefale svømming i oppvarmet vann hvis kommunen ikke prioriterer denne budsjettposten.

Det blir dermed en viktig del av omsorgsbegrepet at en hjelper folk til å se helheter - å se sammenhenger.

Ordet egenomsorg blir dermed for snevert fordi et gir gale assosiasjoner. Det er snakk om individ-nærmiljø-samfunn som et integrert hele hvor hver enkelt del er avhengig av de andre delene. Vi må i realiteten tenke og handle på tre nivåer hvis det hele skal få mening.

HVILKE MÅL HAR VI?

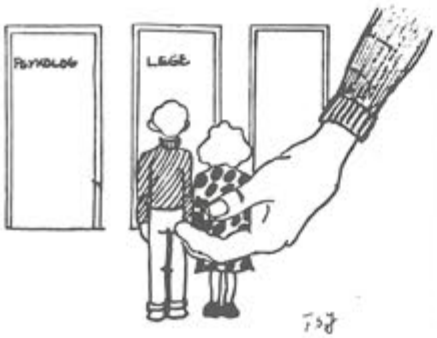
Før vi kan stake ut veien vi vil gå, må vi ha definert målene. Den overordnde målsetning for den såkalte egenomsorg kan vi antagelig enes om - nemlig bedre helse og trivsel, dvs. økt livskvalitet. For meg ligger det her ikke bare en innsats i forhold til primær, sekundær og tertiær forebygging, men også tiltak av klart helsefremmende natur.

Fordi en slik generell målsetting gir liten handlings- og evalueringsmulighet, må det settes opp en rekke delmål.
La meg nevne noen:
- engasjere enkeltindivider og grupper aktivt for å bedre sin og omgivelsenes helsesituasjon gjennom økt medbestemmelse og medansvar
- gi mulighet for selvbehandling gjennom økt kunnskap og praksis
- gi kunnskap om tilgjengelige helsetilbud
- koordinere tilgjengelige ressurser o.s.v.

aver

AKTIVT ENGASJEMENT GJENNOM ØKT MEDBESTEMMELSE OG MEDANSVAR

Aktivt engasjement, medbestemmelse og medansvar - ordene henger nøye sammen. Det ene er avhengig av de to andre.
Skal en ta et ansvar, må en også få være med å bestemme og engasjere seg aktivt. Skal en være med å bestemme, må en også ta et ansvar. Og skal vi få en engasjert og aktiv befolkning, så forutsetter det at den er villig til å være med å bestemme.
I seg selv ligger det her en kime til konflikt fordi helsetjenesten er vant til å bestemme og ha ansvaret. Helse er fagliggjort og dermed mer eller mindre tatt ut av befolkningens hender.
Delvis på grunn av dette, men også på grunn av samfunnsutviklingen generelt, har vi fått en for passiv befolkning som føler seg usikre i forhold til de enkleste helseoppgaver. De har fått vite at helsetjenesten skal løse deres problemer, enten det gjelder smerter i ryggen eller når minstebarnet har fått kolikk.



Er det da slik at enkeltindivider og grupper står klar til å ta sin del av ansvaret? Slik er det selvsagt ikke fordi man først må avlære og så få positiv læring under forutsetning av en rekke forhold, bl.a. gode erfaringer. Vi står dermed ovenfor en gedigen pedagogisk utfordring, hvor hver enkelt av oss må se på våre egne holdninger og vår egen væremåte. Det er også et spørsmål om kunnskaper, om pedagogiske prosesser, involveringspedagogikk osv.
Det er spennende og utfordrende oppgaver, som mange heldigvis etterhvert begynner å bli våkne for.

MULIGHET FOR EGEN- OG NESTEBEHANDLING VED ØKT KUNNSKAP OG PRAKSIS

Dagens samfunn gir dårlige vekstforhold når det gjelder overføring av generasjonskunnskap, enten det gjelder takling av dagliglivets plager eller behandling av f.eks. barnesykdommer. Foreldre føler seg usikre og engstelige, helsetjenesten føler at de blir tilkalt til dels unødig.

Et av Nasjonalforeningens helselag tok utfordringen og fikk legen til å stille opp til orienteringsmøte om vanlige sykdommer hos vanlige barn. Salen ble sprengt, og spørsmålene haglet. Behovet var slått fast, og suksessen ble gjentatt. Etterhvert dannet en del av de fremmøtte egne grupper med ulike tema. Lege og helsesøster stilte som ressurspersoner for de gruppene som trengte spesiell informasjon. Originalt - slett ikke, men absolutt nødvendig.

I andre sammenhenger kan det være kurs for hjertepasienter, allergikere eller helseopplysning til eldre. Målgruppene er mange og behovene store.

Skal vi forvente økt egen- og nesteninnsats både i forhold til helsefremmende tiltak, forebyggende og behandlende tiltak, må vi være villige til å formidle den nødvendige kunnskap og gi mulighet for å praktisere denne kunnskap. Vi må gi deltakerne en sjanse til å føle seg trygge, både til å klare å gjennomføre de nødvendige tiltak og ikke minst å vite når de må be om hjelp.

Egenomsorgshefter er en måte å formidle kunnskap på. Dialogen, gruppevirksomhet, møter etc. er andre metoder. Og metoden er avhengig av hvem man vil nå med hvilket budskap på hvilket tidspunkt.

Tar vi f.eks. pasientsituasjonen, så vet vi at mange føler seg usikre. Det kan være mange barrierer - forskjellige fra individ til individ - som hindrer informasjon i å trenge gjennom. Slides eller video på venteværelset kan f.eks. gi en anginapasient viktig kunnskap om årsaker og virkninger. Legens informasjon blir forståelig og viktige spørsmål kan avklares fordi det er et kunnskapsgrunnlag å bygge på. Budskapet kan styrkes ved skriftlig informasjon/brosjyre hvor man understreker det som er viktig for nettopp den pasienten.

Klagene på manglende informasjon er mange. De oppleves berettiget eller uberettiget fra behandlerens side. Uansett gir de uttrykk for opplevet behov - altså må de tas alvorlig. Dette er tidkrevende, men hvem har sagt at legen må være alene om all denne virksomheten?

KOORDINERING AV RESSURSER - SAMARBEID

Jeg har tidligere påpekt nødvendigheten av å tenke helhet, av å se enkeltindivider i sosial sammenheng. Det vil også innebære at en rekke ulike instanser må bli involvert skal vi klare å styrke helseomsorgen.
La meg ta et enkelt eksempel som sikring av nærmiljøet. En gruppe foreldre i et boligområde går i daglig redsel for sine små. De vet av erfaring at det er nesten umulig å få nedsatt hastighet, fartsdumper e.l. Helsetjenesten kan ut fra erfaring og i verste fall allerede registrere skader påpeke vanlige skadetyper, hvor skader vanligvis skjer, osv. På den måten kan man fokusere på problemet og hjelpe foreldrene i deres arbeid for å få sikret nærmiljøet.

Fordi utgangspunktet er menneskenes totale situasjon er det viktig å tenke ut over egne grenser. Vi opererer i det daglige i båser. Det er aldersbåser, fagbåser og organiseringsbåser.

Det har ført til at vi er redde for å gå over grenser, redd for hverandre fordi vi delvis snakker forskjellig språk som vanskeliggjør kommunikasjonen.
Delvis er vi kanskje redd for å avdekke vår egen uvitenhet i forhold til andre faggrupper. Et slikt utgangspukt må nødvendigvis føre til stagnasjon og rigide systemer. Vi må våge å tenke og handle tverrfaglig og tverrsektorielt.

En viktig del av helsetjenestens oppgaver og ansvarsområde blir da å bringe sine erfaringer og kunnskaper om helseskadelige forhold videre til politikere, til teknisk etat, til media osv. Her kan man få et aktivt samarbeid som vil komme alle til gode. Det vil gi bedre helseomsorg på alle plan.

En samarbeidspartner må nevnes spesielt, en samarbeidspartner som i en del år så å si har vært i karantene nettopp på grunn av profesjonismens inntog. Det er de frivillige organisasjonene. De har den berømte grasrotkontakt og de er vant til å drive helseopplysning, enten det gjøres som studievirksomhet, større møter, aksjoner eller ved utstillinger. De er kort sagt vant til å få ting til å skje. De fleste har også sekretariatet i ryggen som produserer målgrupperettet informasjonsmateriell som er nyttig, ikke minst for helsetjenesten. Det forutsetter at denne holder seg orientert eller ber om hjelp til å bli orientert.

Vi er heldige her i Norge som har en så rik organisasjonsflora. De enkelte lokallag vil selvsagt være høyst forskjellige. Det kan være medlemmer med en meget sterk faglig bakgrunn, det kan være medlemmer med mye menneskekunnskap og mye livserfaring, det kan være aktive mennesker og passive mennesker, kort sagt et utsnitt av Norges befolkning. En ting er felles: de kjenner sitt nærmiljø og de vet en masse om menneskene i nærmiljøet og de behov de representerer. De vet meget om hvilken helseomsorg det er behov for.

HVA ER VIKTIG KUNNSKAP?

Vi kunne alle ønsket oss en fasit som fortalte oss hvor vi skulle begynne, hvilken kunnskap det var behov for . Det vil selvsagt, være avhengig av lokale forhold, aldersammensetning, boligstruktur, arbeidsforhold, etc.

Alle har selvsagt behov for generell kunnskap om dagliglivets plager fra sårbehandling til feber.
Noe kunnskap kan på sikt redde liv, som førstehjelpskurs, annen kunnskap vil være mere rettet mot de helsetilbud ulike grupper kan nytte seg av. Noe kunnskap kan bidra til å forebyggende sykdommer av typen belastningslidelser, hjerte- kar- sykdommer o.l., mens annen kunnskap er direkte sykdomsrettet. Spekteret må nødvendigvis blir stort, og det er bare den som har skoen på, som kan si hvor den trykker.

EGET EKSEMPEL

Det er tristende til slutt å si noe om eget eksempel. I prosjekt Sogn og Fjordane og Oppland så vi klare sammenhenger mellom helsepersonellets engasjemet og mulighet for å nå frem med helseopplysning i lokalmiljøet. "Positivt helsepersonell er i sammenheng med Prosjekt Oppland kanskje en av de viktigste forutsetningene. Helsepersonellets holdninger til forebyggende helsearbeid påvirker antakelig i stor grad holdningene i lokalsamfunnet generelt". Positive holdninger kan gi seg verbale uttrykk. De uttrykkes sterkere gjennom atferd. Det betyr at det er viktig at helsepersonell tilkjennegir at de tror på budskapet de selv formidler. Dobbeltkommunikasjon er alltid vanskelig å forholde seg til.

Det blir dermed viktig at helsepersonell:
- gir klart uttrykk for sin tro på forebyggende arbeid
- viser sin tro på eget budskap gjennom sin atferd
- deltar aktivt sammen med befolkningen i de ulike helsefremmende og forebyggende tiltak, og
- viser ønsket om og behovet for samarbeid gjennom handling.

Arbeidsoppgavene er mange og utfordrende. De er ikke alltid enkle - men hvem har sagt at det skal være så enkelt?
Det gode budskap til slutt:

Du står ikke alene!

■

«Og en ting til, – vi må ta det litt forsiktig med helsekosten en stund fremover.»

Loka

Ida Hydle

Ida Hydle er nå assistentlege på geriatrisk avd., Ullevål sykehus. Hun har klinisk forskerstipend fra NAVF for 1986 for å fullføre prosjektet "Eldre, ernæring og helse".
Hun arbeider også med kartlegging av og undervisning om eldremishandling.
Generelt interessert i tverrfaglighet i medisinsk forskning, spesielt medisinsk antropologi og medisinsk kvinneforskning.

alsamfunns-omsorg

En beskrivelse av en gruppe eldre kvinners kamp for å bevare bomiljøet og deres arbeid med bevisstgjøring av andre eldre i området.

HVA VI VANLIGVIS MENER MED OMSORG OG ELDRE-OMSORG SPESIELT

■

Omsorg kan defineres som støttende, pleiende og hjelpende handlinger mellom mennesker som inngår i sosiale relasjoner. (1). Denne definisjonen gjelder både den private og den offentlige omsorgen. Sjelden ser vi at det går an å ha omsorg for noe annet enn ett enkelt individ eller en gruppe av enkeltindivider. "Eldreomsorg" brukes om omsorgen for "de eldre" generelt, og med det mener vi de institusjoner og de mennesker som arbeider med og lever av å gi eldre mennesker omsorg.

Det svenske Sekretariatet for framtidsstudier har i rapporten "Omsorg och manniskosyn" fremsatt tre myter om omsorg:

1. "den barmhjertige samaritan"-myten: det at alle mennesker har personlig ansvar for mennesker i sine omgivelser.

2. "Florence Nightingale"-myten: det at noen mennsker - spesielt kvinner, har et spesielt kall til å gi omsorg for sine medmennesker.

3. "Omsorgsekspert"-myten, det at alt omsorgsarbeid bør utføres av eksperter. (1).

Når det gjelder eldreomsorg, arbeider vi som leger i tillegg i et felt av motstridende myter. På den ene siden vet vi fra forskning og egen erfaring at det er mange flere eldre som trenger både medisinsk og sosial hjelp enn yngre. Arbeidet vårt preges av den økende gruppen eldre. Vi vet også at vi er offer for "alderismen" som underforstått og snikende definerer alle eldre som hjelpetrengende, svake og syke. Likeledes vet vi at det tross alt er flest friske eldre som ikke trenger hjelp.

Jeg skal i det følgende redegjøre for et prosjekt som omhandler eldre mennesker i et indre bystrøk i Oslo. Selv om de fleste av Utpostens lesere kanskje ikke identifiserer sitt lokalsamfunn med Oslo indre by, er det viktig å understreke at mange av de erfaringer jeg gjorde, nok kan anvendes i helt andre sammenhenger. Og jeg vil drøfte den generelle innledningen om omsorg i forhold til noen av erfaringene fra prosjektet.

ELDRE, ERNÆRING, HELSE PÅ GRØNLAND / NEDRE TØYEN

Hva skjer hvis en lege ønsker å utføre et forskningsprosjekt som skal handle om forebyggende helsearbeid på folks egne premisser i et nedslitt boligstrøk? At det skulle handle om eldre mennesker i en liten bydel, hadde jeg ikke bestemt på forhånd. De eldre ble derfor en slags eksperimentgruppe, slik som Grønland/Nedre Tøyen ble eksperimentets ramme. Det er sosialmedisinsk tilnærming som danner grunnlaget for prosjektet, men metoden samfunnsarbeid innen forebyggende sosialt arbeid har også vært vesentlig, både fordi den har gitt meg en annen forståelse av forebygging og omsorg og fordi vi praktisk arbeidet innenfor et samfunnsprosjekt, Grønland/Nedre Tøyen-prosjektet.

Samfunnsarbeid kan defineres som en planlagt, midlertidig form for bistand for depriverte grupper eller områder, hvor man ved hjelp av organisering og medvirkning setter de berørte i stand til å fremme sine krav og arbeide for en realisering av disse innenfor de rammene som et lokalt initiativ setter. Gjennom oppsøkende virksomhet, åpne møter og gruppearbeid bistår samfunnsarbeideren beboerne i et strøk i å formulere målsettinger, og rette henvendelser til myndigheter og politikere for å oppnå forandringer i nærmiljøet. (2) Det sosiale nettverket styrkes, og et organisert samarbeid bygges opp, samtidig som beboerne tilegner seg kunnskaper til selv å føre arbeidet videre når prosjektet trekker seg ut. Prosjektets midlertidighet er avgjørende.

Min egen bakgrunn som lege ga meg ingen spesielle fortrinn når det gjaldt å forstå eldre menneskers helseproblemer i en indre bydel, snarere tvert imot. Det skulle atskillig skolering til , særlig fra de eldre beboerne selv, før jeg begynte å forstå deler av hva det dreide seg om. Metodisk og erkjennsmessig viktig var også samarbeidet med en sosialentropolog. Tanker og teori om lokalsamfunn og nærmiljø i sosialantropologien ga oss en plattform å stå på. ▶

METODER

Ved hjelp av studenter som intervjuere gjennomførte jeg en strukturert spørreskjemaundersøkelse av alle enslige over 70 år, 106 personer.
Helse- og sosiale forhold, slik som førlighet, sykdommer, medikamentbruk, bruk av helsetjenester, samt kosthold, boligforhold, inntekt og sosialt nettverk ble kartlagt.

