

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7

1986

ÅRGANG 15



— Hvem går mot spesialitetene?

Av innholdet:

Om konsultasjonen
Bidrag til Essayprisen
Almenmedisinsk kunnskapsprøve
Norges første privatpraktiserende samfunnsmedisiner
Helsemesse
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. Stangs gt. 11/13
0264 Oslo 2
Tlf. kont. 02. 55 92 10
Tlf. priv. 02. 87 11 93

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

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

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

Abonnement: Kr. 110,- pr år. Enkeltnummer kr. 20,-. Layout: Ulset form & profil. Trykk: Orkla Grafiske a.s, 7300 Orkanger.

Søvn



•Möchten Sie etwas Besonderes hören?•

For et par år siden hadde Utposten et temanummer om søvn og søvnrelaterte sykdommer. Dette er en av de utgavene som det stadig har vært etterspørsel etter. Sist vår var det slutt på restopplaget. Med god praktisk og økonomisk støtte fra Upjohn Informasjon har det nå vært mulig for oss å samle alle artiklene fra dette "søvnnummeret" i et heftet som blir trykket og distribuert omtrent samtidig med denne utgaven av Utposten. Vi håper at heftet vil inspirere kolleger til å se på pasienter med søvnforstyrrelser og søvnrelaterte plager med nye øyne.

Samtidig håper vi naturligvis at stadig flere skal få øye på Utposten. Bladet sendes nå ut til vel 2000 betalende abonnenter. Vi trykker bladet i 2500 eksemplarer. Restopplaget forsvinner ofte ut i større og mindre prosjoner: temanumrene bestilles som klasesett for skoler, høyskoler

etc. eller brukes også i forbindelse med kurs o.a.. Til alle tider er vi naturligvis interessert i å nå stadig flere. "Søvnheftet" vil nå bli distribuert i ca. 5000 eksemplarer slik at vi denne gangen vil nå ut til de fleste almenpraktiserende leger og også mange utenfor våre rørker.

Dersom tiltaket viser seg vellykket, kan det tenkes at vi prøver oss på å gi ut lignende temahefter senere: f.eks. ved at vi samler stoff som har vært presentert i flere utgaver av bladet. Forslag til temaer er velkomne!

Nr 7, 1986

INNHOLD:

Hans Knut Otterstad:

Hva bestemmer konsultasjonens lengde s. 218

Erik Ekker Solberg/Tord Østberg:

Helse i nærkirkastingen s. 223

Gisle Roksund:

Helsemesse 1986 s. 226

Magne Nylenna:

Intervju med Harald Siem s. 228

NSAM's spalter

..... s. 230

Ola Lilleholt/Øystein Pedersen:

Almenmedisinsk kunnskapsprøve s. 235

Magne Nylenna:

OLL's årsmøte s. 243

Bokanmeldelser

..... s. 244, 245

5. nordiske kongress i almenmedisin

..... s. 246

Solstrandkursets prisoppgave & div. s. 248

LITT OM FORDOMMER OG FIBROSITT

I medisinen eksisterer et u-skrevet hierarki mellom de forskjellige sykdommene og sykdomsgruppene. Noen er mer "interessante" enn andre. Bakgrunnen er trolig er å finne i vår medisinske historie og den kultur den er sprunget ut av. Sykdommer med en patogenese som kan fanges opp ved hjelp av vårt tradisjonelle tradisjonelle diagnostiske armamentarium, alle "pravene", eller har dramatiske manifestasjoner, oppnår høy status og maksimal interesse både fra medisinsk personell og dermed gjerne også fra massemedia og trygdeordningene.

Psykiske problemer med sekundære somatiske plager har en utpreget lavstatus i medisinen generelt, og reumatologien er ikke unntatt. Reumatoïd artritt har høy status, spesielt dersom den ledsages av det nokså tilfeldige fenomenet at pasienten produserer antistoff mot sine egne globuliner: da er sykdommen "seropositiv".

I denne lederen har jeg tenkt å ta opp problemene til en enkelt gruppe pasienter med en utpreget "lavstatus" reumatisk lidelse, nemlig det som beskrives som fibrositt, fibromyalgi, "inkomplett Reiters syndrom". I dette hjørnet av reumatologien er grensene flytende til mer velkjente syndromer som entero- og uropatisk polyartritt, "komplett" Reiters syndrom, postinfektiøse arthritider og litt fjernere til til psoriatiske artropatier og Bechterews sykdom.

Fibrositt ødelegger ikke ledd eller andre organer. Kjernen i syndromet er alltid karakteristisk med smerte og stivhet, entesopatier og søvnforstyrrelser. Søvnforstyrrelsen består i at pasienten enten stadig våkner eller at sovnen er svært overflatisk. Noen har ment at dette er primus motor i en circulus

vitosus, og at det er mangelen på normal sovn som som medfører det spesielle smertemønstret. Framtidig forskning vil nok avdekke om søvnforstyrrelsen er primær eller sekundær i forhold til symptomene fra senefester og muskler. Både lege og pasient kan fortvile over at de objektive funn er så sparsomme i forhold til de subjektive plagene. Derved er det vel blitt slik at mange legger i diagnosen fibrositt at stress og nervøse faktorer spiller en avgjørende rolle i patogenesen. Derved er fibrosittsyndromet mer blitt betraktet som en psykiatrisk enn en reumatisk lidelse.

Erfaringer og observasjoner fra hverdagen i norsk medisin har lært meg at det må være en stor og slagen här av pasienter som med den diagnostiske merkelappen "fibrositt" er støtt ut i et mørke både når det gjelder videre undersøkelser, behandling og trygdeytelser. Uretten er dobbel fordi den "adds insult to injury".

Med dette vil jeg offentlig og på denne godt synlige plass hevde at fibrositt er en inflammatorisk reumatisk lidelse. Jeg hevder ikke dette fordi jeg derved ønsker å heve sykdommens status, men fordi at vi ikke skal slå oss til ro med de fordommer og mangelfulle kunnskaper vi har om sykdomsbildet pr. dato. Nylig er det fra Bartels og Danneskiold-Samsø (1) kommet en publikasjon som åpner for ny innsikt i sykdommens patogenese.

Fibrositt et utpreget problem for almenpraksis. Etter en henvisning til reumatolog eller indremedisinsk avdeling har pasientene fått klassifisert sin lidelse, og behandlingstilbuet er så magert og uavklaret at det i alle fall ikke er behov for oppfølging av spesialist. Kanskje må det også

bli observasjoner fra almen-praksis som skal kunne bidra til at vi mørker å se patogenese og behandlingsmuligheter med nye øyne.

Jeg kan ikke si det bedre enn overlege Hans-Kristian Brath (2) ved Lillehammer Sanitetsforenings Revmatismesykehus: "I det hele tatt har jeg med dette innlegget også ønsket å slå et slag for fibromyalgi som en egen sykdomsgruppe, og kanskje spesielt for om mulig å bidra til at disse ulykkelige og meget plagde pasientene får en bedre identitet som en egen pasientgruppe".

Som almenmedisinere har vi et spesielt ansvar for å følge opp dette arbeidet!

Litteratur:

1. Bartels EM, Danneskiold-Samsøe B. Histological abnormalities in muscle from patients with certain types of fibrositis.
2. Brath HK. Fibrositissyndromet (Fibromyalgi) Referat fra Norsk revmatologisk forenings vårmøte i Stockholm 1982. Stømmen: Syntex legemidler. 1982.

For den som vil lese mer, er følgende oversiktartikkell fersk og inneholder en rikholdig litteraturliste:

Rice JB. "Fibrositis" syndrome. Med Clin N Am 1986; 70: 455-468.



Hva betyr konsult?

Pasientens alder, antall diagnosører eller

En multipraksisundersøkelse av eldre

Hans Knut Otterstad
Gruppe for helsetjenesteforskning, Statens Institutt for Folkehelse, Geitmyrsveien 75, 0462 Oslo 4.

Følgende leger deltok i undersøkelsen:

Dr. K. Aamodt-Karlsen, 1600 Fredrikstad. Distriktslege A. Dehl, 1870 Ørje. Dr. J. Fauske, 1600 Fredrikstad. Dr E. Fuglum, 1500 Moss. Dr. T. Hanch-Hansen, 1800 Askim. Distriktslege T. Lamberg, 1662 Rolvsøy. Distriktslege K. Lindholm, 1827 Hobøl. Distriktslege G. Lundebø, 1850 Mysen. Dr. B. Lyche Sæther, 1740 Børgen-haugen. Dr. T. Moksnes, 1712 Valaskjold. Dr. K. Rhode-Moe, 1650 Sellebakk. Distriktslege B. Schulstad, 1580 Rygge. Distriktslege B. Størsrud, 1650 Sellebakk. Distriktslege Ø. Svenning, 1820 Spydeberg. Dr. C. Ulstad, 1750 Halden. Distriktslege E. Wiig, 1860 Trøgstad. Dr. K.E. Woldseth, 1750 Halden

Kontakten bestemmer konsultasjonens lengde:

den enkelte lege?

Pasienten er i almenhelsetjenesten i Østfold.

De eldre pasientene vil sannsynligvis trenge lengre tid hos almenlegen både fordi sykdomspanoramaet er mer komplekst og inneholder flere diagnoser og terapimuligheter enn hos resten av befolkningen, men også fordi personen er eldre og trenger lenger tid til vanlig kommunikasjon.

Teoretisk vil tidsbruken være avhengig av flere faktorer. For legene vil det være betinget av avlønningsmåte (fast lønn eller stykkpris), organisering av praksis (hvor lang tid settes ordinært av for hver pasient?) og av den enkelte leges stil.

Pasientens behov vil også variere. Hypotesen er at konsultasjonens lengde vil øke med pasientens alder og med antall diagnoser. Dessuten vil enkelte sykdommer kreve mer tid enn andre.

Metode og materiale

I alt 17 av 20 primærleger i Østfold som ble forespurt, sa seg villig til å delta i denne multi-praksisundersøkelsen. De ble identifisert med et nummer slik at anonymiteten ble ivaretatt. Konsultasjonens lengde ble registrert i hele minutt, dvs. 14,5 minutter ble regnet som 14 minutter og ikke forhøyet til 15 minutter. Dette gir en liten bias av svarene slik at den reelle tidsbruk kan være noe høyere enn resultatene viser. Sannsynligvis vil dette oppveies av tendensen til å forhøye tiden som regi-

streres når den er i nærheten av et helt minutt.

Hver lege fikk tilsendt 100 pasienteskjemaer som skulle utfylles fortløpende i løpet av våren 1984. Det var ingen tidsfrist, slik at noen leger brukte kort tid, mens andre leger først sendte inn skjemaene etter purring. Materialet består av 1 412 konsultasjoner, hvorav 25 ikke var utfylt for tidsbruken.

Et viktig spørsmål er om tidsbruken til disse 17 legene er representativt for almenlegetjenesten i Østfold. Dette kan ikke besvares med sikkerhet. Et av kriteriene for å være med var minst fem års erfaring i almenhelsetjenesten i samme praksis. Utvalget bør derfor være representativt for tidsbruken til erfarte og etablerte primærleger. Alle legene praktiserte etter stykkprissystemet, og ca. halvparten var distriktsleger.

RESULTATER

Betydning av pasientens alder

Den gjennomsnittlige tid for en konsultasjon var 13,8 minutter, (fig. 1) (tab 1). Dette omfattet tiden som pasienten var i direkte kontakt med legen og er derfor en minimumstid. Tabell 1 viser at den gjennomsnittlige tidsbruk synes å øke noe med pasientens alder. Gjennomsnittstallet for aldersgruppen 90 år og eldre er usikker pga kun seks konsultasjoner, og reduksjonen av den gjennomsnittlige tidsbruk for den aller eldste aldersgruppen kan derfor skyldes tilfeldigheter. Forskjellen mellom aldersgruppene er relativt liten, og forskjellen mellom høyeste gjennomsnitt (80-89 år) og laveste (70-74 år) var på 3,9 minutter.

Betydning av antall diagnoser

Tabell 2 viser at tidsbruket øker når antall diagnoser øker. Forskjellen mellom én og to diagnoser og mellom to og tre diagnoser er nesten den samme, ca. 2 minutter. Tabell 2 dokumenterer at pasienter med flere diagnoser krevde mer tid, og at pasienter med svært mange diagnoser brukte over 20 minutter pr. konsultasjon i gjennomsnitt. Av tabell 2 ser en også at 0 diagnoser, dvs. helseattester o.l., krevde lengre tid enn de fleste syketilfellene.

Separat effekt av alder og antall diagnoser

Tabell 1 og 2 viser at konsultasjonens lengde øker både med økende alder og økende antall diagnoser. Figur 2 viser at alder og antall diagnoser hadde en egen og uavhengig virkning på tidsbruket når pasientene kom på kontoret pga sykdommer. Forskjellen mellom aldersgruppene ser ut til å inntre sprangvis med 75 år og 85 år som skillelinjer. Den selvstendige betydning av antall diagnoser oppheves når antallet blir mer enn tre. ▶

Betydning av sykdomsgruppe

Tabell 3 viser gjennomsnittlig tidsbruk for en del vanlige diagnoser og sykdomsgrupper. Kortest varighet ble registrert ved diagnosen anemia perniciosa. Dette er oftest kontrollpasienter som får sine B12-injeksjoner.

Det var også korte konsultasjoner for hypertonipasienter som kom til blodtrykkskontroll, og gjennomsnittskonsultasjonen varte 12,0 minutter.

Lengst tid brukte legene på pasienter med nervøse lidelser, og dette passer med bildet av de psykiatriske pasientene som "tunge" og tidkrevende. Tidsbruket var likevel bare 2,5 minutter høyere enn gjennomsnittet. Andre diagnoser som krevede lengre tid, var maligne tumores og muskel- og skjelettsykdommer.

Konsultasjonstype gav overraskende lite utslag i tidsbruk. Planlagte kontroller tok kortest tid med 13,3 minutter i gjennomsnitt. Dette var bare 0,8 minutter kortere enn for nye sykdomsepisoder. Lengre tid brukte legene på kontroller før avtalt tid med 14,5 minutter. I dette materialet hadde nesten 70% av pasientene brukt legen mer enn fem år, og bare 3,3 % av pasientene var nye eller ukjente for legen. Dette har sannsynligvis stor betydning for tidsbrukken, idet det var kjente pasienter som kom for nye sykdomsepisoder.

