

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 8

1986

ÅRGANG 15



Av innholdet:

Samfunnsmedisinske utfordringer
Svangerskapsomsorg
Almenmedisinsk forskning
Helse eller hasard?
Svar på almenmedisinsk kunnskapsprøve
m.m.

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S
9652.63.0011

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

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

Frode Helan
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.



HELSAKE 1987

Når dette kommer på trykk er julekakenes tid over, og forhåpentligvis har vi alle fått vår del.

Samtidig er også helsekakestykkene for 1987 fordelt i de kommunale budsjetlene. For nå sitter vi der med kommunale rammebudsjettordninger og ser hvordan den pseudopolitiske fordeling av midlene rammer oss og våre pasienter. Vi ser at offentlige legekontorer selges og privatiseres fordi økonomer mener at kommunen ikke har noen forpliktelser for primærhelsetjenesten utover å utbetale det avtale-

festede driftstilskuddet til primærlagene. Vi ser også at hjemmesykepleietjenestens egenandeler økes mens tilbuddet reduseres. Fysioterapeuthjemler inndras. Ingen nye fastlønnsstillinger eller driftsavtalehjemler er opprettet i fylket etter innføringen av kommunehelseloven. Arbeidsstidsforkortelsen fører til spisepauseproblemer og økt arbeidspress. Det blir ikke opprettet nye kommunale stillinger med behandelende funksjoner, mens det kommunale helse- og sosialbyråkrati vokser. Og snart kommer sykehjemmene...

Administratorene får det første stykke kake, etter eget behov, - for uten deres møter, helseplaner, budsjetter og styringssystemer kan der jo ikke drives helsetjeneste..

Og alle vi andre synes vi har fått alt for liten del av den alt for lille kake.

Dette gir grobunn for profesjonsstridigheter og interessekonflikter som til syvende og sist rammer vår felles uskyldige tredjepart: Pasienten.

Og med rammefinansiering, overadministrering og illusoriske prioritetsmuligheter for kommunalpolitikerne, ser det ut til at helsetjenesten i kommunene går magre år i møte.

UTPOSTEN vil i det kommende år gjerne høre fra deg om dine erfaringer, og bidra til at diskusjonen om idealer og realiteter i primærhelsetjenesten opprettholdes. Vi ser i alle fall nå signaler på at stadig flere i helse- og sosialsektoren blir avspist med smuler istedenfor kakestykker i årene fremover-.

Øystein
Nr 8. 1986

INNHOLD:

Kirsti Malterud:

Samfunnsmedisinske utfordringer i Oslo — mål og midler

s. 250

Reidun Førde:

Svangerskapskontroll eller omsorg

s. 256

NAVFs program for almenmedisinsk forskning

s. 259

Herman Anker:

Las Vegas: Helse eller hasard?

s. 260

Nordisk almenpraktikerkurs:

Belastringssykdommer i almenpraksis

s. 262

Frode Helan:

Teknologi på offensiven

s. 263

Dag Brekke:

Helseopplysnings-suksess

s. 265

Inger Njelstad:

Almenmedisin for almenpraktikere (kursreferat)

s. 266

Jens Eskerud:

Almenmedisinsk forskning — stykkevis eller delt?

s. 267

Ola Lilleholt/Øystein Pedersen:

Svar på almenmedisinsk kunnskapsprøve

s. 270

Bokanmeldelser

s. 276

Tabbespalten

s. 280

UTPOSTEN - 15 år ÅR



Et ekte jubileum feires kun etter 10, 25, 50 år eller enda "rundere" levetid. Likevel føler vi et visst behov for å markere utgangen av Utpostens 15. årgang. Bladet er midt i puberteten og i ferd med å ta skrittet over i de voksnes rekker. Vi konstaterer dessuten med forbauselse at vi med dette nummeret avslutter denne redaksjonens fjerde årgang.

Det har skjedd mye med Utposten på veien mot det tredje femårsmerket. Fra å være en provoserende nyskapning, fremstår Utposten i dag som et veletablert forum for medisinsk debatt. En utvikling som både har fordele og ulemper, og som avspeiler den gamle sannhet om at alt har sin tid. I dagens mediaverden nevnes Utposten stadig oftere sammen med "Tidsskriftet" og andre "seriøse" medisinske publikasjoner. I den floraen som nå eksisterer av medisinske blader, er det en anerkjennelse som forplikter. Vi opplever dessuten en økende stofftilgang, og stadig flere abonnenter. Opplaget nærmer seg 2 500, et tall ikke langt unna antallet primærleger i Norge.

Alt dette krever en innsats og en kvalitet vi gjør vårt beste for å innfri. Som et blad drevet på frivillig, idealistisk basis, kan det nok være vanskelig å følge opp i blant, men alt i alt er vi egentlig ganske fornøyd med resultatet. Mye tyder på at våre lesere også er det.