Sosialantropologen gjennomførte et feltarbeid der studiet av de eldre og deres livssituasjon stod sentralt. Særlig vekt ble lagt på kulturelle forholds betydning for helse og kosthold. (3).

En ernæringsfysiolog analyserte kostholdsdataene og var med i planleggningen og gjennomføringen av selve aksjonsfasen i prosjektet. (4).

Resultatene fra den kvantitive og den kvalitative undersøkelsen ble tilbakeført til de eldre i strøket og beboerforeningen, sammen med forslag til tiltak for å bedre forholdene. Et "kostkorps" av 8 eldre, 2 menn og 6 kvinner arbeidet som lønnede medarbeidere i denne formidlings- og evalueringsfasen. I tillegg arbeidet de med organisering av andre eldre i strøket, satte igang aksjoner, deltok i offentlige møter, snakket med politikere og administrasjon og formidlet på annet vis, bl.a. gjennom massemedia, kunnskaper fra prosjektet.
Denne prosessen ble beskrevet og evaluert av en sosialpedagog ved hjelp av intervjuer og deltakende observasjon. (5).

KOSTKORPSET

> "Jeg synes når det gjelder formidling av kunnskaper må jeg si at fellesskapet gir det beste resultat. Vi sitter alle med ting inne i oss som ofte kan synes små. Når vi får gitt uttrykk for det sammen med andre, kan det ofte bli til noe positivt som kan komme til nytte. Jeg har selv fått erfare at det er mange ting i et samfunn som vi eldre kan gi videre til andre: samhold, vennskap og omtanke."

(Det-te og de følgende sitater er hentet fra diskusjoner med eldre i Grønland/Nedre Tøyen-området).

Prosjektet hadde en målsetting om både å bistå eldre i strøket med miljørettet arbeid og også å evaluere effekten av dette arbeidet. Beboerforeningen foreslo at et "kostkorps" av eldre fra strøket kunne være medarbeidere i denne delen av prosjektet. For å oppnå dette, spurte vi en gruppe eldre om de ville arbeide sammen med oss som lønnede prosjektarbeidere. Det var 6 kvinner og 2 menn som ble med. Det var en av kvinnene foreslo at de skulle kalle seg "kostkorpset", og det ble muntert mottatt.

Årsaken til navnet var at vi la mye vekt på ernæring og kosthold i begynnelsen. Vi hadde utarbeidet en plan for hvordan vi skulle gå ut til alle de eldre i strøket med kostholdsopplysning. Kostkorpset oppsøkte alle - etter flere møter med grundig diskusjon av intervju- og opplysningsteknikk. Vi så på kosthold og mat mer som et middel enn et mål. Mat er et tema som de aller fleste er opptatt av, og det er lett å skape kontakt og interesse i diskusjoner om mat.

Gruppens arbeid utviklet seg på ukentlige møter. Det var spesielt kvinnene som var aktive. Etter 4 års arbeid var det tre kvinner som forble aktive i beboerforeningsarbeid og som til dags dato fortsetter arbeidet.

For å forstå det videre forløp, er det nødvendig å nevne et forhold som kompliserte prosjektet. Strøket vårt ble utpekt av de kommunale myndighetertil et prioritert byfornyelsesområde. Det satte igang en grunnleggende destruktiv prosess i det lille lokalsamfunnet som vi således uventet ble deltakere i . Etter hvert som kvartal etter kvartal ble gjennomgått av planleggere ved byplankontoret, boligetatens folk og bystyrets politikere, ble våre eldre medarbeidere mindre opptatt av kosthold og helse og mer av byfornyelse og byfornyerne som gikk under forskjellige tilnavn: byforstyrrerne, slumsøstrene, rivegeriljaen, byforverrere osv.

Under ett av våre planleggingsmøter sa flere av kostkorpsets medlemmer at de nå var nødt til å diskutere hvorfor planene om den nye trygdeboligen var skrinlagt. Mange eldre i strøket så den som sin redning år de av boligetaten ble forespeilet fraflytting pga. byfornyelsen. De aller fleste ville bli boende i strøket. Men.....

> "Byfornyelen er i grunnen godt ment fra politikernes side, men den er ut fra deres pengepung, ikke vår som ikke har råd til å betale det det koster." Folk vil bo her, her har de alltid bodd".

Byfornyelsen og dens sosiale konsekvenser ble etterhvert det vi alle kom til å konsentrere oss om i prosjektets aksjonsfase. Kampen om trygdeboligen ble vunnet,

takket være kostkorpsets innsats med både demonstrasjon med transparenter (med innhentet tillatelse fra Grønland politikammer) og et stort offentlig møte på Grønland. Her hadde de innbudt folk fra kommunal administrasjon og politikere til en diskusjon med strøkets eldre. Trygdeboligen ble bygget i 1984-85.

"...denne trygdeboligen føler vi er vår på en annen måte, for vi har vært med på å kjempe for den."
"Vi er jo forespeila her at det skulle komme en trygdebolig på Grønland. Men etter hvert - vi hadde jo en del møter og - så fikk vi høre at det var blitt feid bort - rett og slett feid under teppet.. For vi ville alle ha trygdebolig her hvor vi hører til..... men så sier vi atte: Dere, vi skal lage en aksjon - hvorfor ikke vi som alle de andre. Ungdommen, dem okkuperer jo hus - la oss sette igang med noe....
Og vi fant på at vi skulle lave en stor transparent - lå på gulvet nede på Grønland og malte en lang transparent, også måtte vi søke pol'ti da om lov til å demonstrere. og vi spikra lister og gikk ut av porten med godt mot og marsjerte tvers over Grønland og bort til tunellbanen, og der sto vi. Vi fikk presse, og kringkastingen kom, og vi ble intervjuet. Og det samla sg jo en del mennesker, da- så så vi noen politibiler som kjørte rundt omkring - de skulle selvfølgelig kontrollere hvor mange vi var. så sier jeg det skulle være moro, dere, om vi ble tatt og kjørt i politibilen, for da får vi enda mere PR for saken våres, men det ble vi ikke, altså." (74 år gammel dame).

Beboerforeningens og særlig Kostkorpsets største og vanskeligste oppgave ble å forhindre riving av et kvartal. De vant kampen mot kommunen i første omgang ved hjelp av intens politisk lobbyvirksomhet, møter og demonstrasjoner. Dessverre sviktet Arbeiderpartiet dem i neste runde:

"Vi kan nesten ikke tro det. Verre rundkast har Oslo Arbeiderparti neppe gjort noen gang. bygningsarbeidernes argument om at vi bor i boliger som ikke er menneskeverdig, er det verste sprøyt vi noen gang har hørt. Det må være galskap å rive nesten ferdig rehabiliterte boliger." (6)

"Før siste kommunevalg sørget Arbeiderpartiet for bevaringsflertall i bystyret. Beboerne innstilte seg på dette, og investerte i grundig oppussing. Etter valget snudde imidlertid partiet, og sammen med Høyre og Fr.p. ble det flertall for riving... Det ble skyldt på behovet for arbeidsplasser innen byggebransjen.. dette er en sannhet med modifikasjoner. Fagbevegelsen i Oslo tørstet etter en sak å kjøre mot partiledelsen. Det er lenge siden sist, og det var nesten en tilfeldighet at det ble nettopp Breigate-saken, hevdes det."(7).

Kostkorpset arbeidet med flere andre aksjoner for å bedre forholdene i strøket. Ett tiltak var hyggetreff som de selv arrangerte for andre eldre, 2 ganger i uken. Disse hyggetreffene har nå pågått i ca. 5 år og fortsetter - med tilhørende årlig julebord og sommerutflukt.

GRØNLAND/NEDRE TØYEN - ET LOKALSAMFUNN?

Kan man i det hele tatt snakke om et lokalsamfunn på Grønland/Nedre Tøyen som de gamle forholder seg til?
Lokalsamfunn er et utvannet ord - mange samfunnsforskere stiller spørsmål om det eksisterer i det moderne samfunn. Det finnes studier av lokalsamfunn der forskerne har satt pris på de eldre generasjoners livsforhold og levekår. Keith har f.eks. interessert seg for aldershomogene lokalsamfunn, slik som aldersinstitusjoner og boligområder for eldre. Hun finner følgende karakteristika ved disse områdene:

- de er felles eide territorier, som blir bevoktet mot inntrengere utenfra.
- folk har en sterk følelse av forskjeller mellom "inn-grupper" og "ut-grupper".
- folk har felles normer og målsettinger
- folk har klart definerte roller og status - det vil si et sosialt system. (8).

Vi har få studier av slike "gamles lokalsamfunn" fra Norge, men Bjellands feltarbeid i et gamlehjem i Bergen er ett eksempel. Hun bekrefter delvis Keiths teorier. (9)

Nå er ikke vår studie i Grønland/Nedre Tøyen-området en studie av en aldershomogen befolkning. Området er både etnisk og aldersmessig noe av det mest heterogene vi finner i Norge. Og likevel kan vi spørre oss om ikke de eldre og også mange yngre i strøket hadde en utpreget stedsfølelse ut fra de svar vi fikk på våre intervjurunder og i mange større fellesmøter i beboerforeningen.

"Og jeg ser jo mer og mer at vi trenger noen som jobber med mennesker..... ikke minst det med eldre, da, og vi ser i grunnen det at det er de som blir salderingsposter når vi (hun mener her vi i betydning kommunen, samfunnet osv.) skal til å spare penger, og det synes jeg er helt uhørt. Og likedan er jeg veldig opptatt av nå de eldre i bydelen her, hvordan de må flytte ut, hvilken måte, hvordan de gjør det. Også hensynsløst å kaste dem ut av deres

boliger her, og de sier at de skal ha hjemmet deres. De kan flytte til de dårligste trygdeboliger som er. Så jeg ser mer og mer hvor viktig og nødvendig det er at vi jobber med dette her også. Så det har igrunnen falt naturlig å jobbe med de eldre og - for det er de som du kan si som har stått mest aleine i dette her, som nå trenger masse støtte." (69 år gammel dame).

Byfornyelsen var en klar fare utenfra som truet folks levekår, både sosialt og økonomisk, og dette var med på å gjøre lokalsamfunnet klarere i folks bevissthet.

"Vi som har bodd her har bestandig brukt Tøyenparken, vi. Min mann og jeg, vi tok med oss kurv med kaffekjele og litt kjeks og kopper og ungene og så et par klappstoler og satt i Tøyenhaven og drakk kaffe, ettermiddagskaffe, og alltid har vi kunnet gå der. Mannen min gikk bestandig opp til Tøyenhaven og hadde med seg noe brød i lomma og satte ut handa, og der kom småfuglene og satte seg på handa hanses. Jeg gikk tur med den yngste min oppi der - og plutselig så kunne det sitte en ekorn på barnevogna og vi satte fram handa og den spiste - dem var så tamme, og det var jo himmern for oss som bodde her nede. Så det var liksom Tøyenhaven var vår den, på en måte - det var jo så pent der." (74 år gammel dame).

De gode minnene er vesentlig for stedsfølelsen. Mange forteller om gamle dager og viser oss hvorledes minnene lever som en del av nåtiden deres. Vi intervjuet en liten gruppe på 18 personer som hadde flyttet ut av strøket og inn i aldersinstitusjon i løpet av prosjektperioden. 15 av dem hadde bodd i strøket i over 40 år:

"Da jeg flyttet, fikk jeg hjelp av venner til flyttingen . Alt var ordnet fint i stand når jeg kom opp i leiligheten, men jeg ville snu i døra. Alt var så fremmet, selv om alle tingene var mine. Jeg var så glad i leiligheten jeg hadde i flytte når de har bodd så lenge på samme plass som jeg har gjort (65 år). Jeg gråt bare. Legen min sa at jeg hadde blitt rykket opp med rota. Det hadde jeg. Nå går jeg aldri ut - det er for langt å gå til Tøyenhagen."

Denne 79 år gamle damen bor i trygdebolig, men er plaget med store smerter p.g.a. kronisk sykdom. En annen friskere dame på 75 år, som har bedre funksjonsmuligheter, har også flyttet i trygdebolig, lengre unna enn den første. Hun hadde bodd i en kald og trekkfull leilighet, over portrom og butikklokale i en gammel, dårlig vedlikeholdt gård. Hun måtte hente ved ned en bratt trapp til kjelleren. Høsten før hun flyttet, brakk hun lårhalsen. Hun hadde ventet i over 5 år på å få trygdebolig. Byfornyelsen overtok gården hun bodde i, og hun kommenterte dette med at det ble for dyrt for henne, leilighetene ble større, og det hadde hun ikke behov for...

"..men jeg trekker ned i området; reiser til byen flere ganger i uka. Går og titter rundt i strøket. Jeg savner det ikke på den måten at jeg ville flytte tilbake, men jeg hadde nok savnet det mer hvis jeg ikke hadde hatt muligheten til å gå dit så ofte som jeg gjør. Jeg går turer hver dag. Vi hade mange ganger hatt muligheter til å flytte fra .....gate, men vi trivdes så godt, at det ville ingen av oss. Etterhvert som de gamle flyttet ut, ble det ikke det samme å bo der, så nå var det ikke så hardt å flytte. Før i tiden brukte vi å gå på Rudolf Nilsens plass med barna våre...."

Etnologen Anne Louise Gjesdal Christensen ledet et prosjekt: "Bydel i forandring" på Grønland/Nedre Tøyen i samme tidsrom. Hun interesserte seg bl.a. for hvorledes bygninger kan være både symboler og medier for menneskelig kommunikasjon. Hun understreket at bygninger er kulturelementer med særlig sterk symbolbærende evne. "De symptomer på de funksjoner de innehar, og den betydning disse har, eventuelt hadde i fortiden." Hun skriver: "For mange mennesker representerer bygninger kontinuitet i tilværelsen. En slik tolkning gjelder behov for gjenkjennelse, en bekreftelse på at noe er uforandret." Hun mente at boligen var et svært viktig identifikasjonselement - "et slags primærelement som er utgangspunkt for andre deler av kulturkommunikasjonen." (10).

ÆTTESTUP OG BYNOMADER: Byfornyelsen i et sammenlignende kulturperspektiv

Anne-Louise Gjesdal Christensen satte ord på hvorfor de gamle kjempet for å bevare strøket sitt. De følte at noe fundamentalt i deres liv ble revet bort i byfornyelsesprosessen - en grunnleggende identitetsfølelse. Det gjaldt de som skulle bli boende igjen. For de som måtte flytte, var det de selv som ble revet bort. Det kan være av interesse å se det beskrevne i både et historisk og et sammenlignende kultur-perspektiv. Noen steder i det gamle Norge som ellers i Norden, fantes ættestupet - en slags offerplass der de gamle ble sendt utfor stupet når det var uår og for lite mat. (11) I nomadekulturer var det vanlig å etterlate de skrøpelige gamle ved flytting av boplassen. Ættestuppraksis har funnet sted i mange kulturer i samfunn vi ikke så lett kan sammenlikne oss med.

Oslos kommunale ættestup i 1980-årene består i å "tvinge" gamle mennesker til å flytte, som regel til institusjoner eller boliger utenfor deres gamle lokalsamfunn - sammen med mennesker de ikke kjenner. De får kanskje en teknisk god omsorg - nok mat tilgjengelig, varm bolig og helse- og sosialhjelpere hvis de skulle trenge det. Men livet er avbrudt, og passiviteten kommer resignasjonen. Da er det ikke en teknisk god omsorg de trenger. Den omsorgen passiviserer dem enda mer. Men denne vonde sirkelen rammer også de som ikke flytter - for de ser bydelen sin forandre seg og derved forsvinne. Hus faller i grus og lager hverdagen til et inferno av støv og skitt. Høye blokker skyter i været. Strøket forvandles langsomt til det ugjenkjennelige. De gamle boligene var dårlig vedlikeholdt, trekkfulle og kalde. Men symbolverdien er sterkere og viktigere. I tillegg inneholder boligene og gatene viktige minner som gir stabilitet i tilværelsen.

Byfornyelse har sitt faglige grunnlag i fysisk og økonomisk planlegging. Byfornyelsesterminologien inneholder intet og minner, symbolverdier og identitetsfølelse. De gamle damene på Grønland/Nedre Tøyen tilegnet seg mange kunnskaper om byfornyelsesteknologi. Men de hadde andre viktige kunnskaper som ingen eksperter på byfornyelse eller omsorg vil ta vare på. Gamle mennesker må finne seg i å flytte ut når de unge trenger ny bolig og når innenlandske og utenlandske banker, hotellkjeder og forretningskomplekser trenger sentrumsnære tomtearealer. "Vi blir de nye by-nomadene". Det skjer altså det omvendte av det de gamle nomadesamfunnene praktiserte i vår moderne bykultur.