Forskjeller mellom legene

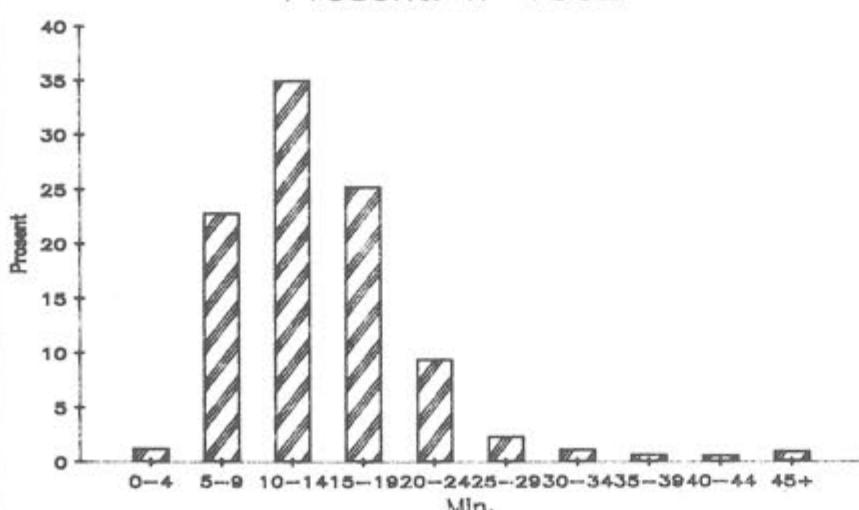
Oftest har primarlegene en individuell stil som preger praksisen, både når det gjelder arbeidsform og tidsbruk. Tabell 4 viser den gjennomsnittlige tidsbruk pr. konsultasjon og det tilhørende standardavvik. Den gjennomsnittlige tidsbruk var 13,8 minutter, mens medianen var 13,0 minutter.

Diskusjon

Det er gjort meget få studier av tidsbrukten i norsk primærhelsetjeneste. Denne undersøkelsen tar for seg den tiden som eldre pasienter er i direkte kontakt med legen under konsultasjonen på kontoret. Dette er nettotid. I tillegg vil legen bruke tid til å administrere sin praksis, bruke telefon, skrive søkerader osv. Ved Rutles undersøkelse var den gjennomsnittlige brutto tidsbruk pr. konsultasjon 22 minutter (1). Det ble imidlertid brukt en indirekte metode for å komme fram til dette resultatet. (forts.)

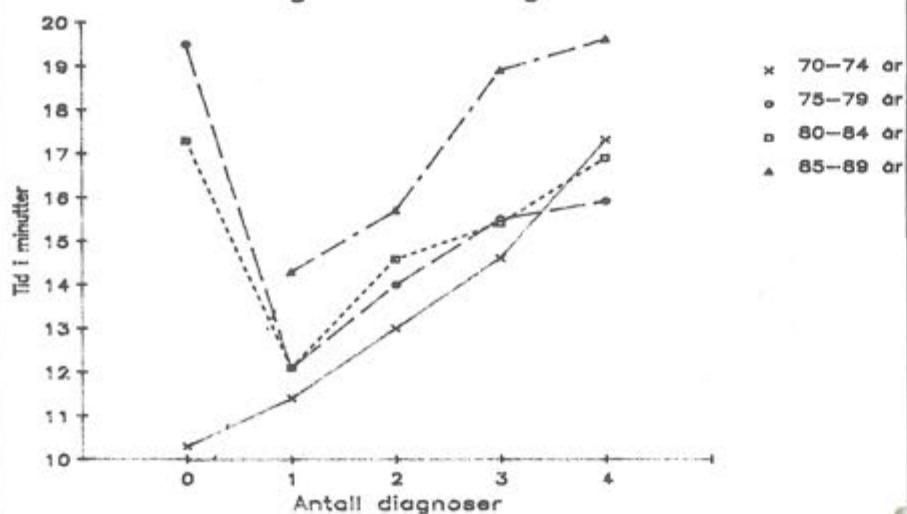
Figur 1

Fordeling av tidsbruk for kontorkonsultasjoner.
Prosent. n=1352

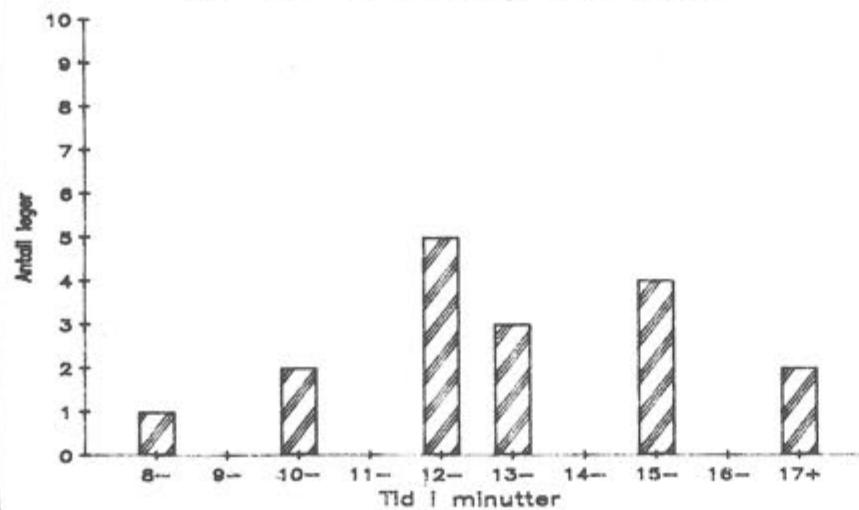


Figur 2

Konsultasjonens varighet avhengig av aldersgruppe og antall diagnoser



Figur 3 Gjennomsnittlig forbruk av tid pr. konsultasjon for de 17 deltagende leger

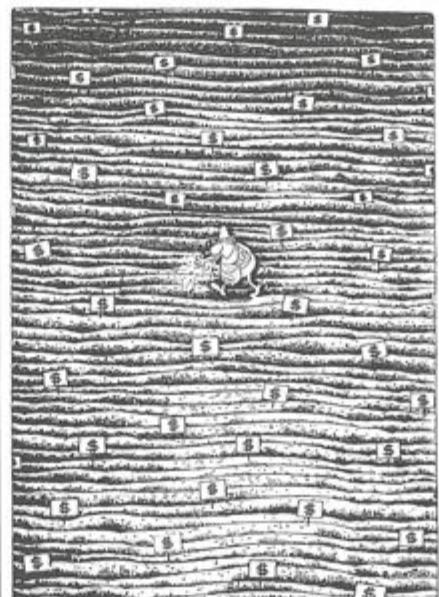


Aaraas fant at den gjennomsnittlige brutto konsultasjonstid var 15,5 minutter ved et helse- og sosialsenter i Tromsø (2). Ved Øgars undersøkelse var gjennomsnittlig tidsbruk pr. konsultasjon 15 minutter (3). Det var økende tidsbruk med alder, slik at den eldste gruppen i hans undersøkelse (60 år og eldre) krevde mest tid. Standardavviket var 10 minutter, og dette er betydelig høyere enn ved denne undersøkelsen. Øgar fant også at det var liten forskjell på tidsbruken for ulike diagnosser, men psykiatriske diagnosser krevde mest tid.

Denne undersøkelsen er rent deskriptiv og sier intet om hva som er optimal tidsbruk i primærhelsetjenesten. Konsultasjonens varighet er viktig og betyr mye for kvaliteten i helsetilbuddet. Det er viktig at legen spør seg selv om det var god nok tid, men like viktig er det at pasientene får mulighet til å si noe om dette. På denne måten kan studier av tidsbruket være en metode til å heve kvaliteten i primærhelsetjenesten ■■■

Litteratur:

1. Rutle O. Primærlegen ut av skyggen - analyse av situasjonen i dag, tanker om morgendagen. Oslo: NAVFs Gruppe for helsesteforskning. Rapport nr. 1-1981.
2. Aaraas I. Organisering av almenpraksis ved et integrert helse- og sosialsenter. Evaluering av et timeavtalesystem. Tidsskr. Nor Lægeforen 1980;100: 1362-5.
3. Øgar B. Pasienter i norsk almenpraksis. Oslo: Universitetsforlaget, 1977.



Tabell 1 Aldersfordelt tidsbruk ved kontorkonsultasjoner

n=1 412 (Ubesvart = 27)

Aldersgruppe (år)	n	Gjennomsnittlig tidsbruk for direkte pasientkontakt (minutter)
70 - 74	632	13,1
75 - 79	440	14,4
80 - 84	234	14,9
85 - 89	73	17,0
90 +	6	14,8
Totalt	1 385	13,8

Tabell 2 Forholdet mellom antall diagnosser og gjennomsnittlig tidsbruk pr. konsultasjon. n=1 412 (Ubesvart = 25)

antall diagnosser	Gjennomsnittlig tidsbruk for direkte pasientkontakt (minutter)
0	19,1
1	11,9
2	13,7
3	15,5
4	16,9
5	17,5
6+	22,8
Totalt	13,8

Tabell 3 Gjennomsnittlig tidsbruk pr. konsultasjon for viktige hoveddiagnosser

Diagnoser/type konsultasjon	Gjennomsnittlig tidsbruk (minutter)
Nervesykdommer	16,3
Maligne tumores	15,2
Muskel/skjelettsykdommer	15,2
Angina pectoris	14,8
Insuff. cordis	14,6
Rheumatoid artritt	13,2
Urinveisinfeksjon	12,6
Hypertoni	12,0 forteg.D

Forts. av tab. 5

Diagnoser/type konsultasjon	Gjennomsnittlig tidsbruk (minutter)
Perniciøs anemi	9,8
Nye sykdomsepisoder	14,1
Kontroller før avtalt tid	14,5
Planlagte kontroller	13,3

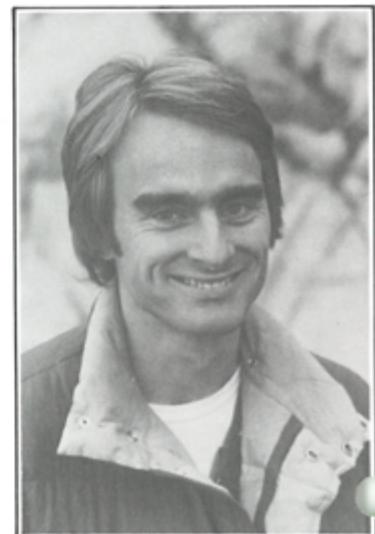
Tabell 4 Gjennomsnittlig tidsbruk pr. konsultasjon og standardavvik for 17 leger. n = 1 412. (Ubesvart = 25)

Lege	Antall konsultasjoner	Gjennomsnittlig tidsbruk pr. konsultasjon (minutter)	Standardavvik (minutter)
A	92	8,8	2,8
B	58	10,2	5,0
C	46	10,3	4,3
D	99	12,1	6,9
E	97	12,1	4,4
F	99	12,2	5,2
G	77	12,5	5,1
H	85	12,8	4,3
I	92	13,0	4,1
J	99	13,4	6,1
K	97	13,4	5,0
L	73	15,3	3,8
M	96	15,4	3,0
N	75	15,8	4,0
O	85	15,8	4,5
P	18	20,3	7,3
Q	96	24,1	14,0
Alle	1 387	13,8	6,8

Hårek



Erik Ekker Solberg
Cand. med. -79, Oslo.
Adresse: Diakonhjemmets sykehus i Oslo. Leder av ACEM.



Tord Østberg
Stud. med. Redaktør av ACEM's radio/TV-helsemagasin.



Helse i nækringkastingen?

Nye media - utfordringer for helsepersonell

■ 16 desember 1981 ble de første konsesjoner gitt for nækringkasting i Norge. Den videre utviklingen har nærmest vært eksplosiv. I 1985 hadde for eksempel nækringkastningen åtte ganger mer sendetid enn det statlige NRK som koster oss alle en milliard kroner i året i avgifter 1). Det er også nu startet lokal TV. Det er åpenbart at denne nye anledningen til kommunikasjon i Norge i et så stort omfang kan få vidtrekkende kulturelle konsekvenser. Nærkingkastning åpner for nye muligheter i samfunnsliv.

publikum enn en tradisjonell legerolle gir rom for.

2. KOMMUNIKASJON - MEN HVORDAN?

2a Lege - pasient

Lege-pasient forholdet er, og vil bli, en klassisk kommunikasjonsform. Denne type relasjon er, særlig i de senere årene, blitt analysert grundig for å bedre kvaliteten på en svært viktig del av legearbeidet. Man har innført et nytt fag i medisinstudiet, adferdsfag, med dette for øyet.

Hittil har det imidlertid ikke vært drøftet særlig blant helsepersonell hvordan vi kan nyttiggjøre oss de nye media. 2) Denne artikkelen forsøker trekke noen perspektiver og beskriver ett års erfaringer med et ukentlig helsemagasin på ACEM nækringkastning.

1. FRA REPARATØR TIL INFORMATOR

Legerollen har vært i fokus i de siste årene. Legen diagnostiserer og behandler. Men alternative roller og arbeidsfelter har etterhvert begynt å avtegne seg. Kravet til informasjon og opplysning fra legen har kommet sterkere til uttrykk. Kravet er også tydelig rettet mot at legen må kunne kommunisere godt og ikke minst likeverdig til pasienten. Man kan se markedets "svar" til kravene i for eksempel den vekt ukebladene legger på de medisinske spaltene, eller de stadig nye populær-medisinske tidsskriftene som kommer. 3) Her burde det være plass for å engasjere medisinsk kvalifisert personell. Helseinformasjon som vekker publikums interesse og bidrar til å skolere deres medisinske forståelse kan være en effektiv profylakse. Nærkingkasting kan være en nyskapning som åpner for legen som informator i kontakt med et langt større

2b Grupper

Kanskje særlig ved de såkalte livsstilsykdommene 4) og innen felter av psykologien, ser det ut til at man har bra resultater med å behandle pasienter i grupper. En fordel med gruppebehandling er åpenbar - man når flere. Man kan også dra nytte av støtte og motivasjon i gruppen i behandlingsøyemed. Hittil er det få helsearbeidere som har utdannet seg til å forholde seg profesjonelt til grupper.

2c Media

Lege-pasient og gruppe-relasjonene gir begge muligheter for direkte dialog og er grupper eller en dyade i psykologisk forstand. I media forholder det seg annerledes. Man forholder seg til en stor gruppe, men ikke direkte dialog. Muligheten til å informere og påvirke mange er stor. ▶



Mediet stiller oss overfor nye utfordringer. Vi vet vel egentlig ikke så mye om hvordan vi skal opptre og hvordan helseprogrammer blir mottatt. Men forskning om dette begynner å komme. Blant annet ser det ut til at frivillige organisasjoner er interessert i å støtte slikt arbeid 5).