Vårt mål er at Utposten skal være et blad for almen- og samfunnsmedisinsk debatt. Vi ønsker ikke å bli et kvasivitenskapelig tidsskrift, men satser på å være et forum for praktisk primærmedisin. Det vanlige og "banale" skal

være vår innfallsvinkel. Det vanlige er ofte også det viktigste. Leserne skal kunne identifisere seg med stoffet, der de sitter på sin medisinske utpost, enten denne er i Finnmark eller på Stovner. Terskelen for å skrive i Utposten skal være lav, og med åtte overkomelige numre i året, skal det være mulig å få med seg det som trykkes uten å måtte utsette lesingen til et senere og aldri eksisterende tidspunkt. Den praktiske utföring og lay-out skal understreke det uhøytidelige og uformelle. Bladet skal se ut som en tryksak laget på en utpost for leseren som sitter på en annen. Også i dette synes vi at vi lykkes rimelig bra, ikke minst takket være Alvhild Ulset, vår grafiske formgiver, som har funnet stilten og tonen og sørger for at bladet forblir "annerledes".

Det viktigste er likevel innholdet. På dette punktet er vi helt ut avhengig av leserne. Dels fordi de også er våre viktigste bidragsytere, og dels fordi deres ønsker og behov er vårt viktigste kompass. Leserkontakten er god, men kan utvilsomt bli enda bedre. Har du en tanke eller idé som kan være verd å dele med andre, nøl ikke, send noen linjer til Utposten, 6657 Rindal.

Så langt selvkrytet. Og selvkryt skal man som kjent lytte til, for det kommer fra hjertet!

Det som ellers ligger oss på hjertet, er å sikre Utpostens framtid. Vi ser en viktig plass for bladet i norsk medisin, og på vegne av bladets tidligere redaktører, våre lesere og oss selv, føler vi ansvar for å sikre den videre drift. Denne kvintetten vil overlevere stafettpinnen til et nytt team ved neste

årrskifte, jakten på kandidater til en ny redaksjon innledes herved. Vi søker en sammensveiset gjeng på f.eks. tre-fem kolleger med entusiasme og tro på at de kan greie oppgaven. Fantasi og godt humør er en forutsetning, forøvrig kreves ingen formelle kvalifikasjoner. Vi garanterer at oppgaven vil bli både lærerik og givende.

Det som så gjenstår er å takke våre abonnenter og annonsører for følget gjennom nok et år. Er det forøvrig noen av dere som har oppdaget at den norske farmasøytske industri konsekvent unnlater å annonse i Utposten? Og at de heller bruker utenlandske gratisblader som annonses-forum?

Når vi nå tar skrittet inn i Utpostens 16. årgang, håper vi at overgangen fra barn til voksen vil skje ordnet, men uten at bladet mister den ungdommelige opposisjonstrang.

Vi trives med Utposten, og det håper vi også at dere gjør.

Et GODT NYTTÅR til dere alle - og vel møtt i 1987.

Samfunnsmedisinsk - mål og midler

Foredrag, kurs i samfunn



Kirsti M. er cand. med. fra Bergen 1975. I perioden 1977-80 arbeidet ho i legesentret på Stovner og fra 1981 i Rodeløkka helse- og sosialsenter. Ho er nyutnevnt amanuensis ved Institutt for almenmedisin i Bergen.

□Kirsti Malterud
Rodeløkka Helse- og Sosialsenter,
Oslo

Dette innlegget skal handle om samfunnsmedisinske utfordringer i Oslo. Jeg vil dristig nok regne meg som ekspert. Ikke i samfunnsmedisin, for der har jeg ingen kompetanse, spesialitet eller meritter. Sånn sett er jeg amatør - eller kvakksalver. Men etter snart 10 år i primærhelsestjenesten i Oslo begynner jeg å bli ekspert på et annet felt - nemlig utfordringer. Jeg vil prøve å holde meg til det jeg kan noe om innen feltet - nemlig utfordringer jeg selv har møtt. Jeg vil ta utgangspunkt i min egen medisinske virkelighet og hverdag. Det behøver ikke bety at resten av dette innlegget utsLUkkende skal handle om bydel 8, Sinsen/Rodeløkka/Tøyen. Jeg vil prøve å gripe fatt i erfaringer som andre kan bruke der de er. Og da kan det saktens være et og annet å hente fra bydel 8.

Med vilje starter jeg der. Jeg velger ikke fugleperspektivet - selv om jeg er langsynt og har pluss-briller. Jeg tror vi ser utfordringene tydeligere på nært hold. Og vi må starte der vi er. Virkelighetsnær samfunnsmedisin begynner med at man stikker fingeren i jorda. På den måten er det et visst slektskap til landbruksvitenskap og annet kulturarbeid.

I bydel 8 er det lite jord å stikke fingeren i. Jeg stikker fingeren i asfalten, hører Sinsentrikken passere - og

glemmes likevel ikke, at det finnes bydeler i Oslo med mye jord og lite trikkeskinne. Her kommer mitt første og største hovedpoeng - og det har jeg tenkt å vende tilbake til mange ganger:

Vi må anerkjenne frskjelligheten og mangfoldigheten for å bli kjent med særpreget i lokal-samfunnet vårt

Jeg unner meg en liten digresjon for å understreke dette poenget. Digresjonen gjelder kontormateriell - som vi får på onsdagene med bil fra Helserådet - og jeg har tatt med en vareprøve. Et oppgjør med blåpapiret er en nødvendig utfordring vi må ta. Det nytter ikke å bruke blåpapir når vi skal drive samfunnsmedisinsk arbeid på ulike steder i Oslo. Det er vel og bra med likhet og rettferdighet. Men det betyr likevel ikke at alt skal være blåpapirlikt. Vi må - i hver vår bydel bygge vårt samfunnsmedisinske grunnarbeid på kunnskaper om ulikheter og sær preg. Derfor avslutter jeg denne digresjonen med å ta avstand fra blåpapirtanken - jeg kaster blåpapiret, og starter med et hvitt ark. Bydel 8 kan jeg f.eks. skrive øverst.