Ættestupet går også igjen på en annen måte - i omsorgsideologien. De gamle skal være takknemlige for at man flytter dem fra deres kalde, trekkfulle boliger inn i moderne trygdeboliger og sykehjem. Her får de omsorg og tilsyn: ▶

Rundi Grafisk Design

For ytterligere opplysninger og Felleskatalog-tekst, kontakt:

Wellcome

The Wellcome Foundation Ltd

Gamle Drammensv. 107, 1322 Høvik. Tlf.: 02 - 53 73 30.

"Jeg tar menneskelige hensyn - aksepterer ikke at dere sier at vi ikke gjør det. Det er kommet vedtak på at minstepensjonistene skal få øknomisk støtte. Det er rimelig å flytte de menneskene ut i andre områder så de ikke fryser." (12)

Videre ville man med penger kunne bedre forholdene vesentlig for de svake gruppene ved at de fikk et bedre sosialt tilsyn i de kritiske årene av sitt liv slik at de ble bedre tilpasningsdyktige enn i dag." (13)

Protesten og kampviljen til å leve sitt eget liv selvstendig forstummer-"omsørges" bort. Ca 30% av alle som innlegges i sykehjem i Oslo dør i løpet av det første året etter innleggelsen. Jeg tror vi må legge sosiale årsaker til de medisinske. Slike ord og begreper som revne minner, manglende symbolverdier og grunnleggende identitetsfølelse finnes ikke i International Classification of Diseases. Som leger blir vi nødt til å behandle mennesker som lider av slike "sykdommer", og vi behandler dem ofte galt fordi vi ikke kjenner til årsakene og "sykdoms" utviklingen. Dette er et eksempel på hvordan sosialantropologien kunne være en viktig medarbeider for medisinen i å kartlegge kulturelle og sosiale årsaker til lidelse.

OMSORG OG OMSORG

Ut fra den innledende definisjonen av omsorg kan vi diskutere om det jeg her har beskrevet har noe med omsorg og egenomsorg å gjøre. Hvis vi går tilbake til utgangspunktet:.."vi eldre kan gi videre til andre: samhold, vennskap, omtanke", eller "Så det har i grunnen falt naturlig å jobbe med de eldre og - for det er de som du kan si som har stått mest aleine i dette her, som nå trenger masse støtte" - ser vi at det er mye omsorg i de to uttalelsene fra 2 medlemmer av kostkorpset. Det som kan kanskje er bemerkelsesverdig med den prosessen kostkorpsets deltakere gikk igjennom, er at de ikke stoppet ved det å hjelpe, sørge om enkeltindividene. De gamle damenes omsorg kom også til å konsentrere seg om det primære forebyggende nivå - de politiske prosessene i vårt samfunn. De forsøkte å påvirke strukturelle forhold- som de visste ville få grunnleggende konsekvenser for lokalsamfunnet og enkeltindividene. Det ble en omsorg som skulle gå via lokalsamfunnet til enkeltindivid.

Slik "lokalsamfunnsomsorg" gir en dimensjon i tillegg til den tradisjonelle person- til personomsorgen. Den har konsekvenser for kollektivitet - ikke bare det enkelte individ. Slik omfattes alle, unge og gamle i strøket av omsorgen. En annen dimensjon ved tradisjonelt omsorgsarbeid fjernes: takknemlighetsgjelden. Takknemlighetsgjelden forårsaker en statusforskjell mellom giver og mottaker. "Lokalsamfunnsomsorg" utjevner statusforskjellene.

Til syvende og sist dreier det seg om menneskesyn. (1) Kampen mellom de gamle i våre små lokalsamfunn og sotrsamfunnets modernisering, avgjøres av planleggerne og politikerne, men innen avgjørelser fattes, bør også leger være med i diskusjon og planlegging. (14)■

(Alle sitatene i denne art. som står uten referanse, er uttalelser av kostkorpsets medlemmer)

Litteratur:

(1): Omsorg och manniskosyn. En delrapport från prosjektet "Omsorgen i samhallet". Sekretariatet for framtidsstudier, Stockholm, 1980.

(2): Grønland/Nedre Tøyen-prosjektet 1978-82. Rapport. Oslo Kommune. Sosialrådmannen, 1982.

(3): Hæreid,J.: Ernæring og helse blant eldre på Grønland/ Nedre Tøyen. Hovudoppgåve i sosialantropologi, Universitetet i Oslo, våren 1985.

(4): Nes, M.: Ernæringssituasjonen til en gruppe enslige eldre bosatt i indre Oslo. Hovedfagsoppgave i sosialernæring. Institutt for ernæringsforskning, Universitetet i Oslo, 1985.

(5): Jamissen,G.: Eldre, ernæring og helse. Mellomfagsoppgave i sosialpolitikk, Universitetet i Oslo, 1982.

(6): Arbeiderbladet, 15/9-84.

(7): Aftenposten aftennummer, 15/5-86.

(8): Holmes L.D.: Other Cultures, Elder Years. Burgess Publ. Comp. Minnesota, USA 1984.

(9): Bjelland, A.K.: Aldring og identitetskrise, Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Bergen, 1982.

(10): Christen, A.L. Gjesdal: Dwellings as Communication. Ethnologia Scandinavica 1979.

(11): Hovstad;J.: Mannen og samfunnet. Studiar i norrøn etikk. Det Norske Samlaget, Oslo 1943.

(12): Uttalt av en arbeiderpartirepresentant i Boligutvalget i en diskusjon med kostkorpset, febr. 1983.

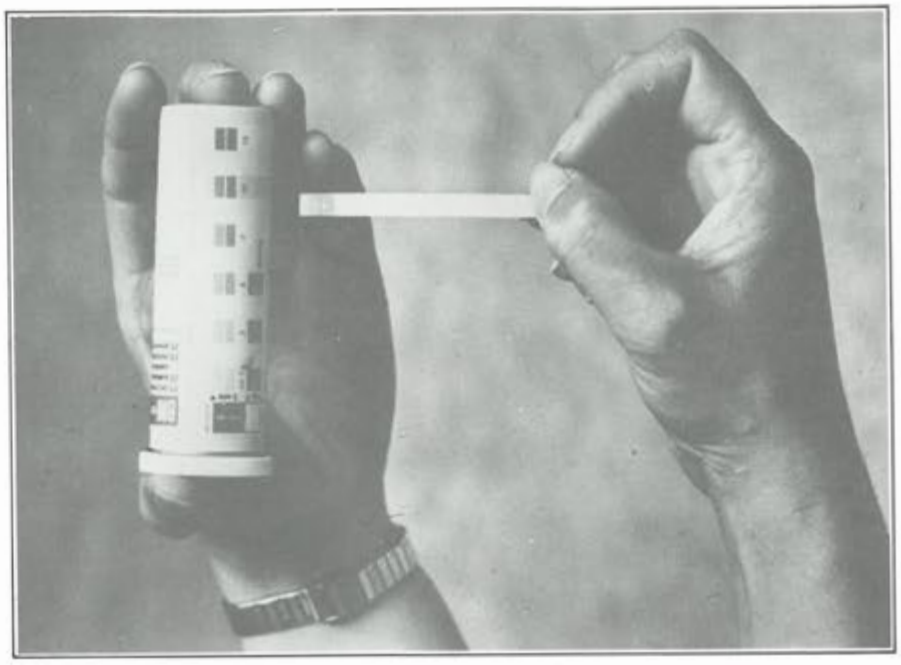
(13): NOU 1979: 5, Bypolitikk

(14): NOU 1984: 28, Helserådstjenesten

□ Anne Strand
redaksjons-/informasjonssekretær i Norges Diabetesforbund

Utviklingen i egenomsorg hos diabetikere:

Mer frihet under eget ansvar



Utviklingen i egenomsorg hos diabetikere kan sammenfattes slik: Mer frihet under eget ansvar. Tidligere var behandlingen mer standardisert, lite individorientert og ofte mislykket. Utviklingen har gått mot større vekt på opplæring, motivasjon og egenkontroll.

Den autoritative legen er erstattet av et arbeidsfellesskap hvor flere kategorier helsepersonell og pasienten selv er trukket inn.

Diabetes er en spesiell sykdom når det gjelder egenomsorg. Muligheten for bedre kontroll og dermed forebyggelse av komplikasjoner er store. På den annen side krever sykdommen mer enn mange andre kroniske sykdommer og er vanskelig å sammenligne med andre lidelser. Diabetikeren må leve regelmessig og ta godt vare på seg selv i dag. Konsekvensene kommer kanskje om 10-20 år.

NYE TESTER

Måling av glykosylert hemoglobin (HbA1-HbA1c) og andre glykosylerte serumproteiner har gitt legen et bedre bilde av pasientens egenkontroll og derved muligheter til å følge opp der dette er nødvendig.

Innføring av enklere urintester og blodsukkertester for hjemmebruk har gitt diabetikeren nye muligheter til innsikt i sykdommen og derved bedre kontroll.

Blodsukkertestene som ble lansert i Norge i 1980 åpnet en ny verden for diabetikere. Nå kunne man i løpet av et par minutter fastslå hvor høyt/lavt blodsukkeret var. Salget av slike blodsukkertester var derfor betydelig allerede før disse ble godkjent for refusjon på blå resept i 1984. Godkjenningen innebar et gjennomslag for at egenomsorg er viktig.
Med de kontrollmuighetene pasienten nå selv rår over bør de fleste pasienter med insulinkrevende diabetes kunne dosere sin insulin selv.

Hovedtyngden av diabetikere er imidlertid ikke-insulingkrevende type 2 diabetikere. Denne gruppen kommer sjelden til behandling på sykehus eller hos spesialister, men går til kontroll hos sin vanlige lege. Type 2 diabetikere får ofte mangelfull opplæring. Det skyldes kanskje at type 2 diabetes er blitt sett på som en relativt snill sykdom. Seinere forskning har vist at dette er feil. Type 2 diabetikere utvikler ofte senkomplikasjoner raskt og er en belastning for helsevesenet.

I Norge er det ca. 80 000 type 2 diabetikere. Å gi disse behandling og kontroll ved sykehus vil være en umulig oppgave. Derfor må man satse på å utvikle behandlingsmodeller tilpasset primærhelsetjenesten. Flere slike prosjekter pågår nå.

Det er en klar sammenheng mellom opplæring og egenomsorg. Det økte omfanget av egenomsorg blant diabetikere hadde ikke vært mulig uten den økte interessen for og kunnskapen om diabetes blant helsepersonell. Sammen med bedre kontrollmuligheter og behandlingsmetoder har dette lagt grunnlaget for bedre egenomsorg.

NYE BEHANDLINGSMETODER

Overgang til mangeinjeksjonsbehandling gir større frihet med hensyn til kost og levemåte forøvrig. Denne form for behandling vil sikkert bli enda mer utbredt når insulinpenner blir lagt ut til salg.
Insulinpenner er under klinisk utprøving og vil sannsynligvis bli registrert i høst. Insulinpumper er den behandlingsmåten som etterligner den naturlige insulinproduksjonen best. Insulinpumper er også under utprøving i Norge.

FINN EN GOD LEGE

Til god egenomsorg hører også å nytte seg best mulig av det profesjonelle tilbudet. Pasienten bør velge en lege som har interesse for og innsikt i diabetes. Ved selv å orientere

Marvelon® med desogestrel

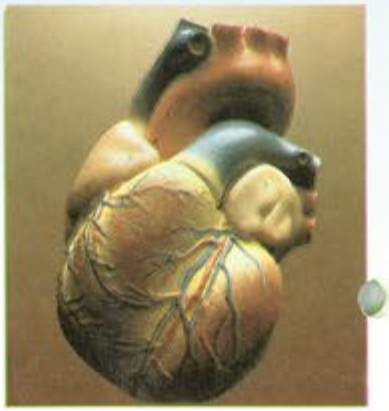
DESOGESTREL OG ETINYLØSTRADIOL

– 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»

Antikonsepsjonsmiddel

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Desogestrel 0,150 mg., etinylestradiol 0,030 mg. Corsitt. q.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Monofasisk østrogen/gestagen kombinasjon med god cyklyskontroll. God antikonsepsjonell 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 vektforandring. Øker plasmakonsentrasjonen av HDL-cholesterol.
Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervikalsekretet slik at spermienes passasje vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon. *Absorbsjon:* Hurtig. Maksimal plasmakonsentrasjon: Desogestrel: 0,8–1,3 timer. Etinylestradiol: Ca. 1 time. *Halveringstid:* Desogestrel: ca. 1,5 time. 3-keto-desogestrel (aktiv metabolitt): 16–21 timer. Etinylestradiol: ca. 26 timer. *Metabolisme:* Både etinylestradiol og desogestrel metaboliseres i leveren. *Utskillelse:* Via urin og fæces. *Overgang i morsmelk:* Man har påvist både østrogener og gestagener i morsmelk.

INDIKASJONER: Antikonsepsjon

KONTRAINDIKASJONER: Absolutte: Tromboflebitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dubin-Johnsons syndrom, Rotor-syndrom, graviditetsikterus i anamnesen (gjennomgått hepatitt med normalisert leverfunksjon er ikke kontraindisert). Verifisert eller mistenkt cancer mammae, verifisert eller mistenkt østrogenavhengige tumorer, udiagnostisert genitalblødning, graviditet, arteriell hypertensjon, Sickle-cell anemi, porfyri, herpes gestationes i anamnesen. *Relative:* Ikke-etablert menstruasjon.

BIVIRKNINGER: Alvorlige bivirkninger som tromboembolier (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Andre bivirkninger er blødningsforstyrrelser, vannretensjon, maslatigi, kvalme, hodepine, migrene og mentale forstyrrelser (depresjon), samt synsforstyrrelser. Endring av vekt, libido, samt klinisk-kjemisk normalverdier og tester. Arterielt hypertensjon kan oppstå. Oppviser tegn på ikterus, ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal medikasjonen straks avbrytes. Tilfeller av leverforandringer (adenom, fokal nodulær hyperplasi?) er beskrevet hos kvinner som har brukt p-piller. Forandringene kan arte seg som akutte buksmerter eller tegn på intra-abdominell blødning.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling institueres grundig gynekologisk undersøkelse inkludert mammae-undersøkelse, sukker i urinen, blodtrykksmåling. Kvinner som bruker preparatet bør kontrolleres hvert halvår. Ved disse undersøkelser bør spesiell oppmerksomhet rettes mot cykluslengde, knoppsvekt, blodtrykk, bryst og bekkenorganer, ben og hud. Cytologiske prøver skal tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte-/karsykdom. Denne risikoen er ytterligere øket hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Oppviser tegn på tromboembolier under behandlingen, skal preparatet umiddelbart seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av prevensjonstabletter må avbrytes 14 dager før kirurgisk inngrep, som kan tenkes å medføre økt tromboserisiko. Prevensjonstabletter kan nedsette glykosetoleransen, og diabetikere bør stå under streng legekontroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migrene. Unge kvinner med ikke-stabiliserte cykler, samt kvinner med oligomenoré eller sekundær amenoré bør helst anvende annen form for prevensjon. Unge kvinner bør ha etablert bifasiske cykler før prevensjonstabletter forskrives. Prevensjonstabletter kan fremkalle for høyt blodtrykk hos disponerte kvinner, og blodtrykket bør derfor kontrolleres regelmessig. Ved markant blodtrykksstigning bør preparatet seponeres. Ved uteblitt bortfallsblødning bør man undersøke om graviditet foreligger, og ved positiv test skal tablettinntaket avbrytes. Det er viktig å kontrollere hvor mange tabletter kvinnen har glemt å ta. Ei bortfallsblødning uteblitt i 2 påfølgende cykler, skal graviditetstest alltid utføres. Preparatets effekt kan bli redusert ved oppkast og diarré. Andre ikke-hormonelle antikonsepsjonsmidler bør da benyttes.

INTERAKSJONER: Samtidig inntak av andre legemidler som rifampicin, barbiturater og hydantoinderivater minsker preparatets pålitelighet.