3. MEDIA OG HELSEARBEIDEREN - informasjon før kritikk?

Fugelli 6) har vært opptatt av at media må være kritiske til helsevesenet. Få har derimot beskrevet hvordan helsearbeideren bør bruke media. Hvilke muligheter gir media?

Det er forbausende hvor lite media har vært kritisert i Norge, men selv har hatt retten til å kritisere. Et teaterstykke anmeldes, mens en så viktig norsk opinionsdanner som Dagsrevyen nesten ikke underlegges kritisk analyse? En kritisk holdning er en nødvendig, men ikke en tilstrekkelig forutsetning for å øvre konstruktiv kritikk. Medias informasjonsevne i helsespørsmål vil naturligvis avhenge av informasjonsnivå og kildetilgang. Derfor er det naturlig å trekke profesjonelle helsearbeidere tettere inn i et slikt arbeid. Det er ikke lenger tilstrekkelig å snakke om hvordan media bør dekke helsevesenet. Vi må også studere hvordan helsevesenet kan bruke media - til publikums beste. Vi finner grunn til å glede oss over Legeforeningens anbefalinger i så måte.

Det er viktig med kritisk presse, også til helsevesenet. Men like viktig er det at media informerer grundig, baserer seg på faglig tyngde, bruker de autoriteter som et lite land som Norge har, - i stedet for stor grad å la seg styre av kravet til sensasjon og nyhetsdramatikk. I et mediasamfunn står helsepersonell overfor en utfordring til å skape kvalitet i medias helsedekning.

4. FAGFOLK SOM JOURNALISTER

En av hovedinnvendingene mot nærringkastning fra profesjonelle journalister, var at journalistikk er et fag som ikke hvem som helst bør gi seg i kast med uten kvalifikasjoner. Vår erfaring med nærringkastning, er at mange "ikke-profesjonelle" med hell kan delta. Dette åpner for at fagfolk på ulike områder kan bidra. Antagelig representerer en slik fag-journalistikk et betydelig

supplement til mindre spesialisert mediaproduksjon. Fagfolk vil kunne trekke på et miljø de selv kjenner og unngå fallgruber andre lettere ville gå i. Etter en viss innkjøring synes det som om relativt mange utvikler en viss journalistisk teft for hva som er en god presentasjon. I utlandet er det hyppigere at fagfolk selv presenterer stoffet i media. Antagelig blir dette også vanligere i Norge. Redaktører av nye populærmedisinske tidsskrifter, synes for eksempel for en del å være hentet fra fagmiljø. Mer omfattende endringer vil nok også avhenge av medienes evne til å tilby attraktive arbeidsplasser for fagfolk. Nærkasting er et billig og enkelt medium å prøve ut slike modeller på.



5. HELSE I KRINGKASTNING - hittil

5a NRK

Babill Stray-Pedersen har i en prisoppgave 7) lagt frem analyser av hvordan helsespørsmål har vært representert på media i Norge. Hun har undersøkt radioens (P1) og TVs helsesendinger i 1983. TV sender helsesendinger i 2,3% av sendetiden, mens radioen sender 1,1%, forøvrig sammenfallende med svenske forhold. TV programmene har en overvekt av innslag om funksjonshemmning og rusmidler, mens generell medisin og eldreomsorg fikk bredest dekning på radio.

5b Nærkasting

Om helserepresentasjonen i nærringkastningen foreligger naturlig nok ikke slike tall, da man ennå befinner seg i en jomfruelig fase. Men allerede i Utposten, 1986, beskriver Øystein Winge et prosjekt i Stord 2). I tillegg til beskrivelsen av nærradiovirksomheten, er det interessant at han begrunner oppstarten av virksomheten med at "Lov om kommunehelsetjeneste" påbyr at det skal drives helseopplysning.

ACEMs prosjekt, som beskrives senere i artikkelen, har ingen påbud eller lovregler som motivasjon. Vi har hatt interesse av å drive frem et alternativt kultурelt tilbud som faller rimelig godt inn under vår virksomhet forøvrig. Ved dette eksempel ser man kanskje noen av nærringkastingens fortrinn: Mangfold i synspunkter og bakgrunn, som i heldige fall kan gi alternativ informasjon og økt kvalitet.

6. NÄRKRINGKASTNING OG PRIMÆRHELSETJENESTEN

Kan man bruke närringkastningen i primærhelsetjenesten? Tanken er perspektivrik. Etter er å nå de mange. For et sykehus med fastlagt regionsansvar eller for en kommunelege med et oppland han har ansvar for, må jo dette være forlokkende kanaler å kommunisere igjennom!

Man kan formidle sykdomsinformasjon, ideer om egenomsorg, gi forebyggende råd, presentere forskningsnytt, formidle informasjon om helserelaterte forhold i nærmiljøet, annonse helse-tjenester fra helseenteret, gi medikamentinformasjon, trimråd, bruke TVs muligheter til visuell instruksjon, ha distriktslegens time... Mulighetene er legio, avhengig av behov og ide.

Lytter og ser folk på närringkastingen? Winge 2) nevner at opptil 11% hadde lyttet til sendingene deres. Det var ikke kjønns- og aldersvridning. Halvparten av Oslos befolkning hører på nærradio i løpet av en uke 8). Lokalt kan man også annonse sendetider og etablere fast sendetid for å øke lytterskaren.

7. HELSEMAGASIN PÅ ACEM NÄRKRINGKASTING -erfaringer fra ett års virksamhet

ACEM er en av nærradioene i Oslo som startet opp ved nærradioenes begynnelse. Siden august 1985 har vi sendt, ikke bare sporadisk som tidligere, helsemagasinet "Appendix" halvannen time på fast ukentlig sendetid. ACEM TV, en del av TV Oslo, har siden starten i februar 1986 sendt en times helsemagasin ca. hver fjortende dag.

Bak programmene står en gruppe helsearbeidere, leger, fysioterapeuter, psykologer, sykepleiere og en sosionom som har arbeidet for ACEM närringkastning på ulønnnet basis.

Frem til juni 1986 er det sendt 30 originalsendinger på radio, hver med 3-5 innslag, og 7 sendinger på TV, også med 3-5 innslag i hver sending*). Programoversikt fås ved henvendelse.

Innslagene har variert betydelig, fra sykdomsinformasjon til livsstilsråd, avspenningsinformasjon, medikamentspalte, idrettsinnslag, helsepolitiske debatter, beskrivelse av organisasjons innsats i helsearbeid Vi har

forsøkt å være informative og aktuelle, både til den pågående helsepolitiske debatten og til årstidens helseplager. Allergiprogrammer har vært sendt om våren, skiskadeforebyggelse før sneens ankomst, fjellråd før påske. Vi har lagt spesiell vekt på informasjon om egenomsorg.

De aller fleste innslagene har vært sendt direkte. Intervjuformen har vært mye brukt, både direkte i studio og på telefon. Vi har sendt utdrag av debatter og forelesninger, med kommentarer, også med utenlandske forelesere. Vårt magasin har stort sett intervjuet anerkjente medisinske autoriteter. Vi har vært forsiktige med pasientintervjuer. Sendingene er forsøkt å være lyttervennlige, uten at vi har vært redd for "det talte ord". Enkelte innslag har vart opptil tretti minutter. Sendingene er presentert både som tema-sendinger og som en samling av enkeltinnslag. Vi har forsøkt å unngå "Kjappradioenes" fallbrube: overfladiske sendinger og stereotypi, forsøkt å få frem grundighet og seriøsitet uten å miste humor og inspirasjon.

Egne teknikere, også de på frivillig basis, har kjørt sendingene fra et lite studio i Oslo.

8. HVA SKJER VIDERE?

Vil helsepersonell bruke media mer i sitt arbeid? Det avhenger vel av interesse, utprøvninger og de erfaringer man hører. Man er også avhengig av politisk tilrettelegging og økonomiske forhold. Det er interessant å se hvor mye billigere närringkastningene sender enn NRK, med i denne sammenheng, et enormt budsjett. Det neste må vel også bli at närringkastningen blir landsdekkende. Som Gjems-Onstad skriver: "Snart kan utenlandske stasjoner nå hele Norge. Hvilken kulturelle logikk tilskir at nordmenn over hele dette vidstrakte landet ikke skal kunne henvende seg til hverandre over eteren?" 1)

Stray-Pedersen 7) har gitt en statistisk analyse av hvordan helsespørsmål har vært represertert i media. Men det foreligger lite tenkning om hva man kan oppnå, hvordan man skal satse og hvilken profil man skal velge ved slike helseprogrammer. Med de muligheter media byr på, vil det forbause om ikke närringkastning må vurderes adskillig grundigere av ansvarlige i helsevesenet i tiden fremover ■

Ref.:

- 1) Gjems-Onstad O. Kulturkamp i eteren. Närringkastning og demokratisering. Dyade, nr. 4-5, 1985, s. 6 og s. 90
- 2) Winge Ø. Nærradio - et spennende medium for helseopplysingen. Utposten, 1986, nr. 3, årg. 15:77-8
- 3) Bl.a. "Medisin for alle", "Illustrert Vitenskap"
- 4) Bl.a. Grimsmo A. Helgesen G. Borchgrevink C. Short-term and long-term effect of lay group on weight reduction. Br Med J, 1981, 283, 1093-5
- 5) Feks. Karlsen E. Publikums reaksjoner på helseinformasjon (støttet av Nasjonalforeningen Det norske råd for hjerte- og karsykdommer)
- 6) Fugelli P. Hvorfor sover mediene? Nord Med, 100; 306-8
- 7) Stray-Pedersen, Babill. Massemedias rolle for spredning av informasjon innen helse og medisin. 1985, Kvinneklinikken, Aker sykehus.
- 8) ScanFact 1986, pers. med. S. Løvås.



Helsemesse

1986

Et samarbeidsprosjekt mellom privatpersoner og offentlig ansatte i et lokalsamfunn.

Gisle Roksund
Kommuneloge, Siljan

Inngress

Mange gode ideer unnfanges. En del aborteres, noen fødes etter kortere eller lengre svangerskap.

Vår helsesøster hadde i noen tid gått svanger med en ide om en helsemesse i bygda.

Storken hadde kommet fra Trondheim: Risvollan og helsemarked 1984. Fødselen ble planlagt til Siljandagen 1986, en festdag arrangert av den lokale skolemusikk, med musikk, drill, is, brus, auksjon, stolte foreldre, interesserte sambygdingar, og ellers alt som hører til.

Undertegnede ble tidlig tent på ideen. Senere ble også andre ansatte i helseetaten, dens samarbeidspartnere og lokale ressurspersoner av forskjellig slag involvert i arbeidet.

En vandring i helse

Etter noen tids samspill mellom deltakerne, kom den ferdige ide til å se slik ut:

Vi skulle lage en messe under mottoet "en vandring i helse", hvor vi ville forsøke å belyse følgende aspekter ved helse:

- hva er helse?
- hvordan er vår helse?
- hva kan vi gjøre for å påvirke den?

Den geografiske ramme ble en etasje i skolen, med auditorium, 4 klasserom, et grupperom og tilstøtende korridorpass.

Tilpasset dette fikk messa 3 seksjoner:

1. Samfunnsmedisinsk seksjon
2. Egenomsorgsseksjon
3. Helsetjeneste seksjon

Samfunnsmedisinsk seksjon

stod helsesøster og undertegnede for. Plansjer og plakater viste bl.a. forskjellige definisjoner av helse, de tre sykdomsbølger i vårt århundre, helseballen i miljømotbakken, og dødelighetsutviklingen i vårt århundre.

Publikum kunne på enkle plansjer se de enkelte risikofaktorers betydning for vår helse, samt beregnet gevinst i lokalsamfunnet ved eliminasjon av forskjellige risikofaktorer.

Helseetatens program for forebyggende helsearbeid ble presentert. Dessuten lå 3 årganger av helseetatens eget lille opplysningsblad "Siljanposten" fremme.

En av bygdas kjente tegnere var hyret for å designe plakater.

Egenomsorgsseksjon

Foret med data om folkehelse og de forskjellige risikofaktorers betydning, kunne publikum vandre gjennom 3 klasserom hvor de forskjellige aspekter ved egenomsorg ble nærmere belyst.

I "kostrommet" stod bygdas to husstellærere for en nydelig tilberedelse av sunn, norsk mat.

Den lokale baker, kolonialhander, meieriet og Gartnerhallen hadde forsyt messa med førsteklasses råvarer, og små og store koste seg med lekker kjeks, salat og annet snadder.

I "miljørommet" hadde det lokale bondelag fått ansvaret for å demonstrere sine medlemmers arbeidsmiljø, og en kollega ansvaret for røykeskaden. Her ble vist videofilm om røykeslutt.

Alkohol, ulykker og SAMproblemer var temaene i siste rom i denne seksjonen. En lokal ressursperson, sprudlende og med bestemte meninger, rigget opp den mest delikate alkoholstand en kunne ønske seg, og foran en gratis alkoholfri bardisk var det kontinuerlig et tørst og lydhørt publikum.

Familierådgivningskontoret hadde ansvaret for SAMproblemene, og nyttet ethvert høye til å kappe "kunder" fra bardisken.

Trygg Trafikk representerte det ulykkesforebyggende arbeid.

Helsetjenesteseksjon

Her var alle representert i tur og orden.: Kommunehelsetjenesten med legekontor, fysioterapeut og hjemmesykepleie. Næringsmiddelkontrollen representerte det miljørettede helsevernen. Videre deltok alders- og sykehjemmet, det lo-



kale apotek, tannhelsetjenesten, trygdekontoret, sosialkontoret og hjelpemiddelsentralen.

En kunne konstatere lange køer foran såvel blodtrykksapparatet som test-formen-sykken. Publikum fikk anledning til å se bakterier i mikroskopet, snakke bequerel med næringsmiddelkontrollen, teste alarmapparat hos hjemmesykepleien, foruten gjøre seg kjent med menneskene bak de ellers så høye skranker og lukkede dører.

Stor interesse

Helsemessa fikk en behørig forhåndsomtale i lokalpressa og distriktsradio, og var en av hovedattraksjonene ved årets Siljandag. Publikum møtte opp i rikelig monn; helsearbeidere fra nabokommuner viste og hyggelig interesse.

Folk tok seg god tid. De ruslet fram og tilbake, smakte litt ett sted, studerte en plakat et annet sted. Og pratet. Og lot til å hygge seg.