Hva slags særpreg trenger vi å vite noe om? Vi behøver kanskje ikke legge stor vekt på om husene er røde, blå eller grønne - selv om det i høyeste grad kan være et kjennetegn og typisk trekk ved bydelen. Skal det være samfunnsmedisinsk relevant kunnskap, må det handle om helse. Gjerne i vid forstand. Trivsel er en

De utfordringer i Oslo

nsmedisin for bydelsleger, Sundvolden 3.10.-86.

iktig forutsetning for god helse. Men vi må vite noe om hva som påvirker helsa - enten det dreier seg om trafikkstøy i Trondheimsveien og nattesønnen og nerver - eller det dreier seg om gjødsel på Gaustadjordene og drikkevann og tarmbakterier. Nettopp fordi forholdene i Oslo er så forskjellige, må vi systematisk samle samfunnsmedisinsk og relevant kunnskap om det som er det spesielle og det viktige nettopp der vi er.

Jeg vender derfor tilbake til bydel 8, slik at dere skjønner at jeg snakker om virkeligheten og ikke bare om noe jeg har lest. Samfunnsmedisinen skal forebygge helseproblemer og forvalte helsestjenesteressurser. Hva er det vi trenger å vite mer om - i bydel 8 - når vi stikker fingeren i asfalten og Sinsentrikken passerer? Vi må vite mer om menneskene, om omgivelsene og om forholdet mellom menneskene og omgivelsene. Vi kan starte med å se på hvem som bor der. Og vi må bare ikke tro at vi vet det selv om vi driver en helsetjeneste som betjener bydelens innbyggere. Første grove feil er å sitte inne på kontoret når vi skal se oss om. Pasientene våre kan fortelle oss noe om hvem som blir syke og hva de feiler. Men samfunnsmedisinsk arbeid må være befolkningsrettet, og vi må vite mer også om dem som bare reiser videre med Sinsentrikken - uten å gå av på Sofienberg for å søke lege.

Her kommer mitt andre hovedpoeng:

Uten et definert nedslagsfelt

kan vi ikke drive målrettet samfunnsmedisinsk arbeid

Vi vet at bydel 8 strekker seg fra Legevaka i sør til Sinsenkrysset i nord, med Gjøvikbanen som grense i øst og Torshovdalen i vest. Men bydelene - selv slik de ser ut i dag - er mye større enn en vanlig norsk kommune. I bydel 8 har vi 17.000 innbyggere.

Det er en formidabel oppgave å planlegge og gjennomføre befolkningsrettet forebyggende helsearbeid, og sørge for en god fordeling av de helsetjenestressursene vi har. Det er i hvert fall ikke noe for amatører. Et overordnet perspektiv er lettere i småkommunen på Vestlandet med 1700 innbyggere og 3 store bedrifter. Min påstand er at jo større den samfunnsmedisinske enhet blir, jo større er risikoen for å miste kontakten med virkeligheten. Det er ikke lett å beholde fingerkontakt med asfalten hvis du først og fremst skal ha fugleperspektiv.

Men fugleperspektiv kan også være nyttig og nødvendig. Vi bydelsleger driver slett ikke bare kurativt arbeid, heter det. Allerede fra tidenes morgen og Eldrid-Nordbøe-komiteen har bydelslegerne drevet forebyggende helsearbeid. Men arbeidsformen har vært individrettet, og utsiktspunktet har vært legekontoret. Helsestasjonsarbeid er viktig. Ikke nødvendig å drøfte det. Men inne fra kontoret ser du ikke skogen for bare trær - og du kan til og med komme til å tro at du på denne måten har dekket dine samfunnsmedisinske forpliktelser. Jeg vil derfor igjen

minne om utfordringen knyttet til nedslagfelt - du må gå ut av kontoret for å hente de nødvendige kunnskaper om samfunnet du skal planlegge helsearbeid for. Og samfunnet består ikke bare av pasienter - selv om det av og til kan virke slik.

I bydel 8 trenger du å vite at de 17.000 innbyggerne har en aldersfordeling som i høyeste grad preger helseforholdene i bydelen. Vel vil du merke at du ser mange gamle pasienter på kontoret - men likevel ante ikke jeg at over 5000 personer i bydelen er 67 år og eldre. 1300 av dem er over 80. Dette fikk jeg vite av Oslo Kommunes Statistiske Kontor. Innbyggernes fordeling på kjønn og alder er en enkel - men som regel særdeles talende - parameter for viktige samfunnsmedisinske forhold.

For oss i bydel 8 betyr dette mye både i planlegging av forebyggende helsearbeid, og i spørsmålet om omfang og fordeling av helsestjenesteressurser. Det kan tenkes at det er viktigere for oss å forebygge fall i hjemmet enn å få sjekket blodlipidene - hvis vi må velge. Det er slett ikke sikkert vi behøver å velge. Det ene forebyggende tiltaket behøver ikke utelukke det andre. Men vi må i hvert fall gjøre prioriteringer. Her kommer mitt tredje hovedpoeng:

Vi er nødt til å ta stilling til hva som haester mest, hva som er viktigst eller hva som er mest forsømt

Aldersfordelingen forteller oss

også at sykelighet og omsorgsbehov er høyere i bydel 8 enn i gjennomsnittsbefolkningen. Vi trenger mer almenlegetjeneste og mer hjemmesykepleie enn andre hvis tilbudet skal bli like godt hos oss. Vi behøver ikke slå oss til ro med påstander om at lege-dekningen i bydelen er tilfredsstillende, for her finnes det også redskaper til bruk i argumentasjon og planlegging. Vi kan bruke Lillian Høverstads behovskriterier for å anslå hvor mye nettopp vi - i bydel 8 - trenger ekstra (1).