DOSERING: 1 tablett daglig i 21 dager fra menstruasjonens første dag. Etter 7 tablettfrie dager påbegynnes en ny serie med 21 tabletter. Hvis en tablett av en eller annen årsak ikke tas om kvelden, skal den tas neste morgen. Neste tablett tas som vanlig om kvelden samme dag. Har 36 timer eller mer gått siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon anvendes i tillegg den første uke.

PAKNINGER OG PRISER:
3 x 21 Kr. 68,70, 6 x 21 Kr. 129,50

1.10.1985

genet gesteron

Normalt liten eller ingen vektforandring[13]

God cykluskontroll

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

REFERANSER

13. Weijers M. J. Clinical Therapeutics 1982, 4 No 5, 359–366.
19. Cullberg, 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, 22, 29–36
21. b) Cullberg, G. et al. Acta Obstet Gynecol Scand 1985, 64, 195–202
22. Cullberg, G. et al. Contraception 1982, 26, 229–243
39. Bergink, E. W. et al. Contraception 1982, 25, 477–485
40. Bergink, E. W. et al. Contraception 1984, 30, 61–72
41. Samsioe, G. Contraception, 1982, 25, 487–504

ORGANON A/S - POSTBOKS 325 - 1371 ASKER - TLF. (02) 78 43 65

Organon

seg godt om sykdommen vil man også lettere få et inntrykk av hvor godt legen behandler sine diabetikere. Har man et godt tillitsforhold til sin lege, kan det hende at legen på pasientens initiativ skolerer seg bedre og evt. legger om sin praksis.

RESULTATER

Egenkontroll og egenbehandling av insulinkrevende diabetes har ikke vært praktisert lenge nok til at resultater på senkomplikasjoner eller mortalitet kan påvises.
Det kan imidlertid ikke være tvil om at den økte oppmerksomhet omkring diabetesomsorgen og de nye kontroll- og behandlingsmulighetene gir bedre sykdomskontroll i det daglige. Det ville være rart om ikke det slår ut i gunstig retning også på lengre sikt.

NORGES DIABETES-FORBUND

Når man skriver om egenomsorg for diabetikere kan man ikke la være å peke på det arbeidet som Norges Diabetesforbund gjør på dette området. Forbundet har siden starten i 1948 vært en drivende kraft i opplysningsarbeidet om diabetes og opplæring av diabetikere. Det arrangerer sentrale helsekurs, møter og kurs i regi av lokalforeningene, utgir tidsskriftet Diabetikeren og en rekke brosjyrer for diabetikere og helsepersonell.

Diabetesforbundets brosjyrer kan være til stor hjelp i behandlingen av diabetikere. Spesielt vil jeg nevne heftet "Opplæring av diabetikere" utarbeidet av ass. overlege Torbjørn Gjemdal og diabetessykepleier Birgit Marthinsen samt pasientbrosjyrene om kost, selvkontroll av blodsukker og egenkontroll av urin. Interesserte kan henvende seg til Norges Diabetesforbund, Østensjøveien 29, 0661 Oslo 6, tlf. (02) 65 45 50.

Forbundet har mange helsearbeidere som medlemmer og arbeider for å opprette en egen seksjon for helsepersonell i forbundet■

Egenoms

Helseopplysning om vanlige helseproblem

Frode Heian og Nils Lystad

Skriftlig pasientinformasjon i form av brosjyrer blir delt ut i store mengder både gjennom postverket og direkte fra helsepersonell i deres daglige virksomhet. Helsestoff er populære innslag i ukeblader og aviser som gir rikelig plass til helsespalter og -reportasjer.
Til tross for de betydelige økonomiske midler som brukes er nytten av pasientbrosjyrer omdiskutert. Merkelig nok er lite gjort av dokumentasjon på dette området.

■
Odd Vellar evaluerte i 1977 folderen Kostholdsirkelen som ble sendt ut i posten i forbindelse med hjerte-kar - aksjonen i Sogn og Fjordane. Halvparten av mottakerne husket ikke at de hadde fått brosjyren og det kunne ikke påvises noen økt kunnskap om innholdet. (1)
I Åfjord ble det i 1980 delt ut et lite egenomsorgshefte som mest omhandlet service fra apotek. Fossaa m.fl. viste at det ble lest og brukt før legekontakt(2).

I andre land er det gjort noen studier på effekten av "self care" materiell:
Professor David Morell delte i -78 ut et 16 siders hefte, "Minor Illness" til husstandene i en bydel i London. Han påviste redusert legesøkning for noen av de tilstandene som var omtalt i heftet (feber, sår hals, diare). Det var imidlertid ingen påvisbar kunnskapsøkning når det gjaldt emnene omtalt i heftet (3)
Andre undersøkelser har vist motstridende resultater både når det gjelder kunnskapsøkning og adferdsendring (4,5,6).

Inspirert av Morells arbeid laget vi et 48 siders egenomsorgshefte som ble delt ut gratis til alle 1250 husstander i januar -85.

Utgangspunkt for å lage heftet

Foruten inspirasjonen fra Morell var begrunnelsene for å lage et hefte som dette mange:
- Den utbredte bruk av egenomsorg for vanlige sykdommer (se Anders Grimsmo's artikkel foran).
- Svært mange eksempler på manglende eller dårlig egenbehandling.
- Å gi enkle retningslinjer for når man bør søke lege.
- Håp om at helseinformasjon kan være med på å øke trygghet og bedre mestring ved enkle sykdommer/plager.

- Det som ellers foreligger av oppslagslitteratur om sykdommer er stort sett dyre bøker/verker der man leter seg fram mellom operasjonsbeskrivelser av lungekreft og detaljert informasjon om sjeldne sykdommer. Råd om hvordan man takler enkle helseproblemer og eventuelle forebyggende aspekter, drukner i de samme detaljer.

Egenomsorgsheftet

Heftet som er på 48 sider, inneholder:

Nils Lystad, 7056 Jonsvatnet er uteksaminert i Bergen i 1973.
Etter et års tjeneste som skolelege i Molde og 7 år som distrikts/kommunelege i Tingvoll flyttet han til Trondheim og to halve stillinger (som sosiallege og bedriftslege).
Siden i sommer driver han heldags akupunkturpraksis. Han har utarbeidet og gjennomført et akupunkturkurs som er godkjent til videre- og etterutdannelsen i almenmedisin.

Frode Heian, 6630 Tingvoll er uteksaminert i Oslo -74. Etter 1 1/2 år ved rtg. avd. som sivilarbeider og tilsvarende tid ved barneavd. i Tromsø: Kommunelege i Tingvoll siden -78.
Medredaktør i UTPOSTEN.

sorgsheftet

- Konkrete råd om egenbehandling og legekontakt for en del vanlige sykdommer og lidelser.
- En del forebyggende råd og kapitler om røyking, alkohol, fysisk aktivitet og kosthold.

Det omtaler ikke kroniske sykdommer der det kreves en helt annen informasjonsgrad ved individuell rådgivning og hyppige konsultasjoner.

Arbeidet med heftet ble mange ganger så omfattende som vi hadde tenkt. Vi jobbet mye med utvelgelsen og utformingen av stoffet. Rådene i heftet er gjort så konkrete som mulig, og det er satt store krav til balanse i fremstillingen, -når kan man ta ansvaret selv og når skal man kontakte lege?
Omtalen av hvert emne er gitt en så lik utforming som mulig for at man lett skal finne frem, også i en hastesituasjon.
Mange kolleger, andre helseopplysere og legfolk har vurdert utkast til heftet og vi er dem stor takk skyldig.

En stor del av æren for at arbeidet med heftet ble fullført må gis til:
- De lokale sanitetsforeninger som støttet oss med kr. 12 000 og dessuten
- Sosialdepartementet som støttet tiltaket med helseopplysningsmidler kr. 23 000.

Lansering

Heftet ble delt ut gratis til samtlige 1250 husstander i Tingvoll kommune ved dør til dør-aksjon av de lokale sanitetsforeninger jan -85, under samtidig bruk av presse/lokalradio.
Et ledsagende brev oppfordret til å lese/bla gjennom heftet for å gjøre seg kjent med innholdet, og så legge heftet på et lett tilgjengelig sted til bruk v/behov.

Siden har vi hatt "egenomsorgsinnslag" med jevne mellomrom i en av lokalavisene som da for anledningen distribueres til alle husstander i kommunen. Innslagene har dels vært nytt stoff for å supplere heftet, dels kapitler hentet fra heftet for å "sensibilisere" leserne til bruk av heftet i aktuelle situasjoner.

Evaluering

Vi har gjennomført en undersøkelse om endring i kunnskap og om akseptering og bruk av heftet. Undersøkelsen vil bli publisert senere, her skal bare gis en grov oversikt.

Et skjema med kunnskapsspørsmål ble bragt rundt til et randomisert utvalg husstander en uke før og 10 mndr. etter utdelingen av heftet. Undersøkelsen ble gjennomført med hjelp fra 24 helse- og sosialklasse-elever som var tilstede og kunne veilede ved tvil om utfyllingen. Den i husstanden som "vanligvis tar ansvar ved helseproblem" besvarte skjemaet.
Siste gang ble det også fremlagt et mindre skjema med spørsmål om bruken av heftet og hva man mente om det.

RESULTATER:

Etter et gjennomarbeidd scoresystem fant vi signifikant kunnskapsøkning i totalmaterialet.
Kunnskapsøkningen var størst blant menn, som også hadde det i særklasse laveste kunnskapsnivået i forundersøkelsen.
For kvinner og foreldre med ansvar for barn var forbedringen som for gjennomsnittet, men de hadde på forhånd et høyt kunnskapsnivå.
Personer med ansvar for eldre hadde fra før et lavt kunnskapsnivå, og det ble ikke endret.
Kunnskapsøkningen for personer med utdanning i helsevesenet var langt over gjennomsnittet selv om de i motsetning til menn hadde det desidert høyeste kunnskapsnivået (men pga. lite antall -14 og 12 - var forskjellen ikke signifikant).

Bruk av heftet

Bare 50% anga å ha hatt sykdom i 10 måneders perioden.
Dette tallet er for lavt og skyldes en svakhet i spørreskjemaet. Folk har trolig bare nevnt sykdom der det var aktuelt å kontakte lege. Selv da er tallet for lavt og vi må anta at at vanlige sykdommer blir fort glemt.
Av de med sykdom som brukte heftet, hadde:
- alle følt seg mer trygge på at de handlet riktig.
- alle tenkt å bruke heftet igjen
- ca. 14% følt seg mer engstelige for alvorlig sykdom (noen av disse med rette).

Man ble bedt om å finne fram heftet mens intervjueren var til stede. 90% gjorde det innen de 5 minutter som ble satt av til dette.

Meninger om heftet

Man ble bedt om å si sin mening ved å krysse av langs en lineær analog skala ved påstander som: "Kapitlet om .... er nyttig for meg". Resultatene avtegnet seg som nedenfor:

NYHET

WELLCOPRIM® 300 mg

(TRIMETOPRIM)

1 TABLETT OM KVELDEN VED AKUTT UVI

C **Wellcoprim «Wellcome»**

Antibiotikum

TABLETTER ***300 mg:*** *Hver tablett inneh.:* Trimetoprim 300 mg, constit. q.s.
Egenskaper: *Klassifisering:* Antibakteriellt middel med effekt mot Gram-positive og Gram-negative bakterier, f.eks. streptokokker, E.coli, Enterobacter, Proteus, Klebsiella, Salmonella, Shigella, Haemophilus influenzae. Virkningen er overveiende bakteriostatisk. Baktericid effekt er sett for enkelte bakteriestammer, avhengig av konsentrasjon og følsomhet. *Virkningsmekanisme:* Selektiv blokkering av bakteriell folinsyresyntese. *Absorpsjon:* Hurtig og nesten fullstendig. *Proteinbinding:* Ca. 45%. *Fordeling:* Konsentrasjonen av trimetoprim i f.eks. prostatavæske, saliv, sputum og vaginalsekret er vanligvis høyere enn konsentrasjonen i plasma. Særlig høye konsentrasjoner i lungevev. I kammervann og cerebrospinalvæske er konsentrasjonen tilstrekkelig for antibakteriell effekt. *Halveringstid:* Ca. 11 timer. *Utskillelse:* Ca. 50% i uforandret form via nyrene og ca. 5% i fæces. *Overgang i placenta:* Passerer. *Overgang i morsmelk:* Kan passere over i morsmelken, men i så små mengder at det ved terapeutiske doser er liten risiko for innvirkning på barnet.
Indikasjoner: Akutte urinveisinfeksjoner som skyldes trimetoprim-følsomme bakterier.
Kontraindikasjoner: Alvorlig lever- og nyresvikt. Folinsyremangel. Vitamin B_{12}-mangel.
Bivirkninger: *Sjeldne, alvorlige:* Megaloblastanemi, leukopeni, trombocytopeni, påvirkning av folinsyremetabolismen hos svekkede pasienter. *Hyppigste:* Gastrointestinale (kvalme, brekninger), hudreaksjoner (utslett). Disse er vanligst ved langvarig bruk av høye doser. (Gjelder ikke allergisk betingede bivirkninger).
Forsiktighetsregler: Seponeres ved hudutslett. Blodbildet og folinsyrestatus bør kontrolleres ved langtidsbehandling, spesielt hos eldre og svekkede pasienter med nedsatt nyrefunksjon. I tilfelle hvor det foreligger sterkt nedsatt nyrefunksjon skal dosene reduseres eller intervallene forlenges for derved å unngå en kumulativ effekt. *Graviditet:* Trimetoprim bør ikke gis i første trimester.
Dosering: Akutt urinveisinfeksjon: Voksne: 300 mg (1 tablett) om kvelden. ***Barn 6-12 år:*** En halv tablett om kvelden. Ved sterkt nedsatt nyrefunksjon halveres dosen eller doseringsintervallet fordobles.
Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Kvalme, brekninger. *Behandling:* Symptomatisk. Kalsiumfolinat motvirker evt. påvirkninger av benmargen. Kan dialyseres ved hemodialyse.
Andre opplysninger: Trimetoprim kan innvirke på serum/plasmakreatininbestemmelser hvis alkalisk piktratreagens nyttes. (Trimetoprim senker fenylalaninmetabolismen og innvirker på thyroideafunksjonstester.)
Pakninger og priser: 50 stk. kr. 210,75, 7 stk. kr. 41,40.

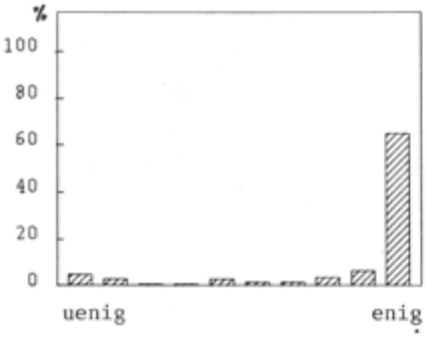
The Wellcome Foundation Ltd
Gamle Drammensv. 107, 1322 Høvik. Tlf. (02) 53 73 30

Wellcome

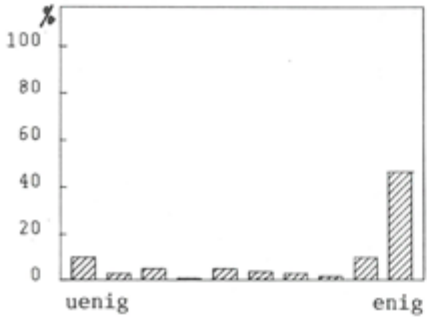
TAKTIKK REKLAMEBYRÅ

Noen eksempler:
Kapitlet om ....
er nyttig for meg.

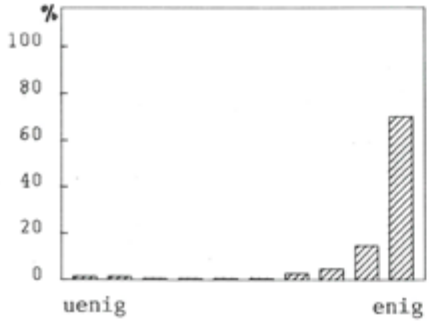
Ulykker



Alkohol/røyking/trim



Heftet er lett å finne fram i.



Diskusjon

Vi har påvist at heftet ble godt mottatt, at det blir brukt og at det har ført til en kunnskapsøkning i de fleste grupper av befolkningen. Dette kan gi en indikasjon, men sier ikke noe sikkert om endring i adferd.