Oppsummeringsmøte

Vi samlet deltakerne til et oppsummeringsmøte 3 uker senere. Formålet var å takke for fortjenestefull innsats, å sette en spesiell ære på de privatpersoner som deltok av pur interesse og personlig engasjement, samt for å øve konstruktiv selvkritikk.

Dommen var overveldende: dette hadde vært moro og lærerikt.

Konklusjon

Skulle jeg oppsummere erfaringene, må det bli slik:

1. Helse er en god vare å selge.
2. Lokalsamfunnet er et godt forum for helseopplysning.
3. I lokalsamfunnet fins det flinke privatpersoner som offentlige etater med fordel kan dra nytte av.
4. Størst oppmerksomhet får de som lager den mest innbydende stand ELLER har et blodtrykksapparat og stetoskop å demonstrere bruken av. Det er et tankekors.
5. Å lage plakater er vanskelig. Gjør det med omhu.

Men framfor alt:

Å lage helsemesse er et takknemlig stykke arbeid. Ballen er kastet igjen. Hvem tar den opp? ■



«Saft eller Suppe?»

Norges første privatpraktiserende samfunnsmedisiner

■ Tekst og foto: Magne N.

Å drive privatpraksis som samfunnsmedisiner kan synes merkelig. Enda mer oppsiktsvekkende blir det når landets første i denne bransjen er Harald Siem, kjent som alt annet enn en talsmann for privat legepraksis. Ikke desto mindre, fra september 1986 har den tidligere Utpostredaktør, OLL-formann, helsebyråkrat, Lægeforeningskritiker m.m. faktisk etablert seg som privatpraktiserende samfunnsmedisiner med adresse: Mariesgate 6, Oslo 3. Riktig nok er virksomheten kombinert med halvdags stilling som førsteamanuensis ved Institutt for almenmedisin, men likevel. Å forlate Oslo Helseråd til fordel for privat virksomhet som samfunnsmedisiner er ikke nettopp hverdagskost.

- Hva betyr dette, Harald? Er det frustrasjon over det offentlige helsebyråkti, eller et nytt syn på privat legevirksomhet som har drevet deg til et slikt skritt?
- For det første er nok mitt syn på privat virksomhet i helsevesenet noe mer nyansert enn mange tror. Jeg tror vi har mye å lære av det private marked, ikke minst i det å "tekkes" våre kunder. En del av det offentlige system er rigid, vanskelig å styre, vanskelig å lede og mangler mye av den smidighet som finnes i det private næringsliv. Jeg er altså ingen prinsipiell motstander av private helsestjenester, og jeg tror ikke på et offentlig monopol.

Når det er sagt, må det tilføyes at jeg opplever den aktiviteten jeg nå bedriver også som et pusterom, og en mulighet for å realisere en idé jeg har hatt lenge.



«Harald Siem — Stilstudier»

- Hva gjør en privatpraktiserende samfunnsmedisiner?

- Jeg er konsulent for en rekke oppdragsgivere. Mine "pasienter" er kommuner, offentlige organer og organisasjoner som trenger råd og veiledning i spørsmål av samfunnsmedisinsk karakter. Jeg har påtatt meg en god del undervisning, og ikke minst skriver jeg på en rekke prosjekter, f.eks. praksisveileder for spesialiteten samfunnsmedisin.

- Betyr det at en kommune som har behov for hjelp med sin helseplan kan henvende seg til deg?

- I prinsippet ja, faktisk ville jeg like slike oppdrag særlig godt. Problemet er bare at jeg er fullbooket for lang tid, og ikke kan påta meg flere oppdrag.

- Er det altså et stort marked for slike tjenester?

- Ja, det ser slik ut. Hittil er mange oppdrag i helsevesenet blitt overlatt til organisasjonskonsulenter som ikke har hatt tilstrekkelig faglig innsikt. Med den utstrakte bruk av konsulenttjenester som i dag finner sted på alle samfunnsmråder, er det utvilsomt også behov for et tilbud om faglig funderte råd i en så stor sektor som helsevesenet. Det gjelder alt fra lederutvelgelse til vurdering av forskningsprosjekter.

Jeg tror framtida vil avdekke et økende behov for slike medisinske konsulenttjenester.

- Dessuten har vi hørt på radioen at du skal starte eget helseinformasjonsblad. Er det dette du skal leve av?

- Ingen kan leve av det de skriver her i landet. Hensikten med mitt blad, som forsøvrig heter Medisinsk informasjon, er å gi saklig helse-



Randi Grønli Design

For ytterligere opplysninger og Felleskatalog-tekst, kontakt:



The Wellcome Foundation Ltd

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

opplysing uavhengig av annonsører og andre interesser. Målgruppen er beslutningstagere og opinionsdannere i privat og offentlig virksomhet, og vi tar sikte på et månedlig nyhetsbrev på åtte sider i A4-format. Ideen er amerikansk, og første nummer foreligger allerede.

- Som en av grunnleggerne av Utposten først på 70-tallet kan vi knapt la være å be deg om en kommentar til dagens versjon av bladet.
- Utposten har vel utviklet seg omtrent som mine andre barn. Den er blitt selvstendig og på mange måter dyktigere enn meg selv. Jeg synes Utposten er blitt et godt og variert blad som har kommet gjennom puberteten uten altfor store vanskeligheter. Nå må vi regne Utposten som voksen, og som et av de viktige organer i norsk helsepolitiske debatt. Det skal bli spennende å følge bladet også i de kommende år.
- Hva med din egen framtid, Harald? Det er fristende å gjette på at din privatpraktiserende karriere blir relativt kort, og at vi snart igjen ser deg i mer sentrale posisjoner i norsk helsevesen?
- Den gjetningen er kanskje ikke så dum. Sannheten er vel at jeg allerede nå ser slutten på denne virksomheten, ihvertfall i dagens form. Overfor Utposten kan jeg faktisk også røpe at fra 1987 blir mitt nye tilholdssted Norsk Arbeidsgiverforening, men hvilke oppgaver og utfordringer som venter der får vi heller komme tilbake til ved en senere anledning■



Samfunnsmedisinske konsulenttjenester:
Planlegging, utvikling, omorganisering og
profiling i helseinstitusjoner. Undervisning
og oppfølging. Medisinske manuskripter:
norsk, engelsk, tysk og fransk

Harald Siem Harald Siem - MD, MPH
Mariensgt. 6, 0368 OSLO 3
Telefon: (02) 69 88 70
Privat: (02) 14 17 08
Bankgiro: 1730.17.24918

"Slik presenterer en praktiserende samfunnsmedisiner seg"

Norsk Selskap for A

NAVF's program for forskning i almenpraksis

For norsk almenmedisin har det skjedd et viktig og gledelig gjennombrudd i og med at NAVF har vedtatt et program (foreløpig for 4 1/2 år) for å styrke forskning i almenpraksis.

Forskning er en viktig del av vår fagutvikling og et nødvendig fundament for mye av den undervisning og kursvirksomhet som foregår. Det har vært en økt forskningsaktivitet i norsk almenpraksis de siste 10-20 år, men ressursene har vært begrenset og mye av aktiviteten har vært basert på entusiasme.

Med sitt program vil NAVF styrke forskningssiden ved de almenmedisinske/samfunnsmedisinske instituttene og bidra til å høyne forskningskompetansen innen det almenmedisinske fagområdet.

Det er tilsatt to forskningsveiledere/koordinatorer i heltidstilling, Even Lærum og Dag Bruusgaard, tilknyttet henholdsvis Institutt for almenmedisin i Bergen og Institutt for almenmedisin i Oslo. Vi vil prøve å få igang almenmedisinsk forskning, tilby veiledning, særlig for større prosjekter, og organisere et forskerutdanningsprogram for almenpraktikere med spesiell forskningsinteresse. Hoveddelen av dette utdanningsprogram vil være en flerårig kursserie med to forskningskurs i året.

Denne viktige begivenhet i norsk almenmedisin vil bli markert med et åpningsmøte 17. november og et påfølgende første forskningskurs 18. og 19. november i Oslo. De som er interessert i nærmere opplysninger om NAVF's almenmedisinske forskningsprogram kan henvende seg til Dag Bruusgaard eller Even Lærum.

Referat fra

NSAM's årsmøte

16.-18. oktober

Årsmøtet

Årsmøtet i Ålesund var som helhet en bekreftelse på den fremdrift som, trass i "trange kår", ligger i Selskap for Almenmedisin. Det at formennene i NSAM, APLF og OLL for første gang var samlet er ett eksempel på det.

Refleksjonene et menig medlem gjør seg etter møtet dreier seg først og fremst om diskrepansen mellom det viktige arbeidet Selskapet gjør for faglig utvikling av almenmedisinen, og medlemsoppslutningen.

Riktignok er medlemstallet gradvis økende, men DET GÅR IKKE AN at selskapet bare har vel 600 medlemmer, hvorav bare halvparten har betalt kontingenent til nå i år.

NSAM har siden stiftelsen i -83 satt i gang en mengde viktige tiltak for utviklingen av faget almenmedisin som i største grad er med på å bevisstgjøre og skolere oss som almenmedisinere. Denne prosessen burde vi være mer enn opptatt av å støtte opp om. Jeg synes det er riktig å spanne plass til en opplisting:

Publikasjoner av spesifikt almenmedisinske bøker, gjennom Almenpraktikerbiblioteket, kjent for alle.

Arbeider nå med en hefteserie, for tema av størrelse mellom artikkel og bok, i første omgang om diabetes i almenpraksis.

Internasjonale forbindelser, gjennom representanter i internasjonale almenpraktikerorganisasjoner, arrangement av fellesreise til bl. a. Woncakongressen, m.m.

Seminarer og kurs, f.eks. Kongsvoll-seminarene og det faglige innholdet i forbindelse med årsmøtene.

Det foreligger om kort tid en video om konsultasjonen i almenpraksis, produsert i samarbeid med Pedagogisk avdeling i lægeforeningen.

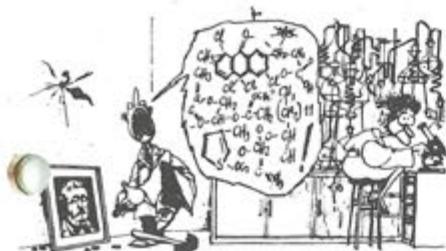
En rekke underutvalg (i tillegg til publiseringsutvalget), som arbeider med følgende tema ut

fra almenmedisinsk synsvinkel:

- Forskning
- Selvevaluering
- Journalføring
- Kreft
- Kommunikasjon

En rekke referansegrupper for fagutvikling som holder seg orientert i sine fagfelt og utgjør ressursgrupper man kan henvende seg til, evt. driver eller setter i gang forskning, lager oversiktsartikler og handlingsprogram. For følgende fagområder er referansegrupper etablert, med respektive kontaktpersoner:

- Diabetes
(Kristian Midthjell)
- Hjerte-karsykdommer
(Jostein Holmen)
- Helseopplysning
(Helge Worren)
- Klinisk sexologi
(Kjell-Olav Svendsen)
- Svangerskapsomsorg
(Reidun Førde)
- Somatoforme tilstander
(Pål Hartvig)
- Skolelegetjenesten
(Anders Grimsmo)
- Helsestasjonstjenesten
(Frode Heian)
- Trygdemedisin
(Gunnar Tellnes)
- Urinveissykdommer
(Even Lærum)
- Klinisk kjemi i almenpraksis
(Kjell Johansen)
- Diagnostikk/beslutningsteori
(Svein Bratland)
- og flere kommer til. ►



Nyhet ved angina pectoris

**Nytt, effektivt
nitropreparat
med langtids-
virkning
og dosering
2 ganger
daglig**



1. Enkel dosering:

Normalt 20 mg 2 ganger daglig.

12 timers virketid

– en fordel også ved nattangina^{6, 12}

2. Eneste perorale

langtidsvirkende nitrat
med 100% biotilgjengelighet.
Dette betyr enkel
innstilling av pasienter.³

3. Ingen toleranseutvikling påvist ved anbefalt dosering.^{8, 12}

4. Dosering uavhengig av lever-/nyrefunksjonen.^{9, 10, 11}

5. Lav bivirkningsfrekvens⁴

ISMO kombinerer god effekt
med enkel dosering
– en forutsetning for
god "patient compliance."



ORGANON A.S.
Boks 325, 1371 Asker,
Tlf. (02) 78 43 65

ISMO «Boehringer Mannheim»

T Nitropreparat Indeks: C01DA14

TABLETTER 20 mg: Hver tablet
inneh.: Isosorbid-5-mononitrat 20 mg
const.q.s.

EGENSKAPER: Langtidsvirkende
(ca. 12 timer) nitropreparat med
virkning på brystsmerter forårsaket av
koronar hjertesykdom. Anatt virke-
mekanisme: Tonusnedsettende
effekt hovedsakelig i venøse kapa-
sitanskar. Dette fører til redusert venes
tilbakestrømning og derved nedsatt
fylningstrykk (preload) i hjertet.

Hjertets arbeid minskes, dermed
bedres eksisterende misforhold
mellan hjertets oksygenbehov og -til-
førsel, og anginøse smertær reduseres
eller forsvinner. **Absorpsjon:** Tilnær-
met fullstendig, maks. plasmakon-
sentrasjon etter ca. 1 time.
Biotilgjengelighet: 100%. Halverings-
tid: 4–5 timer. **Metabolisme:** I lever ved
denitriering og glukuronidering.
Utskillelse: Hovedsakelig i urin som
metabolitter.

INDIKASJONER: Profylaktisk mot
angina pectoris.

KONTRAINDIKASJONER:
Nitratintoleranse. Alvorlig hypoten-
sjon, sjokk, økt intrakraniell trykk.

BIVIRKNINGER: Forbigående hode-
pine, "flushing," hypotensjon, svim-
melhet, takykardi og brekninger.

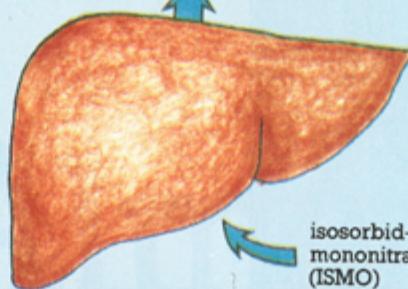
FORSIKTIGHETSREGLER: Ved
akutt hjerteinfarkt bør ISMO kun
brukes under streng medisinsk
kontroll. Forsiktighet utvises hos
pasienter med aorta klafffeil,
hypotensjon, akutt koronar okklusjon
eller akutt koronar insuffisjens med
blodtryksfall. En mulig effekt på
intraokulært trykk tilsier forsiktighet

ved trangvinklet glaukom. Kan
potensiere effekten av antihyper-
tensiva oggi utlisikte hypotensjon ved
kombinasjon med alkohol. Sepone-
ring av høye doser bør skje langsomt.
Mulighet for toleranseutvikling.