Jeg tror aldersfordelingen i befolkningen bør være noe av det mest utslagsgivende for våre samfunnsmedisinske prioriteringer. Alle snakker om eldrebølgen - som om den skyller over oss, og så forsvinner igjen. Her kommer mitt fjerde hovedpoeng:

Eldreomsorg er en av de største samfunnsmedisinske utfordringene vi står overfor

- særlig i Oslo, - og særlig i bydel 8. Det er ikke nok å være hyggelig mot gamle fra Hansen 87 år når hun kommer for å fornye hjertemedisinene sine. Det er noe mer med eldreomsorgen som ikke bare har med planlegging, men også med tenkemåte å gjøre. Samfunnsmedisinsk tenkemåte. Vi som har gått den moderne doktor-skole har lært mye om livreddende tiltak og dramatisk medisin. Eldreomsorgen minner oss om at et godt funksjonsnivå kan være et mye viktigere mål enn helbredelse - og at vi kanskje må lære å tenke annerledes om forebygging enn det infeksjonsmedisinen har lært oss. Her ligger det en utfordring for hele det medisinske systemet - som ellers ofte preges mer av teknologi enn av omsorg.

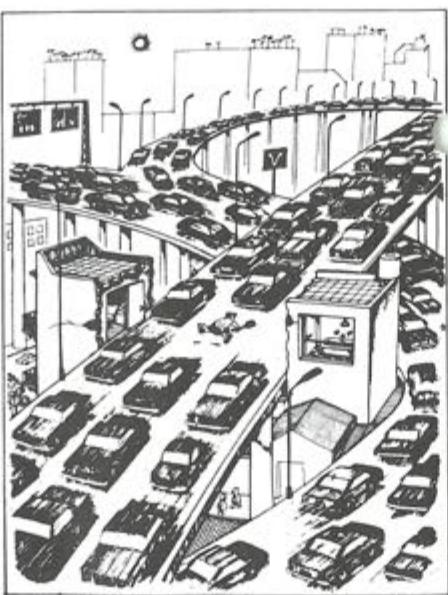
Sett fra bydel 8 er dette spesielt øynefallende. Men eldre finnes faktisk overalt. Ut av kontoret - sa jeg. Dere tror kanskje jeg slår et slag for friluftsmedisin - der de kurative almentjenester blir noe mindre-verdig som spesialister i almen-medisin kan ta seg av. Hjemme ved kjøkkenbenken. Mens samfunnsmedisinerne er ute og ser seg om og gransker asfalten og pusler med viktigere saker. Kunnskap om sykelighet er også nødvendige forutsetninger for å mene noe om helse. Og igjen - tilbake til det spesielle - sykdomsprofilen nettopp hos deg kan fortelle deg om hvor du bør sette inn kreftene. Derfor må samfunnsmedisineren ikke bli stående ute på gata, bedøvet av trafikkstøy og luftforurensing, men også

rusle inn på kontoret for å trekke litt frisk luft sammen med de syke. Mange mener at samfunnsmedisin er så krevende og stort at det derfor må være en heldagsbeskjæftigelse. Det kan godt være. Det er ikke sikkert hun behøver å være i klinisk arbeid med pasienter selv.

Her unner jeg meg en ny digresjon. Dere la sikkert merke til at jeg sa hun. Og dere var sikkert ikke noe overrasket, selv om noen kanskje tenkte at kunne nå det være nødvendig. Fortsatt bestyres vår helse i hovedsak av menn. Selv om Berit Olsen er blitt fylkeslege i Finnmark, og Anne Alvik er medisinalråd, og kvinneandelen øker på studentkullene. Blant almenpraktikerne er vi slett ikke så få. Men blant de offentlige legene er vi slett ikke mange. Norsk samfunnsmedisin har hittil i stor grad gått glipp av kvinnens innflytelse. Dette er ikke bare et likestillings-spørsmål. Jeg tror samfunnsmedisinen trenger impulser fra kvinner - gjerne kloke koner - for å tenke i nye og jordnære baner. Her har Oslo Helseråd en enestående fordel - blant bydelslegene er det mange kompetente kvinner - bare se dere rundt her. Vanligvis havner kvinner i underordnede posisjoner med omsorgsarbeid - ved en eller annen kjøkkenbenk-, mens menn er der planene legges og beslutningene tas. Selv når kvalifikasjonene er likeverdige. En spesiell samfunnsmedisinsk utfordring i Oslo er å benytte mulighetene til å ta kvinnenes kompetanse i bruk.