Vi ble av mange anbefalt å legge inn en kartlegging av legesøkningen i vår undersøkelse, men valgte ikke å gjøre det av følgende årsaker:
- Tingvoll er en for liten kommune til at vi innen rimelig tid ville få statistisk holdbare tall for legesøkningen.
- Det viktigste motargumentet var likevel at en slik undersøkelse ville kreve kontrollgruppe. En inndeling av kommunens befolkning i to der den ene delen av befolkningen ikke fikk heftet ville passe dårlig overens med de generelle PR-tiltak vi mener må ledsage et helseopplysningsfremstøt.

Det er ikke overraskende at menn kommer dårligst ut i kunnskapstesten i forundersøkelsen. Menn blir jo tiltrodd en passiv rolle i hjemmet (3/4 av de som tok ansvar ved sykdom var kvinner). Kan dette tyde på at menn egentlig er mer interessert og påvirkelige enn folk flest tror??

Undersøkelsen er gjort der kommunelegene er forfattere og resultatene kan muligens ikke uten videre overføres til andre kommuner som distribuerer dette heftet. Imidlertid er heftet trykketeknisk lagt opp slik at det er er mulig å gi det et lokalt preg. Kommunens navn kan settes på forsiden og det er plass til forord ved stedets kommunelege og lokale opplysninger på de første og siste sidene.

Det er en vanlig erfaring med skriftlig helsinformasjon at den ikke blir lest og heller ikke beholdt særlig lenge.
Denne undersøkelsen viser at lokalt tilpasset stoff, der folk føler at innholdet angår dem i deres hverdag, kan få en annen skjebne.

Sannsynligvis bedres effekten hvis lanseringen er bredt anlagt, og følges opp ved individualkontakt og jevnlige innslag i lokalpressen som "påminnelser" på heftet.

Egenomsorg i idebanken

Det koster både tid og energi å lage stoff til en helsespalte, samme hvor godt skribenten behersker temaet som omtales.

Ved å samle slikt stoff på ett sted og gjøre det tilgjengelig for hverandre, kan arbeidet reduseres til lokale tilpasninger og kanskje terskelen til avisskriving senkes.
Vi sender nå alle våre avisinnslag om tema om ikke er omtalt i heftet (fra regler om trygdens dekning av reise til og fra lege til avdramatisering av molluscum contagiosum), -til idebanken i Gruppe for helsetjenesteeffektivisering i kommunene (se s. 172).
Idebanken vil, forhåpentlig i nær fremtid, kunne fungere som en "utvekslingssentral" for slikt stoff som det etter vår mening må være tillatt å forbedre, evt. tilpasse til egne forhold og i helseopplysningens navn sette sitt eget navn under.
Verdien av slike avisspalter er omdiskutert. I likhet med helseopplysning ellers er verdien avhengig av innholdet og tilretteleggingen av stoffet. Her har vi fremdeles mye å lære, av andre, og hverandre.

Litteratur:

1. Vellar O. Evaluering av kostholdsirkelen. Oslo: Kosthold og helse 1977;1:10-5
2. Fossaa G. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 1984;20:488-91
3. Morell D, Avery AJ, Watkins CJ. Management of minor illness. Br Med J 1980;280:769-71
4. Morell D, Avery AJ, Watkins CJ. Evaluation of a patient education manual. Br Med J 1980;281:924-6
5. Vickery DM. Effect of a Self-care Educatioon Program on Medical Visits. JAMA 1983;21:2952-6

Intervju med Kjell Bjartveit

Kjell Bjartveit er spesialist i lungesykdommer, siden -68 overlege ved Statens helseundersøkelser.
Hans interesse for forebyggende helsearbeid førte ham til Helsedirektoratet der han jobbet fra 1957 til han i -64 gikk over til Statens skjermbildefotografering (som i -85 ble omdøpt til Statens helseundersøkelser).
Han er medlem av eksekutivkomiteen i Den internasjonale tuberkuloseunion, med i Den internasjonale kreftunion og "temporary adviser" for WHO i spørsmål om røyking og helse.

□Frode Heian

Besøket på Bjartveits kontor var langvarig og hyggelig. Resultatet er blitt omfangsrikt. Siden mye av Statens helseundersøkelser's virksomhet er rettet mot "egenomsorg" er det likevel naturlig å ta med en del om institusjonen generelt.

Bjartveit er leder av en institusjon som er kjent for sitt arbeid på tuberkulosens og hjerte-karsykdommenes områder. Fra -85 er han også tillagt ansvaret for en nyopprettet helseopplysningsavdeling. Det har lenge vært arbeidet for opprettelsen av en "sentral enhet for helseopplysning" (omtalt i Utposten nr. 8/83) og Bjartveit var med i dette arbeidet. Han forteller at det likevel var en stor overraskelse for ham da sosialdepartementet la dette arbeidet til Statens skjermbildefotografering.
Avdelingen har fått tildelt 4 stillinger. Ikke alle er besatt ennå. Det fremtidige behovet for både stillinger og penger er uklart, planene for de neste års virksomhet er fremdeles ikke helt fastlagt. Først i mai i år var mandatet klart:
Avdelingen skal drive helseopplysning i forbindelse med de undersøkelsene de fra før holder på med, i særlig grad hjerte-karundersøkelsene. Forøvrig på andre områder etter oppdrag fra Helsedirektoratet.

■

På forespørsel sier Bjartveit: Vi ønsker å bygge opp en avdeling som kan være et faglig serviceorgan for kommunehelsetjenesten, helsedirektoratet, frivillige helseorganisasjoner, alle som er involvert i helseopplysning.
Jeg legger vekt på at avdelingen særlig skal stelle med metodeutvikling og evalueringsystemer for helseopplysning, drive forskning selv og samarbeide med andre forskningsinstanser. Vi må vite mer om hvordan forskjellige helseopplysningsformer virker og vi må bygge opp systemer for evaluering på det man gjør og etterhvert utmeisle en form for helseopplysning som har effekt.
Dette betyr også internasjonal oversikt.

◆

F.H.: Det betyr at dere blir sittende med en idebank bl.a. med gode helseopplysningsprosjekter?

Bjartveit: Ja, det første oppdraget består i å avlegge besøk hos alle som driver med mer omfattende helseopplysning for å kartlegge hva som allerede finnes av metoder og materiell. Alt materiell, både det som er laget av det offentlige og private organisasjoner skal inn på data. Denne databanken står til disposisjon for alle som jobber med helseopplysning.

◆

F.H.: Hva har dere fått å rutte med?

Bjartveit: Budsjettet er magert. Vi har et driftsbudsjett på kr.200 000 i tillegg til det som går til lønninger til de ansatte. Beløpet går stort sett med til dataterminaler for det arbeidet jeg nevnte.
Jeg har i disse ulvetider ingen tro på at vi får noen gavepakker

i de årene som kommer heller.

◆

F.H.: Dere har ingenting til materiellproduksjon for eksempel?

Bjartveit: Nei. Jeg er heller ikke sikker på hvor mye vi trenger til materiellproduksjon fra en statlig institusjon. Denne oppgaven må også i fremtiden skjøttes av våre forskjellige organisasjoner.

◆

F.H.: Men for å få ut informasjonen om gode helseopplysningsmetoder og ut fra det du har sagt om viktigheten av å påvirke lokale og sentrale politikere, næringsliv og organisasjoner, bør dere da utarbeide materiell til helsepersonell og andre helseopplysere.

Bjartveit: Ja, det er riktig. Dette er en klar oppgave for oss. Jeg håper budsjettene årene som kommer gir rom for det.

◆

F.H.: De fleste av Utpostens lesere kjenner vel institusjonen, men kanskje ikke alle sider ved den like godt. Du får ordet fritt til å fortelle litt om Statens helseundersøkelser.

En presentasjon av Statens Helseundersøkelser

Bjartveit: Det er særlig to områder vi interesserer oss for i tillegg til at vi selvsagt opprettholder tuberkuloseovervåkningen.

Det ene er støvlungeundersøkelser. Ved aktuelle bedrifter samarbeider vi med Statens arbeidstilsyn. Vi besøker bedriftene og foretar de røntgenologiske støvlungekontroller.

Det andre området som har tatt oss mer og mer er hjerte-karundersøkelser. Der har vi brukt prinsippene fra tuberkulosebekjempelsen. TBC har i alle år vært en god modellsykdom i epidemiologien. Prinsippene herfra lar seg også anvende på hjerte-karsykdommene der vi også har klare risikofaktorer. Vi har nå gjennomført screeningundersøkelser i tre prøvefylker (Oppland, Sogn og Fjordane og Finnmark) etter modell fra Oslo-undersøkelsen. Når vi nå er inne i tredje runde av disse undersøkelsene finner vi markert nedgang av risikofaktorer. Denne nedgangen er særlig uttalt i den gruppen som blir innkalt til distriktshelsetjenesten. Dette kan ikke forklares på annen måte enn at det har nyttet med en forebyggende konsultasjon. Det at lege og pasient/klient har sittet og snakket ansikt til ansikt på tomannshånd har tydelig hatt en effekt.

Den store fremmøteprosenten (på over 90 % spontant) fremhever denne virksomheten i forhold til det noen almenpraktikere gjør: å ta for seg pasienter som er innom kontoret for noe annet. I landdistriktene er fremmøtet mye større enn i byene. Blant dem som ikke møtte spontant var det dobbelt så høy dødelighet av hjertekarsykdommer de første 5 årene. Disse får vi tak i og bringer dem inn i en aktiv aksjon for egenomsorg. Nå kjenner jo alle Hjermanns resultater fra Oslo-undersøkelsen der hyppigheten av hjerteinfarkt blant dem som var inne til konsultasjon med bl.a. kostholds- og anitrøykeveiledning bare var halvparten av hyppigheten i kontrollgruppen. Så vi har beviset for at denne forebyggende konsultasjonen har effekt. Det er bare å systematisere dette, sette det ut i livet. Det har Oslo Helseråd gjort i form av et aktivt program for 40-åringer. Alle som fyller 40 år i Oslo får da et brev fra oslo Helseråd der de inviteres til screening, så blir risikogruppene fulgt opp.

Vi har fått henvendelse fra et par-tre fylker om å bistå dem med et liknende prosjekt, vi er å i gang i Østfold og Aust-Agder skal straks begynne i Sør-Trøndelag. Det er jo ille at dette bare skal foregå i hovedstaden. Det dreier seg altså her ikke lenger om disse prøveprosjektene vi har vært i gang med i flere år, men en ny variant av hjerte-karundersøkelsen, nemlig 40-årings-prosjektet. Eneste forskjell fra Oslo-undersøkelsen er at vi innkaller 3 årskull, fra 40 til 42 år. Det har sammenheng med at vi besøker fylkene med ca. 3 års intervall. Dermed får alle systematisk tilbud om hjerte-karundersøkelse rundt 40-årsalder. En gang i livet skal vi kartlegge risikofaktorene for hjerte-karsykdommer, ta for oss dem som kommer dårlig ut og gi dem et personlig, individrettet tilbud om hjelp til å hanskes med sine risikofaktorer.

Men vi ønsker også å nå dem som ikke kommer i høyrisikogruppen. Her er vi ved et viktig poeng, det er ikke noe klart skille mellom dem som er den ene og andre risikogruppen. Risikoen øker jevnt. De grenser vi opererer med er valgt delvis ut fra praktiske hensyn. Vi har i samråd med kommunehelsetjenesten ut fra kapasitetsvurderinger trukket ut rundt 13% av de undersøkte. Dvs. vi har satt grensene for utplukking slik at ca. 13 % av de undersøkte blir etterinnkalt. Dette er altså en grense som er basert på distriktshelsetjenestens kapasitet, og det mener vi er etisk forsvarlig.

Men da er det altså om å gjøre for oss å nå også dem som ikke blir etterinnkalt.

Vi holder i samarbeid med fylkeslegene i de aktuelle fylker, kurs for primærlegene og helsesøstrene og driller dem i dette opplegget. Når undersøkelsen starter sender vi en invitasjon til alle i de aktuelle aldre, med et spørreskjema på baksiden som de skal fylle ut og ha med til undersøkelsen, og en motiverende brosjyre. Fremmøtet ligger på 80 - 90 %. Når de går får alle med seg noen enkle råd og en oppfordring til å gjøre noe med sine risikofaktorer enten de hører til i risikogruppen eller ikke. Vi oppfordrer dem til å gjøre noe med sine kostholds- røyke- og trimvaner, og til å gjøre det "i flokk".

Vi gir også kommunehelsetjenesten mulighet til å se den totale "risikoprofil" når det gjelder hjerte-karsykdommer ved å regne ut gjennomsnittstallene for risikofaktorene, størrelsene på de forskjellige gruppene osv.

Det ville koste kommunehelsetjenestene store anstrengelser å sette i gang et slikt apparat selv. Her kommer vi inn som en serviceinstans, men det er kommunehelsetjenesten som så skal drive det forebyggende arbeidet videre.

Jeg må også nevne vårt tredje store arbeidsområde: store epidemiologiske undersøkelser. Vi har nettop avsluttet Nord-Trøndelagsundersøkelsen som er et kjempeprosjekt der alle over 20 år blir innkalt til blodtrykksmåling og alle over 40 år i tillegg blir screenet på diabetes.

I forrige uke startet vi opp en ny Tromsø-undersøkelse, et prøveprosjekt for å se om vi har noe å by befolkningen med mammografiscreening. Vi har en fornemmelse av at fylkene selv ikke har kapasitet til å gjennomføre dette. Vi

må nemlig nå alle. Jeg tenker med gru på hvordan amerikanerne driver sin skjermbildeundersøkelse: de kjører en buss opp på nærmeste gatehjørne med plakaten: "Have your X-ray today". Da jeg spurte om fremmøteprosenten bare så de rart på meg.

◆

F.H: Hva med Ring-senteret og deres tilbud om mammografi?

Bjartveit: Du har det samme der, selvfølgelig. Du når dem som har
1. interesse
2. betalingsevne

Vi ønsker med dette prøveprosjektet å nå alle, det er helt grunnleggende. Dessuten vil vi teste ut metoden, meldesystemene til regionsykehusene og deres kapasitet til å følge opp med etterundersøkelsene. Landsforeningen mot kreft har finansiert mammografer og en del annet nødvendig teknisk utstyr.

Dette er nok et eksempel på vår intensjon: å yte service til fylkes- og kommunehelsetjenesten på områder den ikke selv kan dekke, eller der det vil være lite rasjonelt å utarbeide hver sitt apparat. Vi kjører fellessystem for alle og får derved også sammenlikningsgrunnlag.

◆

F.H.: Et fristende sidesprang: Har dere noen planer om å involvere dere i bekjempelsen av AIDS-epidemien?

Bjartveit: Nei, det er det ingen konkrete planer om. Men jeg ser ikke bort fra at vi kan komme inn når diskusjonen om de epidemiologiske sammenhenger er noe mer avklart. Vi har til nå beveget seg på områder som ikke er så sensitive, en involvering i AIDS-problematikken vil på den måten innebære noe nytt for oss.

◆

F.H.: Tilbake til hjerte-karvirksomheten. Er det noen spesiell måte dere presenterer rådene om endring av livsstil på siden responsen er så overraskende bra?

Bjartveit: Det er ett viktig poeng ved denne rådgivningen: Pass på et du snakker bare til en person ad gangen. Tar du to inn på kontoret for å rasjonalisere litt på rådgivningsarbeidet tror hver av dem at du snakker om den andre. Så ta en om gangen og snakk direkte og personlig. Dette er den individuelle rådgivningens styrke.

◆

F.H.: Og for å komme inn på temaet denne gang: budskapet er i det store og hele oppfordring til egenomsorg?

Bjartveit: Ja, det er jo målet for det meste av vår virksomhet: mobilisere de ressurser befolkningen selv har til å ta vare på egen helse.

Der må vi legge vekt på å unngå den store urettferdighet at de øvre sosialgrupper reduserer sine risikofaktorer mens den øvre del av befolkningen henger etter.

◆

F.H.: Hvordan?

Bjartveit: Egenomsorg må ikke bli noen billig unnskyldning for ikke å investere i tiltak som har med fellesomsorgen å gjøre. Her opplever vi av og til en iskald reaksjonær frostvind som går ut på at dulleperioden er forbi og at nå får folk ta ansvaret for sin egen helse selv.

Jeg vil advare mot at budskapet om egenomsorg skal komme til erstatning for bevilgninger og innsats når det gjelder fellesomsorgen, solidariteten med de svakerestilte gruppene.