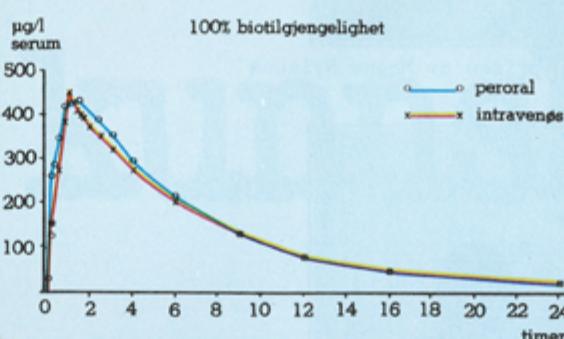
INTERAKSJONER: Alkohols effekt
på reaksjonstiden kan potensieres.
Se Interaksjonstabellen i Felleskata-
log 1986. (I: 65e)

OVERDOSERING/FORGIFTNING:
Ved overproduksjon av methemoglo-
bin som følge av overdosing: Intra-
venes tilførsel av ascorbinsyre eller
metylenblåtoppløsning. Oksygentil-

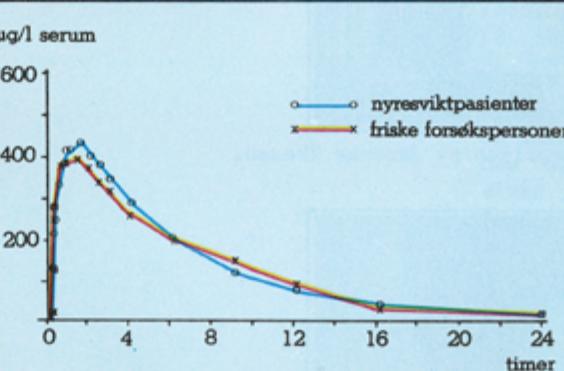
isosorbid-5-mononitrat (ISMO)



Ingen "first pass"-effekt og lang halveringstid gir enkel dosering³



Eneste langtidsvirkeende nitrat med 100% biotilgjengelighet. Dette betyr enkel innstilling av pasienter³.



ISMO – Normaldosing også ved nyresvikt^{9,10} og nedsatt leverfunksjon¹¹.



Enkel dosering – Normalt 20 mg (1 tablet) 2 ganger daglig^{6,12}.

først. Forevig vanlig generell behandling. Se kapitlet om Behandling av akute giftigninger i Felleskatalog 1986. (F: 73)

DOSERING: Individuell. Vanligvis 1-2 tabletter 2 ganger daglig. Ved oppstart av behandling anbefales at dosen trappes gradvis opp for å redusere forekomst av hodepine: Initialt ½ tablet 2 ganger daglig. Tabletene kan deles, men ikke knuses. Ved akutte anfall kan et sublingualt preparat benyttes.

PAKNINGER OG PRISER: Tablett 100 stk. enpac kr. 223,40 T:12

Så ta deg sammen, kollega! Ta spranget og støtt selskapet med i hvert fall ditt medlemskap (kr. 250,- årlig).

VI TRENGER NSAM!

Den faglige delen

inneholdt flere kontroversielle emner som fikk livlige diskusjoner i gang.

Til minisymposiet om MIKROBEOLOGI var det meldt et par forfall, og det er spennende at forsamlingen huser kolleger som på øyeblikks varsel kan reise seg og holde et avansert innlegg om sykliske variasjoner i bakteriesamspillet (Carl-Fredrik Bassoe).

Tore Midtvedts budskap om at mikrobene oftere er med oss enn mot oss munnet ut i en oppfordring om i stor grad å holde fingrene fra fatet ved infektiøse sykdommer.

Neste dags symposium om INDIVIDUELL HELSEPROFIL avdekket på viktige forskjeller i synet på forebyggende helsearbeid.

Gordon Black fra Ohio, USA, presenterte på en humoristisk og overbevisende måte sitt databaserte system for å sette opp individuell helseprofil som grunnlag for tilpasset rådgivning.

Viktige helsebestemmede faktorer som f. eks. arbeidsmiljø var imidlertid helt uteatt.

Foredragene ved Sverre Langgård, Kristian Midthjell og Anders Grimsmo bragte raskt balanse i dette. Den nokså intense diskusjonen som fulgte avdekket flere uenigheter også innen "egne rekker".

Den almenmedisinske kunnskapsprøven er omtalt på s. 248.

Løvetannprisen og essayprisen

Festmiddagens høydepunkt var utdelingen av disse nyskapningene som begge holder frem i lyset tanker og personer det er verd å ta vare på.

Prisutdelingene skjedde (som sist) under orgier av veltalenhet der forsamlingen ble holdt på

Referanser:

3. Abshagen U et al. Eur J Clin Pharmacol 1981; 20: 269-75
4. Überbacher HJ et al. Pharmacotherapeutica 1983; 3: 331-41
6. Akhras F et al. Z Kardiol 1985; 74, Suppl. 4: 16-20
8. Jansen W et al. Med Welt 1982; 33: 1756-62
9. Kösters W et al. Med Welt 1981; 32: 521-23
10. Raus F et al. In Cohn JN, Rittinghausen R (eds). Mononitrates 1985: 78-85. Springer-Verlag, Berlin
11. Akpan W et al. In Cohn JN, Rittinghausen R (eds). Mononitrates 1985: 86-91. Springer-Verlag, Berlin
12. Rennhak U et al. In Cohn JN, Rittinghausen R (eds). Mononitrates 1985: 147-53. Springer-Verlag, Berlin

pinebenken lengst mulig, og stemningen steg raskt fra lett desertnivå til bristepunktet.

Vinnerne av ESSAYPRISEN og deres essays er kjent for leserne fra forrige nummer av Utposten (som ikke minst bidro til spenning i det minste i redaksjonen ved som vanlig å ankomme årsmøtet i siste liten).

Den populære vinner av LØVETANN-PRISEN var Per Schröder, for sin innsats som seiglivet og værhard, men stadig blomstrende almenpraktiker i Bodø fra begynnelsen av 60-årene.

Ikke å forglemme fikk May-Britt Mandt blomster av formannen for sin oppofrende innsats for selskapet, og Ola Lilleholt for det solide arbeidet med årsmøtet ■

Schröder H.



Tor Inge Romoren mottar Essayprisen av Magne Nylenna



Per Schröder mottar Løvetannprisen av Janecke Thesen.



Gordon Black setter opp din helseprofil



Sverre Langgård og Anders Grimsø: Hva er viktigst, røyk eller arbeidsmiljø?

Almenmedisinsk kunnskapsprøve

Ola Lilleholt og
Øystein Pedersen

For å oppnå medlemsskap i The Royal College of Medical Practitioners er det nødvendig å gå opp til en sammensatt kunnskapsprøve. Prøven omfatter både skriftlige og muntlige deler. I forbindelse med Norsk Selskap for Almenmedisin årsmøte i Ålesund, 16.-18. oktober ble de tilstedevarende utfordret til å prøve seg på en prøve som bestod av spørsmål som til dels er autentiske, dels er hentet fra en bok for kandidater som forbereder seg til opptaksprøven for RCGP. I denne utgaven av Utposten tar vi med de samme spørsmåla slik at leserne kan teste sine egen kunnskaper. Den som er sporty kan beregne seg ca. 60-90 minutter til besvarelsen. I svarkjemaet kan du sette x for de svaralternativa som du mener er riktig/sanne. I neste utgave av Utposten kommer svar på oppgavene samt forskjellige statistikker fra årsmøtet i Ålesund slik at en kan sammenligne sine egne prestasjoner med de 55 almenpraktikere som besvarte oppgaven der.

Tips: Ikke begynn med fintenkning: på mange måter er dette ikke bare en kunnskapsprøve men også en prøve på ditt kliniske skjenn.

1 HJERTEKARSYKDOMMER

1.1 Koronarsykdom

De følgende er uvanlige i forbindelse med brystsmerter som skyldes koronarsykdom:

- A: Opptrer etter større måltider
- B: Forverres ved dyp inspirasjon
- C: Letner når pasienten sitter foroverbøyd
- D: Lokaliseres under venstre mamma
- E: Forverres i kaldt vær

1.2 Risikofaktorer

Ved siden av hypertensjon ansees følgende å være risikofaktorer for cerebrovasculær sykdom

- A: Diabetes mellitus
- B: Anemi
- C: P-piller
- D: Alkoholisme
- E: Ischemisk hjertesykdom

1.3 Atrieflimmer

Følgende kan forårsake atrieflimmer

- A: Hyperthyreose
- B: Akutt hjerteinfarkt
- C: Angst
- D: Hjertekirurgi
- E: Ventrikkelseptumdefekt

2 LUNGESEYKDOMMER

2.1 Asthma

Ved asthma gjelder følgende

- A: Hudprøver er av liten betydning i utredning av sykdommen
- B: Effekt av bronchodilatorer er en pålitelig diagnostisk test
- C: Paradoks bevegelighet av costalbuene sees ikke ved obstruksjon i de store luftveiene
- D: Desensibilisering er en vik-



Ny kalsiumantagonist

Geangin®

verapamil

40% lavere pris enn Isoptin

Indikasjoner:

Hypertensjon,
angina pectoris og
supraventrikulære arytmier

Dosering ved hypertensjon

Startdose: 80–120 mg × 3–4

Vedlikeholdsdoze:

120–240 mg × 2

tig del av behandlinga
E: Na-cromoglycate ("Lomudal")
har ingen øyeblikkelig
bronchodilatorisk effekt

3 INFJEKSJONSSYKDOMMER

3.1 Syfilis

- A: Skyldes infeksjon med Treponema pertenue
- B: Inkubasjonstida er vanligvis 17-28 dager
- C: Primærsvaret er vanligvis ømt
- D: Det er vanlig med et makulo-papuløst exanthem i primærstadiet
- E: Serologiske tester er positive i sekundærstadiet

3.2 Herpes genitalis

- A: Er vanligvis forårsaket av samme virus som gir herpes labialis
- B: Er ofte recidiverende
- C: Overføres vanligvis ved seksuell kontakt
- D: Vil hele spontant i løpet av ca. 10 dager dersom forløpet er ukomplisert
- E: Bør behandles med penicillin dersom det oppstår sekundærinfeksjon

4 GASTROENTEROLOGI

4.1 Glutenfri diet

Hensikten med glutenfri diet er at pasienten skal unngå proteiner fra

- A: Havre
- B: Hvete
- C: Bygg
- D: Mais
- E: Rug

4.2 Gallesten

Gallesten kan ledsages av følgende manifestasjoner

- A: Obstruktiv icterus
- B: Akutt pankreatitt
- C: Hemolytisk icterus
- C: Ingen symptomer eller tegn
- E: Akutt abdomen

4.3 Crohn's sykdom (enteritis regionalis)

- A: Kan gi årsak til fistler
- B: Er karakterisert ved exacerbasjoner og remisjoner
- C: Kan gi årsak til stenosar i tynntarmen
- D: Opptrer bare i tynntarmen
- E: Kan forårsake steatorrhoe

GEANGIN "GEA"

Kalsiumantagonist

ATC-nr.: C02D E01

Innslakningsvært: 2,5 mg/ml, 1 ml inntak. Verapamil hydrochlorid 2,5 mg, natriumchlorid 8,5 mg, aqua ad inntak, ad 1 ml.

Tabletter: Hver tablet inneh. Verapamil hydrochlorid 40 mg, resp. 80 mg og 120 mg, corart. et color q.s. Fargestoff: Titandioxid. Egenskaper: Klassifisering: Kalsiumantagonist. Avlaster hjertets arbeid og senker perifer motstand. Effekt på supraventrikulære arterier. Virkningsmekanisme: Hemmer innstrømming av kalsiumioner i hjerntrommelskeller og glatt muskulatur i blodkar, virker ikke på skelettmuskulaturen. Totalt nedsættes hjertets arbeid og oxygenforbruket i muskler. Vasodilatasjon med nedsættelse av perifer karmotstand medfører økt vasko- og senking av blodtrykket. Negativ inotrop effekt er observert *in vitro* og i vivo. Studier i høye doser, dermed ikke i terapeutiske doser dørf. Et reflektorisk sympatisk stimulering synes å kompensere for dette (pga. blodtrykksskillet). Perifer vasodilatasjon senker blodtrykket særlig hos pasienter med hypertension, mens det påvirkes lite hos pasienter med normalt blodtrykk. Den vaskodilatatoriske effekten på kromosomene medfører at oxygenforbruket i myokard ytterligere forbedres, og al evt. spamer leses opp. Supraventrikulære arterier. Kalsiumantagonismen fører til forskjell i impulsoversending ved den effektive atrioventrikulær tachycardi og intravenøs verapamilbehandling ved enthal som også omstyrer til sinusrytmie, og perifer venapamilbehandling er ofte effektiv som resisit-til-polyphaser. Dette gjelder også ved WPW-syndromet. (Denne gjelder dog ikke hos IPW-syndromet eft. ledet av en annen med atrioventrikulær tachycardi. Kan gi risiko redusjon av ventrikelfrekvensen ved atriofibriller og -flutter men gir spesielt omstyr til sinusrytmie. Preparatet kan anvendes hos pasienter med obstruktiv lungesykdom. Absorbasjon: Rask. Omfattende i pass-metabolisme. Den biologiske tilgjengeligheten er lav, varierende og øker ved plasmaderosering (ca. 20 % etter oral inntak) og i tillegg til det øker tilgjengeligheten med 100 % ved intravenøs inntak. Geangin kan effektivt oppnå en redusert dosis når man er utsatt overfor injeksjon, gis kun til effekten innenfor 10 min. Inntaket bør ske under observasjon av pasienten med samtidig EKG-våkning. Ved behov kan dosen giartas etter 5-10 min. Infusjon: Geangin injeksjonsvæske kan blandes til f.eks. 1000 mg natriumkloridinfusionsvæske eller 1000 mg glucoseinfusionsvæske i konsekvensjonen svarende til 0,01-0,1 mg verapamilklorid pr ml (10-100 mg/lse infusionsvæske). Ved infusjon gis initial 0,05-0,1 mg/kg/tid. Ved manglende effekt kan denne dosisen økes fra 2 til flere ganger med intervaller på 30-60 min. Den gennomsnittlige totaldosen bør ikke overskride 1,5 mg/kg/dag.