Tilbake fra digresjonen. Hun samfunnsmedisineren - jeg tror jeg fortsetter å si det, slik at vi kan venne oss til det - hun må ikke fly så høyt i byråkratiet at hun glemmer hvor vi kan lære mer om de sykdommene vi skal forebygge. Men vi må vite hvilke sykdommer "vår" spesielle befolkning lider av. Noe kan vi estimerne ut fra andres tall. Et eksempel: Hvis 10% av alle over 70 år har diabetes, er dette 420 aldersdiabetikere i bydel 8. En samlet plan for å oppspore dem som ikke er kjent fra før, kan være viktig forebygging av senkomplikasjoner hos disse.

Men ikke alt lar seg spå på denne måten. Sykdommer kommer og går, og bydelens infeksjonsmedisinske panorama kan fortelle oss om hvordan vi bør disponere våre ressurser og hvor vi skal intervenere. Nærmeste nabo til helsecenteret i bydel 8 var et kondemnert hus bebodd av punkere. De var mye syke - den ene etter



den andre kom med hudinfeksjoner og noen med gonorre. Ungdommene brakte med sine kjæledyr til legen - og det var rotter. Grå rotter. Men rottene i huset var ikke bare grå og ikke bare kjæledyr - brune søppelrotter bodde også der. Og vannet var stengt, slik at personlig hygiene var umulig. På Tøyenbadet kunne vi ikke anbefale dem å dra med stafylokokkene sine. Vi skjønte at Fucidin og Pondocillin hadde begrenset nytteverdi, og vi hørte at barnevernet var bekymret for stedet. Fullmakter hadde vi ikke. Helserådets hygieneavdeling var en aktuell samarbeidspartner, og de var heldigvis enige med oss om at huset med hell kunne rives. Men det tok tid, og møter, og korrespondanse.

Her kommer mitt femte hovedpoeng:

Uten fullmakter er det umulig å ta samfunnsmedisinsk ansvar

Vi tar gjerne ansvar - men ikke uten ressurser og myndighet. Desentraliseringen må ikke bare gi oss plikter og rettigheter, vi må også få muligheter og virkemidler.

Jeg skal si noe om tall. Og med vilje har jeg ikke tenkt å snakke om penger, selv om penger og personalressurser er opplagte forutsetninger for den virksomheten vi skal forvalte. Nei, jeg skal snakke om våre egne tall - de tallene vi sitter inne med hvis vi teller det vi gjør. Den delen av primærhelsetjenesten som kan beskrives med tall. Når tror dere selvfolgelig ikke at jeg tror at alt kan beskrives med tall. Jeg er egentlig ikke så veldig tallglad. Men mye kan telles, og det bør vi gjøre. Skal vi forvalte helsetjenestressurser, må vi vite hvordan vi bruker det vi i dag har til rådighet. Vi kan telle legene - det er lett å begynne med små tall. I bydel 8 er vi nå 10 leger - herav 4 bydelsleger. 1700 innbyggere pr. lege - slett ikke så dårlig kan man si. Men vi har teltet mer. Vi ba primærlegene registrere pasientenes adresse en periode, og det viste seg at bare halvparten av pasientene hos de privatpraktiserende legene hørte til i bydelen. Det er ikke unaturlig - det er mange som passerer Carl Berners plass på sin vei til og fra jobben. Men det betyr at helsetjenestene lekker ut av bydelen - det betyr at en betydelig andel av bydelens helsetjenester tilfaller andre enn dem som bor der, og at det blir igjen en begrenset del til folket mellom Sinsenkrysset og Lege-

vakta. Vi kan regne på det - vi ser at det blir 7 legeårsverk - altså nærmere 2.500 innbyggere pr. lege. I denne bydelen, med tyngre helsetjenestebehov enn vanlig, er det åpenbart at dette gir en kvantitativt for dårlig helsetjeneste. Vi må diskutere om løsningen er å be om flere bydelslegestillinger, eller å pålegge de privatpraktiserende legene et mer avgrenset nedslagsfelt, eller å etablere en listeordning som sikrer pasientene en fast lege - fortrinnsvis der de bor.

Men i mellomtiden får vi gjøre det beste ut av det vi har. Som samfunnsmedisinere får vi et større forvaltningsavtarv enn det vi i dag har på hvert vårt helsecenter. Men vi kan trenne i det små. Speil har vi på alle helse- og sosialsentrene. Vi kan se oss selvkritisk i speilet - kanskje først i enerom - og se om vi forvalter ressursene godt nok. Det er mange år siden bydelslegene kjempet mot kravet om økt inntjeningssevne. Vi kom med gode grunner for hvorfor vi ville frabe oss pålegg om så og så mange pasienter pr. time, og vi minnet om Eldrid Nordbøe og alle de andre som ville ha en kommunal helsetjeneste med høy kvalitet. Ordningen med fastlønnstilskudd avsluttet diskusjonen om inntjeningssevne.

Men av hensyn til vår samfunnsmedisinske selvrespekt er vi likevel nødt til å granske vår virksomhet omhyggelig. Vi kan gjerne drive med lav produktivitet - men vi skal vite hvor mye, og vi skal vite hvorfor. Det var en ulykke da det for noen år siden utgikk et direktiv fra St. Olavs plass (Oslo helseråd) om at statistikken skulle avskaffes ved helsestasjonene. Konsultasjonsstatistikk kan fortelle oss mye om hva vi gjør - og ikke minst om hva vi ikke gjør.