Her er det ikke et enten-eller men et både-og, og i denne sammenhengen må også egenomsorgen finne sin plass. Det er ingen lettvinte løsninger i det forebyggende helsearbeidet. Man kan ikke se levevaner isolert fra miljøet og de samfunnsforhold folk lever under. På den annen side må vi ikke paralysere motivasjonen til å gjøre moe med sin egen livsstil ved bare å skylde på samfunnsforholdene.

◆

F.H.: Dere har ikke tenkt å satse på kampanjer a la Holdningskampanjen (mot rygglidelser) som ble kjørt bredt ut for et par år siden?

Bjartveit: Generelt har jeg liten tro på den formen og jeg håper helseopplysningen fremover får lite preg av kampanjer. Da ser man altfor enkelt på helseopplysning som en funksjon. Det er den daglige virksomheten og kontinuiteten som er det basale.

Det utelukker ikke at vi i gitte situasjoner må gå ut med mer intensivert virksomhet innimellom, som når man blir tatt på sengen av noe som plutselig hender, for eksempel Tsjernobyl-ulykken.

Bjartveit: Det er to profesjoner som virkelig har mulighet til å gjøre noe med våre store helseproblemer: Politikere og mediafolk.

Dermed har de også ansvar.

Vår oppgave må være å ansvarsmobilisere dem og peke på hva de kan gjøre. En av denne avdelingens hovedoppgaver blir kanskje å drive helseopplysning overfor beslutningstakerne.

Vi må også peke på det globale problem: Internasjonale økonomiske sammenhenger. F.eks. har tobakksindustrien sørget for at mange U-land er avhengige av tobakksproduksjon. Jeg snakket for litt siden på et seminar i Indonesia, om den norske legeforenings vedtak om at Norge skal gjøres røykfritt innen år 2000. Den første kommentaren jeg fikk var følgende: Om Indonesia gjøres røykfritt i morgen er det 20 millioner mennesker her som ikke har mat. Løser vi ikke dette problemet har vi heller ikke løst røykeproblemet og derfor heller ikke de røykerelaterte sykdommene. Disse sykdommene krever sannsynligvis 2 1/2 menneskeliv pr. år! De store frivillige organisasjonene har nå innsett at de må involvere seg internasjonalt og jobbe politisk■

Med hjertevennlig hilsen
Statens helseundersøkelser
(Tidligere Statens skjermbildeinnsamling)

Gastrobitan, H_2 - blokker med pris som antacida.*

Gastrobitan® 800 mg

cimetidin

En tablett til natten ved ulcus duodeni

GASTROBITAN ATC nr. A 02 B A 01

Histaminerg H2 – reseptorantagonist.

INJEKSJONSVÆSKE: 100 mg/ml: 1 ml inneh.: Cimetidin. 100 mg, acidium hydrochloridum 33 mg, agua ad iniect. 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 histaminets virkning på histamin H2-reseptorer i magesekkens slimhinne. Representerer således de histaminerge H2-reseptorantagonister. Histamin H2-reseptorer finnes i de fleste organer og vev. Den funksjonelle betydning av histamin H2-reseptorer i ulike vev er ukjent med unntak for magesekkens slimhinne.

Absorpsjon: God etter oral administrering.

Proteinbinding: Ca. 20%.

Halveringstid: Ca. 2 timer.

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

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

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

INDIKASJONER: Duodenalsår og benigne ventrikkelsår, Zollinger-Ellison syndrom. Langtidsbehandling av pasienter med stadig residiverende eller kroniske duodenalsår hvor operativ behandling ikke er gjennomførbar. Forsøksvis ved reflux øsofagitt. Profylaktisk mot blødninger på grunn av stress-ulcus hos kritisk syke.

KONTRAINDIKASJONER: Relative: Graviditet og diegivning.

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

FORSIKTIGHETSREGLER: Ulcus-diagnosene skal verifiseres ved røntgen eller endoskopi. Reflux øsofagitt skal påvises endoskopisk og/eller ved biopsi. Instituering av langtidsbehandling må skje av spesialister eller ved sykehus. Forsiktighet bør vises hos pasienter med tidligere lever- og nyreskader. Levertransaminaser bør følges under langtidsbehandling. Pasienter med betydelig nedsatt nyrefunksjon må få redusert dose (se tabell under Dosering). Da cimetidin kan gi symptomatisk bedring hos pasienter med ventrikel-cancer, 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).

Preparat:	Pakning:	Dosering:	Kostnad pr. døgn
Antacid f.-likst.	500 ml	10–15 ml x 8	5,36 — 8,04
Antacid tab.	100 stk.	4–6 tabl. x 8	7,87 — 11,80
Balancid mikx.	1000 ml	10–15 ml x 8	5,20 — 7,80
Link mikst.	1000 ml	5–10 ml x 7	3,40 — 6,79
Link tabl.	10 x 60 stk.	2–3 tabl. x 7	9,36 — 14,05
Link. plastp.	96 x 10 stk.	1 plastp. x 7	8,98
Novalurid mikst.	500 ml	5–10 ml x 4	2,32 — 4,64
Novalurid plastp.	50 x 10 stk.	1 plastp. x 4	6,98
Tiralac tabl.	1000 stk.	2 tabl. x 8	2,42
Tiralac tabl.	250 stk.	2 tabl. x 8	2,98

DOSERING: Voksne: Peroralt: Normaldosering ved **duodenalsår** er 800 mg til natten eller 400 mg om morgenen og til natten. Ved **ventrikkelsår** anbefales 400 mg om morgenen og til natten. Behandlingen bør vare minst 4–8 uker ved ventrikkelsår selv om pasienten blir symptomfri tidligere. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3–4. Ved **profylaktisk** langtidsbehandling av **duodenalsår** gis 400 mg om kvelden eller om nødvendig 400 mg morgen og kveld. Ved **reflux øsofagitt** anvendes 400 mg 2–4 ganger daglig i 4–12 uker. Ved **Zollinger-Ellisons** syndrom kan dosen økes til 2 g pr. døgn ved behov. Til personer med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatininclearance.

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

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

Intravenøs injeksjon: En ampulle (200 mg cimetidin) blandes i 20 ml sterilt vann eller natriumkloridoppløsning 9 mg/ml. Ferdiglaget løsning bør brukes umiddelbart (kan oppbevares i maksimum 12 timer). Løsningen gis som langsom injeksjon 3–5 min. med 4–6 timers intervaller, maksimalt 2 g/døgn. Til pasienter med hjertesykdom anbefales infusjon.

Intravenøs infusjon: Kan gis både som kontinuerlig og intermitterende infusjon. Den ønskede mengde cimetidin tilsettes en passende infusjonsoppløsning. Dosene bør fordeles jevnt over døgnet, maksimalt gis 2 g/døgn.

Det er ikke vist at profylaktisk behandling nedsetter residivfrekvensen av duodenalsår etter seponering. Cimetidin har symptomlindrende effekt ved refluxøsofagitt, mens erfaringer om effekt ved langtidsbehandling foreløpig er begrensede. Bør ikke brukes til barn pga. manglende erfaring.

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

PAKNINGER OG PRISER:

Injectabile: 10 amp. à 2 ml kr. 53,65

Tabletter 200 mg: 50 stk. kr. 112,40; 200 stk. kr. 417,35

Tabletter 400 mg: 28 stk. kr. 125,25; 56 stk. kr. 246,75; 84 stk. kr. 350,60; 100 stk. kr. 406,80

Tabletter 800 mg: 30 stk. kr. 252,10; 60 stk. kr. 497,20; 100 stk. kr. 777,65

KabiVitrum

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

9.86.

THNU

Jan - Ivar Kvamme tør være kjent blant Utpostens lesere som et av almenmedisinens fyrtårn gjennom mange år. Han var fra -65 distriktslege i Alta og har de siste par år vært kommuneoverlege i Ringerike. Medisinsk doktorgrad over emnet Hypertensjon i distriktshelsetjenesten.
Han er også en av hovedmennene bak HELSERETT som nylig er ferdig, se pressemelding annetsteds i dette nummeret.

Intervju med Jan-Ivar Kvamme

Frode Heian

Dessuten er han altså prosjektleder i Gruppe for helsetjeneste-effektivisering i kommunene (GHE-K) som ble opprettet i -85.
GHE-K står under Styringsgruppen for effektivisering i helsevesenet (som er sammensatt av representanter fra Finans-, kommunal-, Forbruker- og adm.- og sosialdepartementet, helsedirektoratet, rasjonaliseringsdirektoratet og NKS)
Med et stort budsjett (9 mill. i -86) har gruppen engasjert seg i en rekke områder:

- Idebanken som har fått inn mange hundre bidrag fra primærhelsetjenesten.
- Metodebøkene, som leserne kjenner.
- Metodeutvikling, f.eks. når det gjelder registrering, planlegning, ulykkesforebyggelse.
- Prøvekommuner

Vi kommer tilbake med en bredere omtale av virksomheten i et senere nummer.

● F.H.: Tror du det ligger noen mulighet for innsparing av helsetjenester ved å satse på egenomsorg?

Kvamme: Om det ligger noen innsparing i dette eller om egenomsorg kan gi en bedre og mer effektiv helsetjeneste for de samme pengene, er det ikke mulig å si noe sikkert nå. Det er ingen undersøkelsesresultater som gir oss noen konklusjoner om det.

● F.H.: Hvor kan man sette inn ressursene for å få en mer effektiv helsetjeneste?

Kvamme: Det tas i helsetjenesten en masse enkeltbeslutninger. Det er mange som arbeider i primærhelsetjenesten og derfor er antallet beslutninger stort.
Blant legfolk, spesielt med tanke på det store antall som ikke går til helsetjenesten med sin sykdom, er antallet enkeltbeslutninger enormt og har stor helsemessig og økonomisk betydning. Dette gjelder selv om avgjørelsene hver for seg ikke er så viktige som lengre opp i behandlingspyramiden.
Derfor er "vanlige folk" en så viktig målgruppe, også for informasjon om dagligdagse helsespørsmål. Helsetjenesten må overta for den tradisjonen storfamilien har ivaretatt og gi folk tilbake noe av den trygghet i forhold til vanlige helsespørsmål som er tapt med endring i familiestrukturen. Da vil de også kontakte helsetjenesten sjeldnere.

● F.H.: Da jeg intervjuet Bjartveit snakket han om nødvendigheten av først og fremst å påvirke politikerne til gjennom strukturelle endringer i samfunnet legge de ytre forhold bedre til rette, bl. a. ved å legge forskjellige typer bånd på produsentene av helseskadelige varer.

Kvamme: Jo, men vi skal heller ikke undervurdere de muligheter som ligger i å påvirke enkeltbeslutninger.
Vi støtter forresten også gruppe- og samfunnsrettet arbeid, bl. a. en evaluering av foreldregruppers engasjement for å sikre barnas utemiljø i Eide kommune, ved din medredaktør Jon Hilmar Iversen. *
Den slags foreldre-engasjement må jo i høy grad kalles egenomsorg.

● F.H.: Er det andre prosjekter i GHE-K's regi der egenomsorg spiller en rolle?

Kvamme: Ja, det er det. Jeg vil spesielt nevne revisjonen av behandlingsprogrammet for hypertensjon der vi samarbeider med NSAM.**
Dette arbeidet vil resultere i en ny metodebok der ikke-medikamentell behandling blir viet stor plass.

* Omtalt i Utposten nr. 8/84.
** bl.a. ved Jostein Holmen, se forrige nr. av Utposten■

MEDLEX:

Helserett - et betydelig effektiviseringstiltak for helsetjenesten

(Pressemelding)

Tusen sett med lover, forskrifter og andre bestemmelser sendes i disse dager ut til landets helseråd og institusjoner

Informasjonsmengden - et problem og en mulighet

Innen offentlig virksomhet har vi i dag et betydelig problem knyttet til oversikt og oppdatering av de store og voksende informasjonsmengdene. På brukersiden er behovet for ajourført og lett tilgjengelig informasjon stadig mer følbart. Det er gode effektiviseringsmuligheter i en forbedret informajonsbehandling.

Helsetjenesten har lenge hatt et stort behov for en samlet oversikt over relevant rettsinformasjon. I 1980 ble det i samarbeid med Oslo helseråd tatt initiativ til å samle lover, forskrifter, instrukser, retningslinjer og delegasjonsskriv med formål å:

- lette helsetjenestens tilgang til dokumentene

- bedre oversikten og kunnskapen om dokumentene slik at helsepersonell skal kunne ta raske og mest mulig riktige avgjørelser

- gi lik tilgang på helserettslige lover og bestemmelser til samme pris uansett hvor man bor i Norge

- være et grunnlag for større rettssikkerhet.

Ajourført informasjon - et effektivt hjelpemiddel

Første etappe av dette omfattende arbeidet er nå fullført, og papirutgaven av HELSERETT foreligger i disse dager. Verket består av fem bøker og et registerbind med et omfattende, nyutviklet stikkordregister, i alt på over 3000 sider. Tilleggshefter vil bli utgitt når endringer og tilføyelser krever dette, og hele verket skiftes ut når hensynet til brukerne gjør dette påkrevet. Databasene som informasjonene er lagret i, vil bli holdt løpende oppdatert. For lover og forskrifter skjer dette i regi av Lovdata. Den øvrige delen som er like omfattende, ajourføres av utgiveren, MEDLEX Norsk Helseinformasjon.

Rasjonaliseringseffekt allerede oppnådd

HELSERETT-samlingen er spesiell i den forstand at den bare omfatter lover, forskrifter og rundskriv som berører helsevesenet. Dertil kommer at stoffet er redigert og tilrettelagt med tanke på at brukerne hurtig skal finne fram til den informasjonen det søkes etter. Den første rasjonaliseringseffekten er oppnådd allerede før verket er tatt i bruk. Gjennom det systematiske grunnarbeidet har Helsedirektoratat greid å redusere antall rundskriv med ca. 50% (dvs. med 400-500 rundskriv) innenfor det området som HELSERETT omfatter.

Helsedirektøren uttaler

Helsedirektør Torbjørn Mork skriver i forordet til førsteutgaven av HELSERETT:

"Initiativet til samlingen av helsetjenestens lover, forskrifter og interne skriv kommer fra den primære helsetjeneste. Helsetjenesten er imidlertid et funksjonelt hele. Derfor kan foreliggende samling også brukes av institusjons-helsetjenesten.

Den tekniske utvikling har gitt nye muligheter for informasjonsspredning HELSERETT er således lagt til rett for online søking når dette er aktuelt. I tillegg er det nå lettere å foreta en nødvendig oppdatering og forenkling av regelverket. Senere kan annen nyttig informasjon for helsetjenesten legges inn i databasen.

Under hele prosjektperioden har det vært nær kontakt mellom Helsedirektoratet og redaksjonen. Redaksjonen er imidlertid ansvarlig for den foreliggende utgaven av HELSERETT".