Pakninger og priser:

Innslakningsvært:	5 amp. à 2 ml kr. 16,27
Tabletter:	
40 mg:	100 stk. kr. 41,94
80 mg:	100 stk. kr. 62,53
	250 stk. kr. 172,47
120 mg:	100 stk. kr. 124,53
	T:12

KabiVitrum 

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

4.4 Ulcerøs colitt

Følgende kan opptre som komplikasjon til ulcerøs colitt

- A: Akutt colondilasjon
- B: Anorectal fistel
- C: Colonperforasjon
- D: Arthritt
- E: Erythema nodosum

5 REUMATOLOGI

5.1 Polymyalgia rheumatika

Ved polymyalgia rheumatica

- A: Er symptomene vanligvis verst om morgenen
- B: Finnes vanligvis en polymorf leukocytose
- C: Er redusert muskelkraft et typisk tegn
- D: Svinner symptomene vanligvis innen 3 år
- E: Kan være tegn på malign sykdom

5.2 Akutt monoarthritt

Akutt arthritt er vanlig ved

- A: Behandling med thiazider
- B: Seropositiv rheumatoid arthritt
- C: Psoriasis
- C: Reiters syndrom
- E: Ulcerøs colitt

6 NYRE OG URINVEIER

6.1 Urinveisinfeksjoner hos voksne

Følgende utsagn er riktige når det gjelder urinveisinfeksjoner hos voksne:

- A: Proteus mirabilis er den vanligste årsaken til urinveisinfeksjoner i almenpraksis
- B: Nyreskader ved analgetika er en disponerende faktor
- C: Obstruksjon i blærehalsen disponerer for infeksjon
- D: Bakteriekolonisasjon i blæra skyldes vanligvis en descenderende infeksjon fra nyre(ne)
- E: Kronisk nyresvikt er vanlig

6.2 Asymptomatisk bakterieuri

- A: Bør observeres men ikke behandles hos gravide
- B: Trenger ikke behandles hos ikke-gravide kvinner uten misdannelser i urinveiene
- C: Forekommer praktisk talt aldri hos menn
- D: Kan bidra til stendannelse
- E: Finnes alltid hos kvinner med

"urethralsyndrom"

7 ENDOKRINOLOGI

7.1 Cushings sykdom

Følgende symptomer og tegn er vanlige ved Cushings sykdom

- A: Hypertensjon
- B: Mentale/psykiatriske symptomer
- C: Forsinket lengdevekst hos barn
- D: Hirsutisme
- E: Polycytemi

7.2 Glucosuri

Glucosuri hos eldre

- A: Kan forårsake vulvovaginitt
- B: Må vanligvis behandles med insulin
- C: Er vanlig på grunn av lavere nyreterskel
- D: Ledsages ofte av ketose
- E: Betyr at det foreligger en diabetes mellitus dersom en enkelt blodprøve samtidig viser en glucosekonsentrasjon på mer enn 10 mmol/l

8 NEUROLOGI

8.1 Multippel sclerose

Multippel sclerose tenderer til å ha et forholdsvis benignt forløp dersom

- A: Sykdommen debuterer i ung alder
- B: Sykdommen debuterer med opticusneuritt
- C: Sykdommen debuterer med cerebellar affeksjon
- D: Det kommer komplett remisjon etter en sykdomsepisode
- E: Sykdommen debuterer med sensoriske utfall

8.2 Parkinsons sykdom

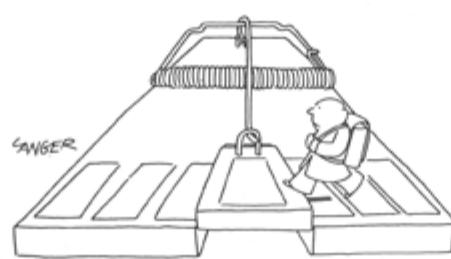
Ved Parkinsons sykdom er

- A: Konsentrasjonen av dopamin i substantia nigra redusert
- B: Sykdommen starter vanligvis før 40 års alder
- C: Det er karakteristisk med en positiv slektsanamnese
- D: Ankelclonus er karakteristisk
- E: Klorpromazin vil få tremor til å forsvinne

8.3 3. hjernenerve

Paralyse av den venstre 3. hjernenerve gir årsak til

- A: Pupillekonstriksjon/miose på v. side
- B: Ptose på v. side



- C: Direkte lysrefleks er normal på v. side
- D: Bortfall av svetting i v. side av ansiktet
- E: Manglende abduksjon i v. øye

8.4 Bell's paralyse

Prognose og behandling ved Bell's paralyse (facialisparese) baseres på følgende overveielser:

- A: Det kommer spontant til full restitusjon hos 95% av pasientene
- B: Inkomplett parese er et godt prognostisk tegn
- C: I tilfeller med inkomplett restitusjon degenererer noen eller alle axonene
- D: Dersom øyet ikke kan lukkes er det alvorlig fare for skade på cornea, og det er indisert med tarsorrhafi
- E: Det finnes klare bevis for at steroidbehandling reduserer både hyppigheten og graden av denervasjon

9. FARMAKOTERAPI

9.1 Betablokkere

I forbindelse med behandling med betablokkere gjelder følgende

- A: En hvilepuls på 40 er indikasjon for å seponere medikamentet
- B: Betablokkere med delvis agonist (egenstimulerende) effekt kan brukes hos pasienter med hjertesvikt
- C: Propranolol er fordelaktig i behandling av pasienter med luftveisobstruksjon
- D: Claudicatio intermittens kan forverres
- E: Mareritt og depresjoner er særlig vanlig hos dem som behandles med atenolol

9.2 Digitalisbehandling

Overdosering av digitoxin kan gi årsak til

- A: Vekttap
- B: Gynecomasti
- C: Diplopi
- D: Ventrikelflimmer
- E: Delirium

9.3 P-piller

P-piller basert på progestagen har følgende egenskaper

- A: Ovulasjonen blir ikke alltid hemmet
- B: Beskyttelsen mot graviditet er like god som ved kombinasjonspiller
- C: Medfører betydelig risiko for

- tromboembolisk sykdom hos noe eldre kvinner
- D: Uterinblødningene kan bli uregelmessige
- E: Dosen av progestagen er mye større enn i kombinasjonspillene

9.4 Benzodiazepiner

Det er signifikant variasjon mellom benzodiazepinene når det gjelder

- A: Antikonvulsant effekt i forhold til anxiolytisk effekt
- B: Pris
- C: Halveringstid
- D: Sedativ i forhold til anxiolytisk effekt
- E: Muskelrelaksante i forhold til anxiolytisk effekt

9.5 Medikamentell behandling

Følgende medikamenter er kjent for å kunne utløse forvirrings-tilstander hos eldre pasienter

- A: Digitalis
- B: Cimetidin
- C: Kinidin
- D: Metyldopa
- E: Furosemid

10 GYNEKOLOGI

10.1 Uterincancer

Endometriecarcinom

- A: Er mer vanlig hos overvektige
- B: Er i storparten av tilfellene plateepitelcarcinom
- C: Er mer vanlig hos diabetikere
- D: Kan utelukkes dersom cervix-cytologi er normal
- E: Er mer vanlig hos postmenopausale kvinner som står påcyclisk progeserton/østrogen-behandling

10.2 Infeksjoner hos gravide

Følgende infeksjoner kan hos gravide gi årsak til misdannelser hos barnet

- A: Vaginal candidiasis
- B: Rubeola
- C: Kusma
- D: Toxoplasmose
- E: Infeksiøs mononukleose

10.3 Gonorrhoe

Gonorrhoidal salpingitt

- A: Er mer vanlig hos kvinner med spiral
- B: Kan medføre permanent blokade av tubae uterinae
- C: Kan godt behandles ambulant

- D: Kan diagnostiseres rent klinisk uten behov for bakteriologisk verifikasjon
- E: I tvilstilfeller kan det være nødvendig å bekrefte/avkrefte diagnosen med laparaskopi

10.4 Mastalgi

Mastalgi/smerter i mamma(e) som opptrer premenstruelt

- A: Er mer vanlig hos kvinner med psykoneurotiske trekk
- B: Er vanligvis assosiert med premenstruell væskeretensjon
- C: Er vanligvis tilstede i begge mammæ samtidig
- D: Finnes ikke ved tidlig cancer mammae
- E: Oppheves ved behandling med progestagener

11 PEDIATRI

11.1 Infektiose barnesykdommer

Et barn med en av følgende infeksjonssykdommer er en potensiell smittekilde

- A: Vannkopper: fra 5 dager før utslettet debuterer
- B: Kusma: Fra 5 dager før gl. parotis høyner
- C: Kikhoste: i 4 uker etter at sykdommen har debutert
- D: Meslingene: i 4 dager etter at utslettet er debutert
- E: Røde hunder: Fra 7 dager før utslettet debuterer

11.2 Kikhoste

Ved kikhoste

- A: Finnes en lymphocyte
- B: Encephalopathi kan oppføre
- C: Sykdommen kan forløpe uten hoste
- D: Det er fordelaktig å behandle med hostestillende midler
- E: Forekommer undertiden subconjunctivale blødninger

11.3 Psykomotorisk utvikling

Ved 8 måneders alder kan en av et barn forvente

- A: At det skal kunne rulle seg fra magen over på ryggen
- B: At det skal kunne plukke opp en ert mellom tommelen og en av de andre fingrene
- C: Sitte oppreist med rett rygg
- D: Si opptil 5 ord tydelig
- E: Mate seg sjøl med skje

11.4 Bleiederematitt

Følgende kan bidra til å for-

NYHET

WELLCOPRIM® 300 mg (TRIMETOPRIM)

**1 TABLETT
OM KVELDEN
VED AKUTT UVI**



C Wellcoprim «Wellcome»

Antibiotikum

TABLETTER 300 mg: Hver tablet innneh.: Trimetoprim 300 mg, constit. q.s. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Antibakterielt 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 kamervann 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 B₁₂-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:* Voksen: 300 mg (1 tablet) om kvelden. *Barn 6-12 år:* En halv tablet 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 dialyses ved hemodialyse.

Andre opplysninger: Trimetoprim kan innvirke på serum/plasmakreatininbestemmelser hvis alkalisk piktratreagens nyttes. (Trimetoprim senker fenytlalaninmetabolismen 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



årsake bleidermatitt

- A: Eksem
- B: Candidiasis
- C: Impetigo
- D: Ammoniakkdermatitt
- E: Herpes simplex

11.5 Akutt scrotum

En 9 år gammel gutt kommer til kontoret ditt etter at han for ca. 4 timer sia fikk en sterk og vedvarende smerte i v. lyske etterfulgt av kvalme og oppkast. Ved undersøkelsen har han temperatur 38,0 og en øm hevelse svarende til venstre testis. Av andre symptomer og tegn kunne en ved denne tilstanden typisk forvente følgende:

- A: Dysuri
- B: Lignende episoder tidligere som er gått over spontant
- C: Kusma i de 3 forutgående ukene
- D: Lettere lokalt traume de forutgående 24 timene
- E: Hematuri

12 PSYKIATRI

12.1 Puerperal psykose

En puerperal psykose

- A: Begynner vanligvis etter den andre uken i puerperiet
- B: Tar ofte preg av schizofreni
- C: I regelen kommer det recidiv i forbindelse med senere fødsler
- D: Begynnelsen er vanligvis snikende
- E: Prognosen er vanligvis god

12.2 Endogen depresjon

Følgende gjelder for endogene depresjoner

- A: Det er en lidelse som kommer plutselig
- B: Det er uvanlig med vekttap
- C: Over 90% av tilfellene bedres ved passende medikamentell behandling
- D: Psykomotorisk hemning sees bestandig
- E: Pasientene har problemer med å falle i sovn

12.3 Anorexia nervosa

Følgende er karakteristisk ved anorexia nervosa:

- A: Amenorrhoe
- B: Opptrer hos piker like før puberteten
- C: Opptrer aldri hos gutter/menn
- D: Medfører tap av kroppsbehåring
- E: Kan medføre pupura

13 ØYESYKDOMMER

13.1 Rødt øye

Smerter og injeksjon ("rødt øye") er framtredende symptomer ved følgende tilstander:

- A: Conjunktivitt
- B: Akutt glaucom
- C: Subconjunktival blødning
- D: Irritt
- E. Trigeminusneuralgi

13.2 Strabisme

I forbindelse med diagnose og behandling av skjeling hos småbarn er følgende å merke

- A: Barnet har øket risiko for skjeling dersom det finnes andre tilfeller i familien
- B: Korreksjon av brytningsfeil kan være kurativ
- C: Kirurgisk korreksjon er mye mer effektiv dersom den utføres ved 6 måneders alder enn ved 18 måneders alder
- D: Kirurgisk behandling etter 2 års alder er forholdsvis ineffektiv
- E: I behandlinga er det essensielt med noen grad av okklusjon av det normale øyet

13.3 Plutselig blindhet

Hvilke av følgende tilstander kan gi plutselig og hurtig innsettende ensidig blindhet:

- A: Amotio retinae/netthinneløsning
- B: Emboli til a. centralis retinae
- C: Blødning i corpus vitreum
- D: Retinitis pigmentosa
- E: Retrobulbær neuritt

14 ØRE-NESE-HALS

14.1 Rinnes prøve

En positiv Rinnes prøve (luftledning bedre enn benledning) i forbindelse med hørselstap er forenlig med følgende mulige årsaker

- A: Presbyacusis (Aldersforandringer)
- B: Kronisk otitis media
- C: Larmskade
- D: Streptomycinskade
- E: Tympanosclerose

14.2 Menières sykdom

Menières sykdom er karakterisert ved

- A: Recidiverende episoder med akutt vertigo
- B: Progressivt hørselstap av led-

ningstype

- C: Affiserer bare ett øre
- D: Rotatorisk nystagmus under akutte attak
- E: Kan forebygges effektivt med (labyrintine) sedativa som f.eks. proktorperazin (Stemetil)

14.3 Heshet

Heshet som persisterer i mer enn 3 uker hos en voksen har helst en av følgende årsaker

- A: Medfødt laryngeal stridor
- B: Akutt epiglottitt
- C: Rheumatoid artritt
- D: Bronchialcarcinom
- E: Mis bruk av stemmen

15 HUDSYKDOMMER

15.1 Basalcellecarcinom

Basalcellecarcinomer

- A: Metastaserer ofte til regionale lymfeknuter
- B: Kan opp tre også andre steder enn i ansiktet
- C: Er mye mer vanlig hos menn enn hos kvinner
- D: Er ikke følsomme for strålebehandling
- E: Prognosene er alvorlig sjøl ved energisk behandling

15.2 Alopecia areata

Alopecia areata

- A: Oppstår i minst 80% av tilfellene etter emosjonelle eller fysiske traumer (sorgreaksjoner, skilsmisses, trafikkulykker)
- B: Har en anerkjent sammenheng med Down's syndrom
- C: Er en arr dannende prosess med tap av hårfollikler
- D: Klør og gir noen ganger årsak til smerten
- E: Opptrer bare i hodebunnens behåring

16 KIRURGI

16.1 Femoralhernie

Femoralhernie

- A: Er mer vanlig hos kvinner enn hos menn
- B: Forsvinner ofte når pasienten ligger ned
- C: Har liten tendens til å strangulere/incarcerere
- D: Gir ofte ingen symptomer før det oppstår komplikasjoner
- E: Har en "hals" som går under ligamentum inguinale ▶

17.1 Variasjon

I en by er det to sykehus, et ene stort, og det andre adskillig mindre. I fødeavdelinga i det største sykehuset fødes det gjennomsnittlig 45 barn daglig, men det mindre hospitalt i gjennomsnitt har 15 fødsler daglig. Vi regner at det i gjennomsnitt fødes 50% gutter, men den eksakte prosenten vil naturligvis variere fra dag til dag: noen ganger vil det være mer enn 50% og noen ganger mindre.