I mange år har vi fortalt hverandre om Slitet. Slitet ved de kommunale helsestasjonene - der pågangen daglig sprenger øyeblikkelig hjelplistene og ventetiden er 4 uker. Dette må vi ta på alvor. Både som arbeidsmiljøproblem, - for ingen orker å jobbe år ut og år inn i slikt slit, - og som tilgjengelighetsproblem for publikum. Det siste vil jeg komme tilbake til. Med vi må ikke gå i den fella at vi tror at Slitet er det samme som god produktivitet. Selv om vi synes vi jobber så svetten driver, kan vi ta oss råd til å regne på det. Det er mye å lære av å telle hvor mange vi i virkeligheten ser. Her - langt unna St. Olavs plass 5,- kan jeg

gjerne innrømme at vi fikk litt å tenke på da vi gjorde opp helsecenterets selvangivelse og dividerte litt på Rodeløkka. Vi mente vi drev rasjonelt godt, og vi syntes vi sto på. Det siste kan jeg fortsatt være med på - det første er jeg villig til å revidere. Detaljene kan vi la ligge - men vi lærte i hvert fall nok av våre egne tall til å legge om mange rutiner og drøfte hva som egentlig skal være akseptabel drift. Vi står på fortsatt - men jeg tror vi gjør mer nytte for oss. Og vi må gjøre regnestykker om igjen ved nye korsveier, og se oss selv i speilet på ny.

Og her kommer mitt sjette hovedpoeng:

Fornuftig forvaltning av helse-tjenestressursene forutsetter løpende dokumentasjon

Selv er jeg såpass til sekstiåtter at jeg trives best med lavteknologi - jeg har sett at en-to-tre-fire streker med den femte på skrå tvers over kan bli et godt datagrunnlag. Jeg snakker om manuell statistikk, som hvem som helst kan føre, og der det viktige er å finne ut på forhånd hvilke data som forteller noe nytlig. Men gode sekstiåttere skjeler også til utviklingen. Dere skjønner at jeg snakker om helseEDB - eller ebede som jeg nylig hørte som en lokal dialektvariant. Konsultasjonsstatistikk koblet sammen med befolkningssstatistikk gjør EDB til et eventyrlig hjelpemiddel i samfunnsmedisinsk kartlegging, dokumentasjon og planlegging. Vi må lære oss å bruke dette redskapet - slik at ikke vi blir brukt av dem som vil oss vel. Det er vi som best vet hva akkurat vi ønsker oss å vite mer om - og som vi kan be maskinen hjelpe oss med.

På denne måten kan vi se hvem som kommer til oss. Og til en viss grad kan vi se hvem som ikke kommer. Jo Telje fant ut at de er minst like syke de som ikke kommer (2). Vi bør spørre oss selv om hvorfor de ikke kommer - for det kan ha noe å gjøre med helsetjenestens innebygde spilleregler.

Ved å telle kjønn og alder på dem, kan vi vurdere om vi når fram til vårt rette publikumnemlig der behovet for helse-tjenester er størst. Olav Rutle viste i sin undersøkelse med skremmende tydelighet at legesøkningen var lavest i de aldersgruppene der vi vet at sykligheten er høyest (3). Ved helsecenteret på Rodeløkka fant

vi at over halvparten av våre konsultasjoner omfattet pasienter over 70 år. Et godt argument for lavere produktivitet hos oss enn hos den doktoren som stort sett ser småbarn med luftveisinfeksjoner.

Men konsultasjonstallene forteller oss bare om dem som kommer. Med litt akrobatikk kan de likevel brukes slik at vi kan vurdere om vi når fram til rett adresse når vi tilbyr våre tjenester. Vi må se konsultasjonstallene i forhold til befolkningstallene, og så må vi vite mer om behov i de ulike gruppene. Et eksempel kan kanskje klargjøre hva jeg mener:

I bydel 8 er aldersfordelingen slik (tabell 1-A). Dersom 25-åringens behov for helsetjenester var nøyaktig det samme som 85-åringens behov, kunne vi være godt fornøyd som helsetjenesteforvaltere dersom konsultasjonsstatistikken så liket ut. Men vi vet at 85-åringer har flere sykdommer og bruker mere medisiner enn 25-åringer. Det er innviklet å anslå tall som gir oss anledning til å beregne en ideell fordeling av helsetjenesteressursene. Men vi kan igjen stikke fingeren i jorda - eller i asfalten - eller i vinylbelegget på venteromsgulvet - og se hva vi synes om fordelingen innen den virksomheten vi i dag bedriver.

Her skal dere se hva vi fant for 1985 (tabell 1-B). Vi kan mene forskjellige ting om disse tallene avhengig av hvor vi står her i verden. Pediateren eller spebarsmoren vil kanskje si at de minste barna får en urimelig lav andel av våre ressurser. Pensjonistforeningen vil kanskje si at omsider blir de eldre prioritert - men vi vet fortsatt ikke om de er tilstrekkelig prioritert i forhold til sine reelle medisinske behov.