Tverrfaglig og bredt sammensatt redaksjon

Prosjektarbeidet, som har vært omfattende og tidkrevende, er drevet fram av en redaksjon som består av følgende personer:

- Kommuneoverlege, dr. med. Jan-Ivar Kvamme, Ringerike helseråd (prosjektleder)

- Overlege Harald Siem, Oslo helseråd

- Bibliotekar Jostein Ingulfsen, Oslo helseråd

- Forsker, cand. jur. Dag Wiese Schartum, Institutt for rettsinformatikk Universitetet i Oslo

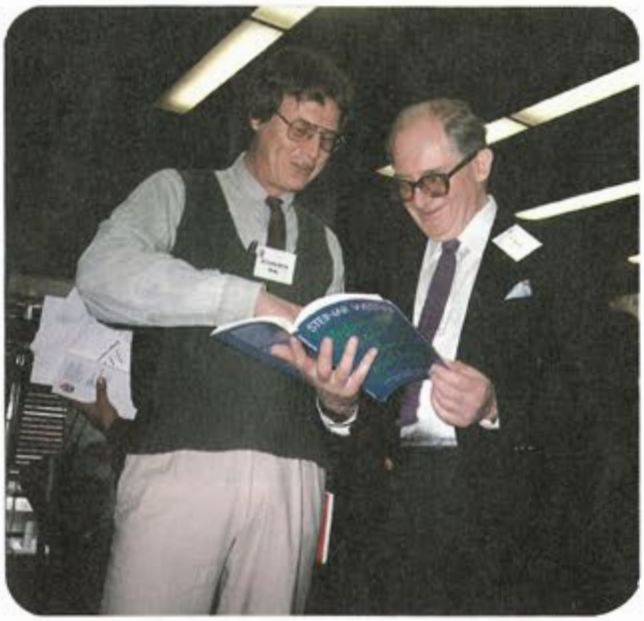
- Førstesekretær, cand. jur. Tore Andreas Hauglie, Justisdepartementet

- Førstekonsulent can.jur. Marianne Tinnå, Helsedirektoratet

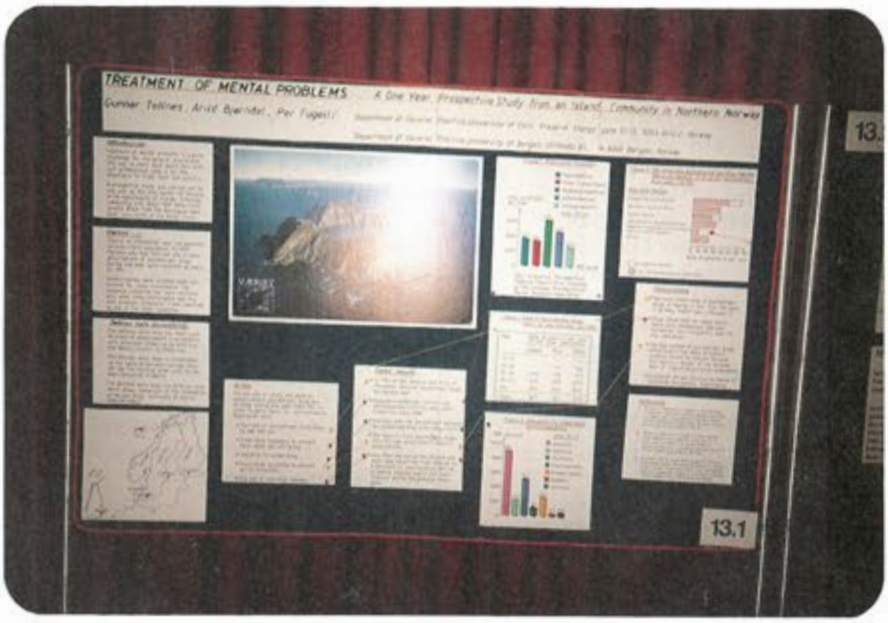
(forts. side 180)

Fotoglimt fra WONCA-kongressen i London

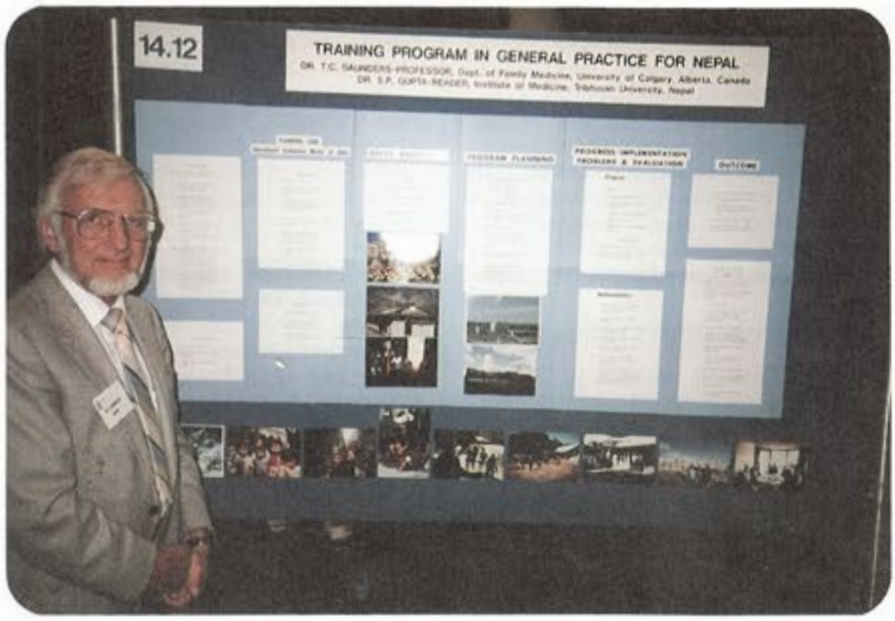
Utposten har tidligere hatt referat og bilder fra WONCA-kongressen. Her kommer ytterligere noen glimt.



Steinar Westin diskuterer sin utdanningshåndbok for almenpraktikere med John Fry. Mange av John Fry's ideer om almenmedisinen er nok nedfelt i denne boka.



En eksemplarisk poster signert Gunnar Tellnes, Arild Bjørndal og Per Fugelli: Kongressens beste m.h.t. lay-out?



Noe av det morsomme med denne slags kongresser er å se at de styrer omtrent med de samme sakene over hele verden: altså også almenpraktikerutdanning i Nepal.

Rate og ratio - insidens og prevalens

Lars Vatten
bedriftslege SINTEF,
Trondheim

Ola Lilleholts artikkel "Hypertensjon i Rindal" i Utposten nr. 4 1986 gir grunnlag for en kommentar til begrepet prevalens, som Ola L. kaller prevalensrate (point prevalene rate). Jeg er oppmerksom på at man finner prevalensrate brukt i litteraturen, men mitt poeng er at dette er en misforstått bruk av begrepet rate. Prevalens er ingen rate, men en ratio, eller proporsjon. Insidens er derimot en "ekte" rate.

Prevalens angir den proporsjon av befolkningen som har en viss sykdom på et visst tidspunkt. Insidens (insidens-raten) angir antall nye tilfeller av en sykdom som oppstår i en befolkning som er i risiko for å få sykdommen, i løpet av en viss tidsperiode. Prevalensen er en proporsjon og kan bare anta verdier mellom 0 og 1, og som proporsjon er den uten benevning ("dimensionless"). Insidensen er ikke en proporsjon og kan anta verdier fra 0 til uendelig.

Man kan tenke seg at hvert individ i en befolkning befinner seg i en av to mulige situasjoner. Enten er man medlem av en "pool" av syke, eller så befinner man seg utenfor denne "pool'en". Prevalensen beskriver den proporsjon av befolkningen som er i "pool'en" på et visst tidspunkt. Insidensen beskriver bevegelsen fra å befinne seg utenfor til å være i en "pool" av syke i løpet av en viss tidsperiode.

Den viktige forskjellen mellom begrepene er i denne sammenheng deres ulike forhold til tid. Insidensraten forsøker å beskrive en bevegelse, en dynamisk kraft ("the force of morbidity") som virker på en befolkning slik at enkelte individer "beveges" over fra en ikke-syk til en syk tilstand. Denne bevegelsen oppfanges i begrepet rate. Prevalensen mangler dette dynamiske forholdet til tid. Den uttrykker et øyeblikksbilde av en proporsjon (ratio) av befolkningen som har en viss sykdom, og oppfyller ikke kravet til å være en rate.

Litteratur:

1. Ahlbom A, Norell S. Introduction to modern epidemiology. Chestnut Hill: Epidemiology Resources Inc., 1984.

2. Elandt-Johnson RC. Definition of rates. Some remarks on their use and misuse. Am J Epidemiol 1980; 112: 707-723.

3. Haberman S. Mathematical treatment of the incidence and prevalence of diseases. Social Science and Medicine 1978; 12: 147-52.

DEBATT • debatt • DEBATT • debatt • DEBATT • debatt • DEBATT

Svar til Lars Vatten fra Ola Lilleholt

Jeg er fullstendig og hjertelig enig i alt du skriver!

Når jeg i artikkelen min brukte begrepet point prevalence rate har nok det sin forklaring i en altfor servil holdning til epidemiologiens autoriteter: også når de fortsatt holder fast ved en så forvirrende terme som dette er.

Inspirert av brevet ditt har jeg gått i bokhylla og sjekket en del av de mer sentrale lære- og håndbøkene. MacMahon og Pugh (1) skiller mellom to typer prevalens: point prevalence rate og period prevalence og forklarer så at dette er ratioer. Foldsprang, Juul, Olsen og Sabroe (2) opererer reservasjonsløst med "prævalensrate" og "periodeprævalens". Abrahamson (3), bruker i den nylig utkomne Oxford Textbook of Public Health begrepet prevalence rate i sin framstilling, men bemerker følgende: " It should be noted that the use of 'prevalence rate', which conforms with common use by epidemiologists, is disparaged by some experts who prefer to confine the term 'rate' to measurements of rapidity of change, and therefore use 'prevalence' rather than 'prevalence rate', claiming that the term 'prevalence rate' is an impossible concept". Fletcher, Fletcher og Wagner (4) har en konsis og inspirerende lærebok og er konsekvente ved at de bruker prevalence uten etterfølgende "rate". Om dette bemerker de en passant følgende og prevalenser: "Such fractions are of course proportions but, by common usage, are often referred to as 'rates'. As ex-students of physics, we recognize the incorrectness of this use of rate; but there seems to be little chance that it will disappear."

Beste Lars V.! Fra nå av kaster jeg meg inn i kampen på din side: neste gang skriver jeg prevalens, rett og slett!

Litteratur:

1. MacMahon B, Pugh TF. Epidemiology. Principles and methods. Boston: Little, Brown & Company, 1970.

2. Foldsprang A, Juul S, Olsen J, Sabroe S. Epidemiologi. Sykdom og befolkning. København: Munksgaard, 1981.

3. Abramson JH. Cross-sectional studies. In: Oxford Textbook of Public Health, Vol. III. Oxford: Oxford University Press, 1985.

4. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Clinical epidemiology - The essentials. Baltimore, Williams and Wilkins, 1982.

Her er en både spennende og imponerende publikumsundersøkelse fra Hammerfest. Denne var jo svært flatterende for kommunehelsetjenesta i Hammerfest. Vi håper at andre tør sende oss resultatet av lignende undersøkelser i sin praksis: Dette er undersøkelser til å få vett av! (Ola L.)

Hva mener pasienten

Geir Clausen
kommunelege I, Hammerfest

Geir C. er oppvokst på Finnsnes og i Tromsø. Cand. med. fra Tromsø 1980. Kommunelege i Hammerfest fra 1982, kommunelege I og godkjent almenpraktiker Dnlf fra 1985. UTPREGET NORD-NORGE-PATRIOT!

Innledning

For å få et inntrykk av hva brukerne mener om Legesituasjonen i Hammerfest, gjennomførte vi ved Legestasjonen i februar/mars 1986 en publikumsundersøkelse.

Undersøkelsen baserer seg på at pasientene fikk utdelt et spørreskjema hos legen etter avsluttet konsultasjon. Skjemaet var utarbeidet av daværende turnuskandidat, nå kommunelege i Hammerfest, Ole Rysstad. Med hvert skjema ble det også utlevert en frankert svarkonvolutt adressert til Legestasjonen.

Opplegget var at pasienten skulle fylle ut skjemaet etter at han/hun kom hjem og deretter returnere skjemaet i den ferdige frankerte konvolutt. I løpet av uke 6 (og delvis uke 7) ble det fortløpende utdelt skjemaer til alle pasienter som var til konsultasjon hos lege på Legestasjonen, tilsammen i underkant av 500 skjemaer.

Pr. 15/3-86 hadde vi fått i retur 227 skjema, og vi valgte da å ikke avvente ytterligere svar. Dette på bakgrunn av at det da kun var kommet inn 3 svar i uken før sistnevnte dato.

De innkomne data er registrert og bearbeidet ved hjelp av EDB.

Resultater

Kjønnsfordeling

227 pasienter har altså returnert skjema i utfylt stand. 77 av disse var menn, 150 kvinner, altså henholdsvis 34% menn og 66% kvinner, hvilket vil si temmelig nøyaktig dobbelt så mange kvinner som menn. Dette indikerer at kvinner i atskillig større grad enn menn, er brukere av legetjenesten.

Kjønnsfordeling sammenholdt med alder er satt opp i tabell 1.

Prosent i denne tabellen angir prosentvis fordeling mellom kjønnene i de enkelte aldersgrupper.

Vi finner her at kvinner i aldersgruppen 10-30 år (det vil i praksis si 15-30 år) er kraftig overrepresentert i forhold til gjennomsnittet både for kjønn og alder.

I de nevnte aldersgrupper utgjør kvinnene ca. 85% av pasientene. Faktisk utgjør kvinner i denne aldersgruppen ca. 1/3 av det totale antall pasienter.

Årsakene til overrepresentasjonen av kvinner i denne aldersgruppen kan være bl.a. svangerskapskontroller, prevensjonsforhold og gynekologiske plager. Disse forhold alene kan imidlertid neppe forklare den høye andelen av konsultasjoner i denne gruppen.

I de øvrige aldersgrupper er kjønnsfordelingen noenlunde jevn.

Type time

154 av pasientene hadde bestilt "vanlig" time, mens 72 var av typen "øyeblikkelig hjelp", dvs. henholdsvis ca. 67 og 33%. En finner i denne forbindelse ingen spesielle utslag for alder, kjønn m.v.

Telefontjenesten

22,2% av pasientene angir at de har hatt problemer med å bestille seg time fordi Helsehusets sentralbord er opptatt. Timebestilling foregår på en tid av dagen hvor trafikken over sentralbordet er "normal". At såvidt mange likevel har problemer med å komme gjennom, er nok en indikator på at sentralbordkapasiteten (antall linjer) er for liten.

I legenes telefontid er dette forhold ytterligere aksentuert. 53,4% av pasientene oppgir å ha hatt store problemer med å få snakke med legen i telefontida, mens 46,6% ikke har erfart slike

ne om legestasjonen?

problemer. Forklaringen på disse vanskelighetene er sannsynligvis tosidig. Delvis bevirker sentralbordets kapasitet at det ikke er mulig å komme inn til Helsehuset fordi alle linjene er opptatt, delvis kan den aktuelle legen som pas. skal ha tak i være opptatt i en annen telefon.

Hvor mange ganger pasientene har ringt til Helsehuset (i telefontida) før de har fått kontakt med lege er resymert i tabell 2.

Til tross for disse problemene sier 92% av pasientene seg fornøyd med den service som ytes fra Legestasjonen i legenes telefontid.

Telefontjenesten ved Helsehuset (og herunder ved Legestasjonen) må imidlertid antas å fungere bedre år nytt sentralbord blir installert i nær framtid.

Resepsjon / laboratorium / venterom

80,5% av pasientene er godt fornøyd med servicen i resepsjonen på Legestasjonen, 17,5% er dårlig fornøyd. Som årsak til misnøye angis i all hovedsak at pasientene på øyeblikkelig hjelp helt kort må angi i resepsjonen hva som feiler dem. Dette kan nok virke irriterende på enkelte, men er en nødvendighet for å kunne fange opp de pasientene som er mer alvorlig syke og som må raskt inn til lege.

99% av pasientene er fornøyd med den service som ytes på Legestasjonens laboratorium. Noen ytterst få vil aldri kunne bli fornøyd med det som ytes, så denne funksjonen må absolutt kunne kalles optimal, også sett fra pasientens side.

Pasientenes vurdering av venterommene ved Legestasjonen fordeler seg slik:

Tilfredssillende	59,9%
Mindre tilfredsstillende	31,9%
Dårlige	8.2%

De forhold det klages på er dårlige/slitte møbler, triste farger, lite aktuelt lesestoff og mangel på radio.

Sistnevnte forhold er allerede rettet på gjennom innkjøp av radio til venterommet. Forøvrig synes det klart at en her må kunne sette inn litt ressurser for å gjøre forholdene mer trivelige. Selv under optimale forhold tilbringer mange pasienter en del tid på venterommet, og denne ventetiden bør ikke føles enda lengre på grunn av vantrivsel.

Legebesøket

Pasientene er her blitt stilt 4 spørsmål med svaralternativ "ja" eller "nei". Spørmålene med svar fordeler seg som vist i tabell 3. En overveiende del av pasientene er altså fornøyd med sin konsultasjon hos legen.

Når det gjelder tidsaspektet, viser det seg at de som venter mer enn 1 time på venterommet, i mye større grad angir følelse av å ha fått for kort tid hos legen, enn de som har ventet kortere. Dette indikerer at venteromstiden er en vesentlig faktor for pasientens vurdering i denne sammenheng. Forøvrig finner en at det i hovedsak er de yngre pasientene som ikke synes at de får tid nok hos legen. F.eks. har samtlige pasienter over 50 år svart "ja" på dette spørsmålet.