I en periode på ett år registrerte de to sykehusa antall dager da mer enn 60% av de nyfødte var gutter. Hvilket av de to sykehusa tror du hadde registrert flest slike dager?

A: Det største sykehuset

B: Det minste

C: Ingen signifikant forskjell, dvs. inntil ca. 5% forskjell.

Svar på almenmedisinsk kunnskapsprøve

	A	B	C	D	E
1.1 Koronarsykdom	0	0	0	0	0
1.2 Risikofaktorer	0	0	0	0	0
1.3 Atrieflimmer	0	0	0	0	0
2.1 Asthma	0	0	0	0	0
3.1 Syfilis	0	0	0	0	0
3.2 Herpes genitalis	0	0	0	0	0
4.1 Glutenfri diet	0	0	0	0	0
4.2 Gallesten	0	0	0	0	0
4.3 Crohn's sykdom	0	0	0	0	0
4.4 Ulcerøs colitt	0	0	0	0	0
5.1 Polymyalgia rheumatica	0	0	0	0	0
5.2 Akutt monoarthritt	0	0	0	0	0
6.1 Urinveisinfeksjoner hos voksne	0	0	0	0	0
6.2 Asymptomatisk bakterieuri	0	0	0	0	0
7.1 Cushings sykdom	0	0	0	0	0
7.2 Glucosuri	0	0	0	0	0
8.1 Multipel sclerosis	0	0	0	0	0
8.2 Parkinsons sykdom	0	0	0	0	0
8.3 3. hjernenerve	0	0	0	0	0
8.4 Bell's paralyse	0	0	0	0	0
9.1 Betablokkere	0	0	0	0	0
9.2 Digitalisbehandling	0	0	0	0	0
9.3 P-piller	0	0	0	0	0
9.4 Benzodiazepiner	0	0	0	0	0
9.5 Medikamentell behandling	0	0	0	0	0
10.1 Uterincancer	0	0	0	0	0
10.2 Infeksjoner hos gravide	0	0	0	0	0
10.3 Gonorrhoe	0	0	0	0	0
10.4 Mastalgi	0	0	0	0	0
11.1 Infeksiøse barnesykdommer	0	0	0	0	0
11.2 Kikhøste	0	0	0	0	0
11.3 Psykomotorisk utvikling	0	0	0	0	0
11.4 Bleiedermaitt	0	0	0	0	0
11.5 Akutt scrotum	0	0	0	0	0
12.1 Puerperal psykose	0	0	0	0	0
12.2 Endogen depresjon	0	0	0	0	0
12.3 Anorexia nervosa	0	0	0	0	0
13.1 "Rødt øye"	0	0	0	0	0
13.2 Strabisme	0	0	0	0	0
13.3 Plutselig blindhet	0	0	0	0	0
14.1 Rinne prøve	0	0	0	0	0
14.2 Menièrees sykdom	0	0	0	0	0
14.3 Heshet	0	0	0	0	0
15.1 Basalcellecarcinom	0	0	0	0	0
15.2 Alopecia areata	0	0	0	0	0
16.1 Femoralhernie	0	0	0	0	0
17.1 Epidemiologi	0	0	0	0	0

Nå skal samfunnsmedisinen styrkes

□ Magne Nylenna □

Hovedbudskapet ved årsmøtet i Offentlige legers landsforening 24. og 25. september 1986 var entydig og klart: Overgangsfasen i forbindelse med kommunehelsereformen er over. Tid og krefter skal nå benyttes på fagutvikling, og videre- og etterutdanning i samfunnsmedisin er det viktigste.

- Tilpasningsperioden er over, nå begynner hverdagen, sa formannen i OLL, Dag Brekke. Han kunne glede seg over at henimot 1/4 av OLLs knapt 800 medlemmer hadde funnet veien til Soria Moria og de to årsmøtedagene.

Sosialdepartementet tilfreds

Sosialminister Tove Strand Gerhardsen, som åpnet møtet, forsikret igjen at økt offentlig satsing er det eneste svar på den begynnende privatisering.

Ekspedisjonssjef Harald Hauge sa at overgangsproblemene i forbindelse med kommunehelseloven har vært mindre enn departementet hadde ventet. Han sa seg meget godt fornøyd med utbyggingen av hjemmesykepleien rundt om i landet, og fremholdt forvrig at hele kommunehelsetjenesten synes å være inne i et godt spor. Nå må det forebyggende helsearbeid prioriteres, sa Hauge.

Han hadde forvrig observert at det var store variasjoner mellom kommunene med hensyn til de kommunale "egenandeler" til helsetjenesten.

Sosialdepartementet vil nå foreslå et lovfestet felles helse- og sosialstyre i kommunene. Man håper med det i enda høyere grad å engasjere hva flere kaller "det kommunalpolitiske A-lag".

Bemanningen i utkant-Norge

Ett av diskusjonsemnene på årsmøtet var bemanningsituasjonen i utkant-Norge. Legesituasjonen er igjen vanskelig i flere deler av landet, og særlig var signalene fra Troms og Finnmark entydige.

Fylkeslege Martin Heitmann i Finnmark og assisterende fylkeslege Ivar Sønbø Kristiansen, Troms beskrev legedekningen i de to nordligste fylker som svært bekymringsfull.

- Det er utvilsomt det økende antall ledige stillinger i det sentrale østlandsområdet som er årsaken, sa Sønbø Kristiansen.

Han talte varmt for en slags etableringskontroll som kunne drenere flere leger til distriktene. Det ble imidlertid fremholdt av flere at det ikke bare er de nordligste fylkene som har problemer.

Noe av skylden må også legges på den enkelte kommune. Uttrykk som "firkantkommune" kan like gjerne benyttes som utkantkommune, ble det sagt. En rekke kommuner vegrer seg fortsatt mot å ta ansvar for den lokale helsetjeneste, og dette avspeiler seg også i forholdet til legene. En gjenninføring av dobbel konkurranseansiantet for tjeneste i utkantdistrikter ble foreslått av flere. Et slikt forslag vakte imidlertid liten gjennomslag hos Lægeforeningens president, som presiserte at mer av ansvaret må legges på arbeidsgiverne.

Videre- og etterutdanning

Hans Ånstad presenterte det nye programmet for en strukturert utdannelse i samfunnsmedisin. Det skal utarbeides en utdanningshåndbok tilsvarende den som allerede finnes for almenmedisin. Harald Siem er engasjert til dette oppdraget, og han redegjorde for arbeidet. Det tas sikte på en strukturert veileding med én kandidat pr. veileder. Håpet er å øke antall spesialister i samfunnsmedisin raskt de kommande årene. Ved hjelp av det nye utdanningsprogrammet unngår man det problem som ligger i at utdannede samfunnsmedisinere i dag besitter de fleste "utdanningsstillinger" i faget.

Alt i alt

Erfaringene etter kommunehelsereformen er åpenbart sterkt varierende. Både entusiastiske og frustrerte røster blandet seg i debatten. Arbeidssituasjonen er mer forskjellig kommunene imellom enn noen gang før. Det store fremmøte på Soria Moria vitner om en sterk interesse for felles aktiviteter, og det trengs mer enn noensinne. Offentlige legers landsforening er for tiden den eneste organisasjon som kan stimulere og samordne den samfunnsmedisinske fagutvikling i Norge. Det er litt av en oppgave og utfordring ■



Hva er psykomotorisk behandling?

□Astri Stranden
almenpraktiker, 6400 Molde

Som almenpraktiker møter jeg ofte pasienter med uklare symptomer fra muskel-skelettsystemet.

Etterhvert har jeg begynt å henvise noen av disse til psykomotorisk behandling, og svært mange har kommet tilbake og fortalt at de fikk god hjelp. Hva behandlingen egentlig har gått ut på har jeg nok ikke visst så mye om. Det var derfor med stor nysgjerrighet jeg begynte å lese denne boka.

Boka er skrevet av to fysioterapeuter, en er i tillegg magister i psykologi, begge har erfaring både med klinisk arbeid, undervisning og som forfattere.

De henvender seg i første rekke til fysioterapeuter, leger og psykologer og sier det ikke er en lærebok, men er orienteringsbok om psykomotorisk behandling - en annen måte å nørme seg kropp og sykdom på.

Boka gir en kort historisk oversikt over utviklingen av behandlingsformen. Den ble startet for 40 - 50 år siden av fysioterapeuten Aadel Bulow-Hansen samarbeid med psykiater Trygve Braatøy. At kropp og psyke henger sammen vet vi, psykomotorisk behandling viser hvordan en ved å ta utgangspunkt i kroppen kan påvirke dette samspillet og sette i gang forandringer/omstillingsprosesser hos pasientene.

Et av hovedkapitlene omhandler respirasjonen som er selve kjernen i behandlingsformen - gjennom denne uttrykker vi følelser og ved hjelp av den holder vi truende og uakseptable følelser og impulser tilbake. Ved siden av respirasjonen legger en i undersøkelsen stor vekt på anamnese, kroppsopplevelse og funksjon, muskulatur og autonome funksjoner. I flere kapitler gis

en god og forståelig innføring i behandlingsprosessen og tankegangen bak denne.

Et eget kapitel er viet henvisningspraksis. Dette burde vært gitt mer plass spesielt fordi boken henvender seg til samarbeidspartnere som leger og psykologer. Det gis en grei oversikt over pasientgrupper som ikke bør henvises, og det blir noe vanskelig å forstå hvem som blir igjen og kan nyttiggjøre seg behandlingsformen.

Boken er svært fattig på kasuistikk og dette forsterker problemet med å få tak i de pasienter som kan henvises.

Til tross for dette, boka er lettles, oversiktlig og gir god informasjon om hva psykomotorisk behandling er.

Thornquist E, Bunkan B H. Hva er psykomotorisk behandling. 127 s. Oslo: Universitetsforlaget 1986

Onkologi

Landsforeningen mot Kreft har for 1987 bevilget lønnsmidler til seks korttidsstillingar for almenpraktikere ved onkologiske avdelinger. Stillingene er fordelt med fire korttidsstillingar ved alminnelig avdeling, Det norske Radiumhospital og to korttidsstillingar ved onkologisk avdeling, Haukeland sykehus. Hensikten med tjenesten er å gi den almenpraktiserende lege innsikt i onkologisk virksomhet og å bedre samarbeidet mellom almenpraktikere og sykehusavdelinger innen dette feltet. Tjenesten er delvis strukturert, og det er utarbeidet en egen målbeskrivelse. Stillingene er lønnet i lønnstrinn 22, og tjenesten teller som sykehustjeneste i videre- og etterutdannelsen av almenpraktikere. Nærmore opplysninger om stillingene i Oslo kan gis av professor Hermann Høst, Det norske Radiumhospital eller stipendiat Magne Nylen, Institutt for almenmedisin i Oslo, i Bergen av professor Bengt Rossengren, Haukeland sykehus eller stipendiat Kjell Haug, Institutt for almenmedisin i Bergen.

Søknad med angivelse av ønsket arbeidsted, ønsket tidsrom, tidligere tjeneste i almenpraksis og sykehus, samt motivasjon/behov for tjenesten, sendes Norsk selskap for almenmedisin, Frederik Stangs gate 11/13, 0264 Oslo, innen 1.12.1986.

Overvekt og slanking hos barn og unge

□ Per Fugelli □

Det er omlag 75 000 overvektige barn og tenåringer i Norge. 75% av disse vil også lide av fedme når de blir voksne. På dette, som på andre områder som har med helse og livsstil å gjøre, må det være riktig å sette inn forebyggende tiltak og behandling allerede i barneårene. Da får vi renter av innsatsen gjennom et helt livsløp. Dagfinn Aarskogs bok om "Overvekt og slanking hos barn og unge" (TANO, Oslo 1986) er en slik grunnlagsinvestering.

Den første halvdelen av boka henvender seg direkte til den overvektige tenåringen. Siste halvdelen er mer beregnet på foreldre og fagfolk i primærhelsetjenesten.

Boken starter med klare og hverdagsnære råd til den som vil slanke seg. Her er egne kapitler om:

- slankedietten din
- spisevaner- og uvaner
- slim med trim

Deretter følger en grei omtale av næringsstoffene. I siste del gjøres det rede for stoffskiftet, normal vekt og utvikling, følgene av overvekt samt nervøse spiseforstyrrelser.

Boken anbefales både til leg og lær. Faglig sett er den solid og ærlig. Forfatteren, som er overlege og professor ved Barneklinikken, bygger sine råd på klinisk praksis, forskningserfaring og rike kunnskaper om stoffskiftet og næringskravene til en organisme i utvikling.