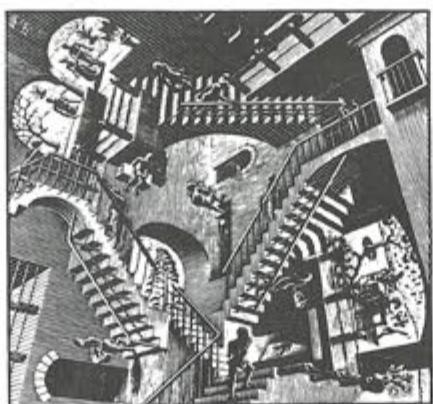
På den ene side skal vi vise respekt for dem som ikke ønsker vår hjelp. På den andre side har vi antakelig alle møtt skrøpelige mennesker med mange sykdommer og plager og små ressurser. Som ønsket seg en fast lege, men ga opp underveis i køen. Her kommer mitt syvende poeng:

Som samfunnsmedisinere i Oslo må vi lære oss å se den usynlige køen

Køteori er faktisk et eget fag - den som har syslet med bussruter, vet litt om det. Men vi som bestyrer synlige og usynlige køer, har aldri lært noe om dette

- som kan være helt avgjørende for hvem som faktisk når fram til oss. Glemmer vi å granske helse-tjenestens tilgjengelighet, kan vi ikke si at vi forvalter en rettferdig helsetjeneste. Men det usynlige er ikke så lett å se. Terskelen mellom helse-tjenesten og den usynlige køen kan være forskjellige fra sted til sted. Kulturelle forhold spiller stor rolle - sosiale forhold likeså. Lokalkunnskap er en nødvendig utrustning for den som forstår hvorfor dt kan være vanskelig for andre å komme seg til legen. Her kommer sannsynligvis datamaskinen til kort - det er ikke alt som kan telles og veies og måles. Den gode samfunnsmedisiner må også ha en kvalitativ tilnæring til problemene.

Denne typen kvantitative og kvalitative selvangivelser er nyttige når vi skal granske vår egen virksomhet. Men som samfunnsmedisinere omfatter vårt forvaltningsansvar den samlede primærhelsetjenesten i bydelen. Vi må se om den tilsammen dekker de samlede behov. Vi må ha data fra våre private samarbeidspartnere, og ikke minst - vi må være på tilstrekkelig god talefot med dem til at dt er mulig å drofte konsekvensene av denne typen vurderinger. Konklusjonen kan f.eks. bli at prioriteringer og arbeidsdeling må endres i bydelen for at oppgavene skal løses. Vi har alle hørt mange ganger om legeyrket som det frie liberale erverv. Der den enkelte kan drive sin virksomhet etter egne lyster og eget hode. Ta imot de pasienter man vil på den måten man vil. Klart dette har sine særdeles fristende aspekter - jeg skal gjerne innrømme at jeg av og til kjenner den onde lyst i mitt hjerte og fristes av å organisere et effektivt og knirkefritt lite medisinsk firma som bare rekrytter effektive og knirkefrie pasienter og der jeg aldri behøver å spørre andre enn meg selv om hva jeg hadde lyst til å arbeide med. Nå vil jeg ikke oppfattes slik at dette blir min beskrivelse av privatpraktiserende kolleger. Langt derifra. Jeg beskriver karikaturen av et helsevesen der ingen skjeler til behov og ressursfordeling, og der det i grunnen blir det samme hvem som ikke kommer til: Etter kommunehelseloven har alle primærleger med avtale visse forpliktelser som burde innebære muligheter for en overordnet samfunnsmedisinsk ressursforvaltning. Oslo har fortsatt en betydelig andel av privatpraktiserende leger, og i bydel 8 utgjør de majoriteten av primärlegene. Jeg er glad for å kunne snakke



pent om våre lokale private kolleger uten å behøve å ta et eneste forbehold. Vi har brukt atskillig tid og krefter på å opparbeide et godt samarbeid. Men vi må fortsatt se i øynene at kommunalt ansatte leger og privatpraktiserende leger med avtale iblant kan ha direkte motstridende interesser. Det går an å være i interessekonflikt uten å være uvenner. Og som minoritetsrepresentant - denne gangen fra det offentlige helsevesen - har det heller ikke i bydel 8 alltid vært like lett å sørge for at ansvaret blir godt nok delt. Og her kommer mitt åttende poeng:

Det er umulig å bestyre en blandingshelsetjeneste uten at lovverk, forskrifter og avtaler klargjør forpliktelser i like stor grad som rettigheter

I årenes løp synes jeg likevel vi har funnet lokale løsninger som er til å leve med. Selv om det er svært så magert med leger i bydelen i juli hvert eneste år.

Av og til blir man resignert. Det blir i hvert fall jeg. Av og til. Det aller mest slitsomme er å se sammenhenger som det er umulig å gjøre noe med. Avmaktsfølelse kan være en aktuell trussel for samfunnsmedisineren, fordi vi påviser omstendigheter som det er opp til andre å gjøre noe med. De av oss som er almenpraktikere dypt inne i sjelen, er veldig vant til å ordne opp selv. Vi er kanskje ikke like flinke til å forholde oss til vår egen hjelpeboset. Eller kanskje det er riktigere å redefinere, og prøve å lære at vi faktisk ikke behøver å ordne opp i alt helt selv hele tiden. For meg har det vært en utfordring og en optimistisk erfaring å innse at min oppgave ofte bør bestå i formidling. Kunsten blir å si fra på rett tid, på rett måte og til rett addresstat. Som samfunnsmedisinere må vi kjenne tjenestevei og forvaltningslinjer godt nok til å plassere våre kunnskaper der de hører hjemme - det vil si der noen har fullmakt til å gjennomføre de endringene vi mener må til. Som regel lever beslutningstakerne langt unna grasrota og asfalten, og vi må sørge for å skaffe dem forutsetningene for å forstå hvorfor hva slags endringer som kan være nødvendige. Vi må lære oss å finne ut hvem som tar hvilke formelle og uformelle beslutninger, og vi må forstå systemenes indre liv godt nok til å vite når byråkrater og politikere spiller på lag eller er i kon-

flikt. Og her kommer mitt niende poeng:

Samfunnsmedisinsk endring forutsetter at beslutningstakerne har fått tilført relevant kunnskap om helseforhold som kan påvirkes

Formidling er forøvrig et eget fag, der vi kan lære mye av journalister og faglitterære forfattere.