Av de 14 pasientene som ikke sier seg fornøyd med behandling og undersøkelse, finner vi hele 11 i aldersgruppen under 30 år, og kvinnene er i flertall. Kun en av de misfornøye pasientene i denne sammenheng er over 40 år. Det er ingen forskjell på de med vanlig time og de med "øyeblikkelig hjelp".

Av de forskjellige elementer vedrørende legebesøket, så finner en minst grad av tilfredshet med informasjonen som legen gir. 13,9% av pasientene synes informasjonen er mangelfull. Dette er ikke avhengig av kjønn eller hvilken type time pasienten har. Påfallende er det imidlertid at graden av tilfredshet med informasjon øker med økende alder, se tabell 4.

I utgangspunktet har de eldre oftest flere plager/sykdommer og bruker ofte flere medikamenter, hvilket begge deler stiller større krav til informasjon fra legens side. Muligens er legene flinkere til å informere denne aldersgruppen nettopp på grunn av disse forhold, mens yngre pasienter kanskje antas å være "mer selvhjulpne" i denne sammenheng. En annen mulighet er at de yngre er mer kravstore og forventer en mer altomfattende service enn eldre. Fenomenet er i alle fall verdt ettertanke. At informasjonen skiller seg ut som den "dårligste" delen av legekonsultasjonen, indikerer at legene må ta mer alvorlig på denne delen av sitt arbeide. Imidlertid krever skikkelig informasjon mye tid, hvilket en ikke alltid har. Man er derfor ofte tvunget til å finne en "gylden middelvei" i så måte. 86% av pasientene er tross alt fornøyde med den informasjon de får hos legen.

94,3% av pasientene angir at de har fått den hjelp de forventet ved legebesøket. De 5,7% som ikke er fornøyd på dette punktet utgjør 12 pasienter. Også her finnes det samme aldersfenomen som ovenfor i og med at 10 av disse paientene er under 40 år.

Ved Legestasjonen forsøker vi i størst mulig utstrekning å unngå at pasienter med bestilt time skal bli sittende å vente. Dette medfører at den gjennomsnittlige ventetid for pasienter uten timeavtale ("øyeblikkelig hjelp") blir noe lengre enn for de med bestilt time. Unntatt fra denne regel er akutt eller alvorlig syke som må tas straks eller utenom tur. ▶

På spørsmål om dette er en riktig prioritering med hensyn til venting, sier 88% av pasientene seg enige i et slikt opplegg.

28,6% av pasientene i alderen 0-9 år (dvs. foreldrene til disse pasientene) er uenig i dette systemet. Dette gjelder altså foreldre med små barn. Konsultasjonene i denne aldersgruppen foregår ofte uten bestilt time, og svarene indikerer at tiden på venterommet med et sykt barn ikke er noen fornøyelse. Vi forsøker da også å få tatt inn små barn relativt raskt.

158 av 227 pasienter (69,6%) angir å ha erfart problemer med å få tilgang til lege så raskt som de kunne ønske. På spørsmål om hva de tror er årsaken til vanskene med å få legetime, fordeler svarene seg som følger på de 4 svaralternativer som ble gitt i spørreskjemaet:

Få leger	37,3%
Stor pasientpågang	57,6%
Lavt arbeidstempo	2,5%
Annet	2,5%

Et gjennomgående fenomen her er at de yngre aldersgrupper i større grad enn de eldre mener at det er for få leger. Dette kan være en pekepinn på at den yngre befolkningen generelt er mer kravstore i sin forventning til hvilke ressurser som bør stilles til rådighet på dette felt. Legestasjonen hadde i registreringsperioden full kurativ virksomhet i samsvar med politisk vedtatt arbeidsplan.

Pasienter på "øyeblikkelig hjelp"

Det ville være rimelig å anta at pasientene som møter på "øyeblikkelig hjelp", har vært syke i kort tid før konsultasjonen. Noe forbausende er det derfor at 86,5% av pasientene i denne gruppen hadde vært syke i over 1 døgn før de søkte lege. 44,6% har faktisk vært syke i over 3 døgn før de søker øyeblikkelig hjelp. En del av disse pasientene kunne sannsynligvis ha vært henvist til vanlig timebestilling all den stund ventetiden på time i hovedsak (i skrivende stund) er mindre enn 1 uke.

73,2% av pasientene på "øyeblikkelig hjelp" hadde vært inne hos legen mindre enn 3 timer etter første henvendelse for sine plager, mens 16,9% fikk møte neste dag. Dette selvsagt avhengig av hvilke plager pasienten i hvert tilfelle har.

Denne pasientgruppen henvender seg til Legestasjonen hovedsaklig i form av direkte frammøte på Helsehuset (61,8%). 34,2% henvendte seg pr. telefon, mens de resterende kom inn under "annet" (bud m.v.).

Ventetid (på venterommet) for de som møtte på "øyeblikkelig hjelp", fordeler seg slik:

0-0,5 timer	41,9%
0-5-1 time	33,8%
1-2 timer	16,2%
>2 timer	8,1%

Disse pasientenes plager spenner over et vidt felt, fra akutte psykiske problemer til relativt banale infeksjonssykdommer. Det varierer derfor sterkt hvor lang tid legen må bruke på den enkelte pasient for å gi et fullgodt behandlingstilbud til pasienten.

Antall leger i kurativ virksomhet de enkelte dager er stort sett konstant. Pågangen av pasienter varierer imidlertid ganske mye fra dag til dag. Dersom man skulle kjøre med en bemanning som kunne ta unna alle toppene i pasientpågangen, så ville en i perioder få overkapasitet og liten effektivitet i den kurative tjenesten, hvilket neppe er økonomisk forsvarlig. Dette forhold bevirker at det må bli en del venting når pågangen av pasienter er stor.

Disse forhold tatt i betraktning, må en kunne konkludere med at ventetiden ved Legestasjonen for de fleste pasientene i denne gruppen er høyst akseptabel. Ventetiden på "øyeblikkelig hjelp" er bl.a. atskillig lengre ved de fleste offentlige legevakter i andre byer.

Pasienter med bestilt time

De fleste av pasientene bestiller time pr. telefon (70,8%). 15,3% møter opp på Legestasjonen for å bestille time, 4,2% sender bud med andre, mens 9,7% av disse pasientene har fått avtalt kontrolltime ved tidligere legebesøk.

Ventetiden på time fordeler seg slik:

0-7 dager	71,6%
7-14 dager	27,7%
>14 dager	0,7%

Objektivt sett og sammenlignet med andre kommuner, må dette karakteriseres som meget akseptabelt.

Ventetiden på venterommet for pasienter med bestilt time angis som følger:

0-0,5 time	82,5%
0,5-1 time	13,3%
>1 time	4,2%

En del av de forhold som bevirker at det periodevis blir noe venting på "øyeblikkelig hjelp", gjør seg gjeldende også her. En overveiende majoritet av pasientene oppgir å vente mindre enn 1 time, hvilket en absolutt må kunne være bekjent med.

Oppsummering

Knapt 50% av de pasientene som fikk utdelt spørreskjema har returnert skjemaet i utfylt stand. Vi vet selvsagt lite om de som ikke har svart. Erfaringsmessig har de som ikke svarer ingen store synspunkter verken i positiv eller i negativ retning.

Uansett så er materialet såvidt stort at det må antas å gi et relativt pålitelig bilde av hva pasientene mener om Legestasjonen. Undersøkelsen viser at kvinner i alderen 15-30 år relativt sett er storforbrukere av legetjenester. De yngre pasientene har store forventninger/krav til hvilke ressurser som ønskes stilt til rådighet.

Muligheten for pasientene i Hammerfest legedistrikt for å komme raskt til lege når de ønsker det, har i den perioden undersøkelsen pågikk, vært akseptabel. Det samme gjelder ventetid, både på time og på venterommet.

De langt fleste pasientene er også fornøyd med den service de får ved legebesøket.

Undersøkelsen har forøvrig avdekket flere ting som, vurdert fra pasientens side, kan bedres, og som vi må arbeide videre med.

En skal imidlertid være oppmerksomme på at Legestasjonen i den tiden undersøkelsen pågikk, hadde full kurativ kapasitet for første gang på svært lang tid. Allerede ved vakans i en av legestillingene, vil tilbudet til pasientene bli redusert slik at ventetid/tilgjengelighet (og tilfredshet?) m.v. blir dårligere.

En forutsetning for å holde tilbudet på dette nivået er derfor at vi klarer å beholde en god og stabil bemanning i legestillingene■

Tabell 1:

aldersgruppe	menn antall	menn %	kvinner antall	kvinner %	sum antall i aldersgr
0-9 år	6	60,0	4	40,0	10
10-19 år	3	13,6	19	86,4	22
20-29 år	11	16,7	55	83,3	66
30-39 år	15	40,5	22	59,5	37
40-49 år	13	43,3	17	56,7	30
50-59 år	10	45,5	12	54,5	22
60-69 år	7	38,9	11	61,1	18
70 år	12	54,5	10	45,5	22

Tabell 2:

Tabell 2: Antall oppringninger for å få kontakt med lege

Antall oppringninger	% av pasientene
1-2	38,4
3-4	37,6
5-	24,0

Tabell 3:

Tabell 3: Legekonsultasjonen

	Ja(%)	Nei(%)
Fikk du nok tid hos legen	91,4	8,6
Er du fornøyd med undersøkelsen/ behandlingen ?	93,3	6,7
Er du fornøyd med den informasjon du fikk av legen?	86,1	13,9
Fikk du den hjelpen du kom for?	94,3	5,7

Tabell 4:

Tabell 4: Tilfredshet med legens informasjon

aldersgruppe	0-9	10-19	20-29	30-39
% tilfreds m/informasjon	70,0	72,7	82,0	88,2

aldersgruppe	40-49	50-59	60-69	70-
% tilfreds m/informasjon	92,6	95,5	85,7	100,0

Arbeid i legemiddelkomite – kurs

Komiteen for farmasøytisk etterutdannelse arrangerer felles kurs om arbeide i legemiddelkomite for leger og farmasøyter i dagene 17.-19. november. Kurssted er Ullevål sykehus.

Kurset tar opp følgende hovedtema:

- Legemiddelkomitearbeide ved små og store sykehus og utenfor sykehus
- Kriterier for utvelgelse av preparater
- Utforming av legemiddellister, oppfølging
- Legemiddelkomiteene og den farmasøytiske industri: forskningssamarbeid og klinisk utprøving
- Legemiddelhåndteringsrutiner
- Legemiddelkomiteer og etiske komiteer

Nærmere opplysninger og eventuell påmelding til Overlege Harald Torsvik, Bærum sykehus, kan gi nærmere opplysninger og tar imot eventuelle påmeldinger. Frist 25. september■

(forts fra side 175)

- Informasjonskonsulent Thorkild Christensen,

MEDLEX Norsk Helseinformasjon

Bak redaksjonen har også stått en bredt sammensatt referansegruppe som representerer kommuner av ulik størrelse, fylker og sentrale institusjoner. Arbeid har foregått i nær kontakt med blant annet Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, Oslo helseråd, Alta helseråd, Institutt for rettsinformatikk ved Universitetet i Oslo og Universitetsbiblioteket.

Konstruktivt samarbeid mellom privat og offentlig virksomhet

Prosjektet er et godt eksempel på hensiktsmessig samarbeid mellom offentlig og privat virksomhet. Bak den praktiske utviklingen og utgivelsen står det nystartede selskapet LEX Norsk Samfunnsinformasjon A/S, som også i alt vesentlig har finansiert prosjektet. Overordnet styringsgruppe for datatjenester i helsevesenet (OSG) har gitt støtte til prosjektet. LEX as selger og distribuerer HELSERETT samt andre informasjonstjenester til helsetjenesten, under navnet MEDLEX Norsk Helseinformasjon■

Norsk idrettsmedisinsk kongress Trondheim 27.-30. november 1986

Tidligere i vår annonserte vi prisoppgaver i anledning Norsk idrettsmedisinsk kongress i Trondheim. Komplett program for kongressen foreligger naturligvis forlengst når dette skrives (og leses). Fra dette har vi sakset følgende:

27.11.:

Syntex legemidler: Kunsten å lage gode presentasjoner.
L. Weiseth: Konkurransens psykopatologi.
L.R. Falkum: Psykososiale miljøfaktorers betydning for idrettsprestasjoner.
Paneldebatt om fysioterapeutens rolle i idrettsmedisinen..

28.11.:

S. Oseid: Siste nytt om doping.

Internasjonal sesjon:
M. O'Brian: Women and sports - special problems.
T. Pedoe: Sports cardiology.
G.P.H. Hermans: Recent concepts of overuse injuries.
W.L. Musterd: Sports emdical advice on cardiac problems.
A. Adam: Chondropathia in sportsmen.
Å. Andren-Sandberg: Medical aspects of sports shoes.
M. Kvist: Paratenoitis of the Achilles tendon.

Paneldebatter:
Om etiske forhold ved markedsføring og idrettsmedisinske tilbud. Skulderskader.

S. Mæhlum: Toppidrett og akklimatisering.
A.T. Gammeltvedt: Tretthetsbrudd.
F. Bendiksen: Skader i norsk ishockey.

29.11.:

Kvinner og idrett:
P. Øyan: Hormonelle forandringer og innvirkning på menstruasjonsforhold hos toppidrettsutøvere.
B. Lundberg: Skjelettmuskelfiberkomposition og fysisk prestationsformåga - konsskillnader.
A. Hagen: Virkningsmekanismer ved strømbehandling.

30.11.:

Stretching - teorier og praksis.

Idrett og helse:
T. Brekke: Idrettens rolle i det forebyggende helsearbeidet.
P.H. Staff: Hypertensjon.
S. Mæhlum: Diabetes.
S. Oseid: Asthma/allergi.

Nærmere opplysninger hos amanuensis Geir Jacobsen, Eirik Jarlsgate 10, 7000 Trondheim. Tlf. 07-598875/598884.

Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyklinpreparat.
KAPSLER *150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneh.:*
Lymecyclin. aeqv. tetracyclin. 150 mg, resp. 300 mg.

Pakninger og priser: 150 mg: 25 stk. kr. 62,50. 100 stk. kr. 162,50. 300 mg: 14 stk. kr. 68,25. 20 stk. enpac, kr. 93,60. 30 stk. kr. 126,90. 50 stk. kr. 147,55. 100 stk. kr. 284,40.

Dosering: *Voksne:* Normalt 1 kapsel å 300 mg 2 ganger daglig, eller 1 kapsel å 150 mg 4 ganger daglig. (Behandlingstid fra en uke og oppover). Hvis preparatet må gis til
barn: Vanlig dosering 8–10 mg pr. legemsvekt pr dag.
Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

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

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal
d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyklin – farmakolinetikk:

	C max (mg/l)	t max (h)	t 1/2 (h)	AUC (mgh/l)
l	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

- **Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatiske konsentrasjoner i ekstravaskulære foci.** (2).
- **Behandling blir også rimelig for pasienten med Tetralysal x 2:**

a) for pasient + partner v/chlamydia-infeksjoner 7–10 dager (1).

Fra kr. 63,45 tilsv. $\frac{\textbf{30 pkn}}{\textbf{2}}$ **til**
kr. 93,60 (20 pkn) pr. person.
b) Bronkitt 10 dager: kr. 93,60 (20 pkn) (3)
c) Salpingitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (5)
d) Sinusitt 14 dager: kr. 126,90 (30 Pkn) (4)

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske paramentre ved steady-state for lymecyclin og doxycyklin etter p.o. dosering med standardregime. Resultater:
Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriostastisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).

(1) *Mårdh. Møller, Paavonen: Chlamydia trachomatis in Genital and Related Infections, Scandinavia Journal of Inf. Diseases, Supp. 32 May 14–16, 1981.* (2) *Schreiner A. et al.: Pharmacokinetics of lymecycline and doxycyline in serum and suction blister fluid. Chemotherapy 31:261–65, 1985.* (3) *A. Pines et al.: Antiviot. Regimes in Severe and Accute Purulent Exacerbations of Chronic Bronchitis, British Medical Journal 1968, 2, 735–738.* (4) *Carenfelt & Lundberg: Aspects of the Treatment of Maxillary Sinusitis, Scand. J. Infect. Dis. Supply 9 78–81, 1976.* (5) *L. Forslin & Danielson et al.: Antibiotic Treatment of Acute Salpingitis, Acta Obstet. Gyn, Scand. 61 s. 59–64, 1982.*

RUTLE, OLAV
Slettmark 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