Aarskog lover ingen 'mirakler'. Tvert om advarer han mot vidunderkurene og de raske lett-

vindte måtene å få vekten ned på. Saklig og tydelig viser han at store deler av den moderne slankeindustri preges av uvitenhet, fanatism og/eller profitjakt. Tenåringene blir lurt av pang- og lynslankekurene som ukebladene markedsfører. De kaster bort penger på det. De mister selvtilliten når kuren på sikt viser seg å ikke virke. Dette kan gjøre at de gir opp og ikke orker å prøve mer reelle slankeopplegg senere. Enkelte sensasjonsslankekurer kan også være så faglig galt lagt opp at de leder til feilernæring og sykdom. Det er denne flommen av ukyndighet, bløff og pengebegjær Aarskog har sett seg lei på. Han mener at barn og unge som ønsker å slanke seg fortjener bedre. De fortjener å bli tatt på alvor. Å få selvstendig ansvar for sin egen helse- og kroppsutvikling. Men da må de også få sannferdig kunnskap og faglig holdbare råd.

Aarskogs hovedbudskap er i all enkelhet og i all vitenskapelighet dette: "Lagring av fett og vektøkning kommer i stand når næringsinntaket ditt overstiger det du trenger av energi til varme, arbeid og vekst. I praksis finnes derfor bare to mulige veier til å slanke seg: Enten å minske inntaket av næring, eller å øke energiforbruket til arbeid eller annen fysisk aktivitet".

Ut fra denne grunnleggende sannhet utvikler forfatteren sitt slankeprogram som består av tre sett med tiltak:

- spise litt mindre og litt annen mat
- forandre litt på spisevanene
- bruke kroppen litt mer

På hver av disse tre innsatsområdene får leseren jordnære og praktiske råd. Det er ikke all verden av viljestyrke og dramatiske omlegginger som skal til. "Litt" er et nøkkelord i Aarskogs

slankeplan. Litt mindre mat og litt mer mosjon, over tid, er den eneste medisinske forsvarlige veien til riktig vekt, - for livet. Men dette innebærer ofte en langsiktig tålmodighetsprøve, særlig når charlantanene frister med ny slank figur uten besvær, uten offer, uten innsats (annet enn penger) i løpet av to uker. Aarskogs bok gjør det lettere å klare den tålmodighetsprøven det skal og må være å gå varig ned i vekt. For det første overbeviser den med sin faglige tyngde (hvis det går an å si slikt om en slankebok). Faktastoffet er pålitelig og argumentene troværdige. Vi føler at vi kan stole på denne forfatteren. For det andre er stoffet fremstilt på en klar og lettfattelig måte. Boken er pedagogisk kloktt bygget opp med de konkrete slankerådene til tenåringene først, og det mer teoretiske bakgrunnsstoffet til slutt. Språket er enkelt og greitt uten medisinerlatin og fremmedord. Tonen er frisk og trivelig med innslag av humor. I første delen som er beregnet på tenåringene selv, er stilten så direkte og kontaktskapende at det nesten oppstår en slags samtale mellom forfatteren og leseren.

Boka vil utvilsomt være til stor hjelp for barn og ungdom med overvekt. Den bør også leses av foreldrene da slanking som regel må være et familieforetagende. Leger og sykepleiere i primærhelsetjenesten, særlig på helsestasjonene og i skolehelsetjenesten, vil også ha stor nytte av boka. Som en motvekt mot all hokus-pokus-medisin, ikke minst i ukebladene, er det å ønske at flere av våre ledende fagfolk tar helseopplysningen like alvorlig som Dagfinn Aarskog har gjort med "Overvekt og slanking blandt barn og unge". Boka er noe av det beste av populærmedisin som har kommet ut i dette landet på mange år.

Dagfinn Aarskog: Overvekt og slanking hos barn og unge. TANO. 1986. Kr. 108.-.

I juni 1987 går turen til Island

5:e NORDISKA KONGRESSEN I ALLMÄNNMEDICIN
14.-17. JUNI 1987 • REYKJAVIK • ISLAND



Det er ikke bare de politiske toppledere som setter hverandre stevne i Reykjavik.

14. - 17. juni 1987 arrangeres den 5. Nordiske kongressen i almenmedisin i Reykjavik. Det har vært god norsk deltagelse ved de tidligere nordiske kongresser, og det er grunn til å tro at Islands mange severdigheter ikke akkurat vil redusere den norske deltagelsen. Det er forøvrig avsatt en halv dag midt i kongressen til utflykter på Island.

Kongressens motto er: Forebyggende arbeid - individ, familie og samfunn.

Som de tidligere nordiske kongresser blir det både plenumsforedrag, symposier og frie foredrag/postere. Blant

emnene for plenumsforedrag er bl.a. den utbrente legen, kvinnens helse og helse for alle år 2000.

Det blir i alt avholdt seks symposier med følgende emner:

- sexologi
- helsekontroller
- pasient/legeforholdet
- almenpraktikerens økonomiske ansvar
- kontinuitet og kvalitet
- legefamilien

Dette siste symposiet er særlig beregnet på ledsgjere og familiemedlemmer. Finnes det spesielle aspekter ved legefamilien som det er verd å diskutere? Hvordan påvirker legeyrket og legerollen familielivet?

Som tidligere inviteres alle interesserete til å delta i kongressen med frie foredrag eller postere. Tidsfristen for innsendelse av sammendrag er 1. februar 1987, så det er på høy tid å starte arbeidet.

Norsk selskap for almenmedisin planlegger å arrangere en fellesreise til Reykjavik, og nærmere informasjon om dette vil bli gitt senere.

I første omgang er det altså bare å krysse ut dagene 14.- 17. juni 1987 på kalenderen, og si: Vel møtt i Reykjavik!

Magne Nylen

NORDISKA RÅDETS FORSKARKURS:

Frågeställningar och metoder i allmänmedicinsk forskning

För att den allmänmedicinska forskningen skall vara förankrad i allmänläkarens mångskiftande vardag måste den bedrivas med stor metodologisk bredd. Epidemiologiska, experimentella och kvalitativa metoder är huvudriktningar i dagens forskning.

Kursens syfte är att belysa de olika metodernas möjligheter och begränsningar men också hur gränser kan överskridas och metoder kombineras. Arbetsmaterial blir ett urval av deltagarnas egna forskningsidéer, som skall bifogas ansökan. Forskningsprocessens stadier från idé till publisering kommer att följas under ledning av de tre huvudlärarna som är Bengt Schersten, professor i allmänmedicin i Dalby-Lund, Pertti Kekki, professor i allmänmedicin i Helsingfors och Andur Pedersen, professor i vetenskapsteori i Roskilde.

Kursen, som vänder sig primärt till allmänläkare men även till andra som bedriver allmänmedicinsk forskning.

Kurort: Västerboackens kursgård, 15 km från Umeå.

Kurstid: 14-22 mars 1987.

Kursledning: T.f. professor Bengt Mattson och distriktsläkare Carl Edvard Rudebeck, Allmänmedicinska sektionen, Umeå vårdcentral, Box 10093, S-900 10 Umeå.

Forskningsidé, som kan vara allt från ett genombrott upp till ett påbörjat projekt, skall presenteras på ett särskilt formular, som rekviseras från kursledningen. Anmäl och övriga upplysningar: Kursledningen. Sista anmälingsdag: 15 januari 1987.



Almenpraktikerbiblioteket er bøker for praksis



Per Bergsjø m.fl.

Svangerskapsomsorg i almenpraksis

Denne boken gir en faglig oppdatert og konkret fremstilling av svangerskapsomsorgen bl.a. basert på handlingsprogrammet i den offentlige utredningen om perinatal omsorg (NOU 1984:17). En spesialist, to almenpraktikere og en jordmor har sammen skrevet denne praktiske håndboken.

175 sider kr 160,00

Per Fugelli m.fl.

Å lage gode leger

Mål og plan for den almenmedisinske grunnutdanningen.

Hvilke krav bør stilles til utdanningen av leger? Har innholdet i medisinerutdanningen i dag blitt så oppstykket og spesialisert, at studentene mister oversikten over hva som er sentralt i utøvelsen av legeyrket? Heftet tar opp sentrale tema i den medisinske utdanningen og er av interesse for alle som er opptatt av utdanningen av leger.

31 sider kr 60,00

Magne Nylenås m.fl.

Kreft i almenpraksis

Behovet for et nært og godt samarbeid mellom de forskjellige deler av helsevesenet er kanskje sterkere innen kreftomsorgen enn innenfor andre områder. Denne boka sikter mot en helhetlig og velfungerende kreftomsorg der almenpraktikeren spiller en sentral rolle. Utgitt i samarbeid med Landsforeningen mot Kreft.

221 sider kr 198,00

Steinar Westin (red)

Forskning i almenpraksis

Behovet for å drive forskning i og omkring primærhelsetjenesten er økende. Samtidig reiser det seg problemer ved at mange arbeider langt fra de etablerte universitetsmiljøene. Denne boken er en artikkel-samling som til sammen gir en praktisk innføring i de viktigste ledene i forskningsprosessen, fra den første idé til ferdig publikasjon.

187 sider kr 230,00

Almenpraktikerbiblioteket utgis i samarbeid med Norsk selskap for almenmedisin. Bokutvalget søker å dekke både generelle og spesielle emner for almenpraktikere. De fire bøkene presentert ovenfor, er bare et utvalg innen biblioteket. En fullstendig oversikt kan fås ved henvendelse til

Universitetsforlaget, tlf. 02/276060 eller Studia, tlf. 05/200080.

**Almen-
praktiker
biblioteket**
Universitetsforlaget

Til STUDIA, 5037 Solheimsvik – Bergen

Jeg bestiller

_____ eks. _____

_____ eks. _____

_____ eks. _____

_____ eks. _____

Navn: _____

Adresse: _____

Dato/Sign.: _____

The training of teachers in General Medical Practice

International University Centers,
Dubrownik, May 5-9 1987

The course provides a forum for the exchange of ideas and information amongst teachers and organisers of Vocational Training in General Practice and Primary Health Care. There will be an exploration of the skills required by General Practitioners which enable them successfully to work with groups and families in particular. The application of video material to this task will have an important place and there will be adequate facilities to plan and produce suitable video tapes.

Video is an exciting educational aid, which can be used methodologically for instruction, for self-instruction, and for proficiency training, particularly with regard to contact and communication.

For this course, we have chosen 3 themes, which we believe are appropriate for study with regard to vocational training.

Each day, the groups will be assigned to produce video materials for demonstration and discussion within the individual themes, which are:

1. The family
2. Patient groups
3. Colleague groups

The participants must use their own experiences and themselves as actors. It is intended that actual families from the local area will be interviewed and filmed on video during one of the days during the course.

In addition participants are invited to bring with them examples of their own work (VHS-system). These should be short (5-7 minutes).

Further information:

International University Centers,
Frane Bulica 4, 50 000 Dubrownik,
Jugoslavia

Solstrandkurssets prisoppgaver 1987

I forbindelse med vårens Solstrandkurs utlyses det prisoppgaver. De to beste besvarelsene vil bli belønnet med kr. 3 000.-. Besvarelsene vil bli vurdert av kurskomiteen.

Vinnerne vil bli invitert til å presentere besvarelsene i form av en forelesning torsdag 28. mai.

En av følgende tre oppgaver besvares.

A: Ta for deg et vanlig presentasjonssymptom (eksempelvis svimmelhet, ryggsmerter, forstoppelse etc.). Redegjør for utredningen av symptomet i almenpraksis og anfør også når spesialhenvisning er indisert. (Utredningen av "sår hals" og "blod på avføringen" er allerede besvart i et tidligere oppgavesett og kan ikke benyttes nå).

B: Gi en vurdering av en laboratorietest som brukes i almenpraksis (eksempelvis telling av hvite, Hemofec etc.). Spesielt ønsker vi framhevet testens verdi i diagnostikken av ulike tilstander, og du må gjerne støtte deg også til eget materiale.

C: Velorganisert almenpraksis. Hvordan drive praksisen slik at den fungerer best mulig med hensyn til timebestillingsrutiner, rutiner for beskjeder (recepter, telefoner, anmodning om sykebesøk) og akutt hjelpe rutiner? Hvordan kan vi ta rimelig hensyn både til pasientens behov for service og til gjengelighet og legens og medhjelpernes behov for rimelig arbeidstid og anledning til faglig utvikling?

Besvarelsen merkes med en kode. Samme kode skrives utenpå en lukket konvolutt som legges ved besvarelsen og som inneholder navn og adresse.

Besvarelsen må være poststemplet senest 31. mars 1987 og sendes til Solstrandkurset, v/ Geir Thue, Legesentret - Oasen, 5033 Fyllingsdal.



Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyklinpreparat.

KAPSLER 150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneholder: 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 à 300 mg 2 ganger daglig, eller 1 kapsel à 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:

I = lymecyclin = Tetralysal

d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin – farmakokinetikk:

C max (mg/l) t max (h) t 1/2 (h) AUC (mgh/l)

I	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. $\frac{30 \text{ pkn}}{2}$ 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 parametre ved steady-state for lymecyclin og doxycyclin 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. Moller, 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 doxycycline 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.

06
07
08
09 RUTLE, OLAV
10 Slettmark 2
11 2050 JESSHEIM

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Det finnes to betablokkerere...

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



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



For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen.

Upjohn Central Nervous System Research

Et betydelig fremskritt i behandlingingen av søvnloshet



• **Halcion®** (triazolam)

**Bedret søvnkvalitet uten uttalt effekt
på neste dags aktivitet**

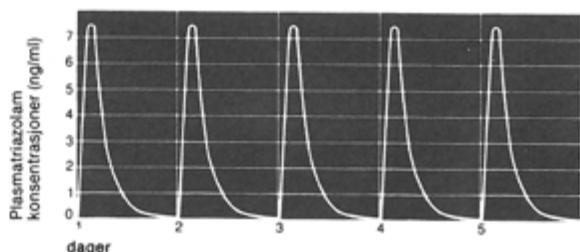
„De langtidsvirkende præparater
bør undgås, hvor man ikke specielt ønsker
dagsedation“

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



Halcion®

(triazolam)



Plasmanivåer av triazolam etter gjentatt administrasjon.

B Hypnotikum

Tabletter:

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

Egenskaper:

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

Indikasjoner:

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

Kontraindikasjoner:

Hypersensitivitet for legemidlet.

Bivirkninger:

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

⚠ Forsiktigheitsregler:

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

Interaksjoner:

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

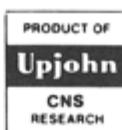
Dosering:

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

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

Pakninger og priser:

0,125 mg: 10 tabl. kr. 16,10 – 30 tabl. kr. 31,45 – 100 tabl. kr. 77,80 – 10 × 100 tabl. kr. 722,15
0,250 mg: 10 tabl. kr. 19,30 – 30 tabl. kr. 37,60 – 100 tabl. kr. 101,10 – 10 × 100 tabl. kr. 955,15



Registrert varemerke: HALCION

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