Dette innlegget nærmer seg slutten. Og det er mye viktig jeg ikke har sagt noe om i det hele tatt. Det var meningen. Jeg ville snakke om utfordringer som jeg kjenner - om erfaringer jeg selv har gjort, og problemer jeg selv har vært oppatt av. Jeg hadde ikke tenkt å si noe om luftforurensing og trafikkproblemer, om Grunnlinjen og Fjellinjen, om stoffmisbruk og gatebarn, om nettverk og ensomhet, eller som vold og utsrygghet. Dette er samfunnsforhold som i høy grad påvirker helsen for folk som bor i Oslo, og som samfunnsmedisinerne blir nødt til å beskjefte seg med. Jeg har ikke engang tenkt å si noe om røyking, alkohol og kosthold - levevaner som kanskje er våre aller viktigste samfunnsmedisinske utfordringer enten vi har Oslo eller Smøla som nedslagsfelt. Skal hun ikke engang si noe om desentraliseringen, tenker dere kanskje. Nei. Jeg gjør ikke det. Det er mange andre som

kommer til å si mye om det. Jeg har hørt om desentraliseringen siden jeg begynte i Helserådet i 1977 - og jeg vet ikke helt om jeg tror det før jeg ser det. Mitt aller siste og tiende hovedpoeng blir dermed:

Samfunnsmedisinsk arbeid på bydelsnivå behøver ikke vente til senere - når alt er blitt så meget bedre. Sett igang der du er!

■

Litteratur:

1. Høversta L. Behov for helsetjenester i bydelene. Oslo: Oslo Helseråd/Utdredningsavdelingen - rapport nr. 5/84, 1984.
2. Telje J. Hvem går ikke til doktor? Konsultasjonsvaner i et nord-norsk legedistrikt. Tidsskr Nor Lægeforen 1974; 94: 1596-99.
3. Rutle O. Pasienten fram i lyset - analyse av legekontakter i primærhelsetjenesta. Oslo: SIFFs gruppe for helsetjenesteforskning rapport 1/83, 1983.

Tabell 1

Alder (år):	A	B
	Befolkningsbydel 8	Pasienter Rodeløkka HSS:
0- 9	6,0%	4,4%
10-19	4,7%	2,5%
20-29	20,7%	14,1%
30-39	14,6%	8,5%
40-49	7,5%	4,5%
50-59	7,5%	4,3%
60-69	13,6%	13,5%
70-79	17,6%	33,0%
>80	7,8%	15,0%
Tilsammen	100,0%	99,8%

Bidrag til Utpostens essaykonkurranse 1986:

Svangerskapskontroll

Svangerskapsomsorga er i sokelyset for tida. NOU-17-1984 slår fast at dette feltet må gjerast betre i etertida. Målt i perinatal mortalitet kjem Norge dårlegare ut enn nabolandene våre. Sokelyset har blitt sett bl.a. mot den svangerskapskontrollen som blir gjort i almenpraksis, og mykje kan tyde på at vi ikkje er flinke nok til å fange opp risikogrupper slik at dyrbart tid går tapt. Kritikken mot oss som dårlege svangerskapskontrollørar skaper imidlertid angst for å oversjå patologi. Her ligg etter mi meining ein fare, nemleg at vi blir endå meir einsidig somatisk og teknologisk fikserte og gløymer heilheten.



Reidun F. er almenpraktikar i duplopraksis med driftstilskudd på Halmstad i Rygge. Ho er cand. med. frå Oslo 1978. Turnus ved Diakonhjemmet i Oslo og Stor-elvdal. I 1/2 som assistenlege ved gynekologisk avdeling ved Sarpsborg sykehus har ho og vore. Pr. primo desember ventar ho no det fjerde barnet sitt.

Reidun Førde
almenpraktiserende lege, Rygge

Som mange har oppdagat, er begrepet svangerskapskontroll skifta ut med svangerskapsomsorg. Jordmødre og helsesøstre har lenge, og vel til dels med rette, kritisert oss for å vere einsidige kontrollørar, ute av stand til å ivareta dei meir "mjuke" sidene ved graviditeten. Dette har vore brukt som argument for at almenpraktikarane ikkje lenger bør ha ein så sentral plass i arbeidet med gravide som vi til no har hatt. Tida er etter mi meining no inne til å ta denne kritikken alvorleg.

Er det så noko spesielt med svangerskapet som livsfase som dei fleste av oss veit for lite om, og vil auka kunnskap om dette gjere oss betre skikka til å drive forebyggande helsearbeid? Eg trur svaret er eit klart ja på begge desse spørsmåla.

Tradisjonelt har svangerskapet blitt oppfatta som ei harmonisk og psykisk ukomplisert tid. Myta om den lukkelege gravide med ferskenhud og strålande auger, lever enno. I den seinare tida har imidlertid interessa for den psykiske sida av svangerskapet vokse, kanskje hand i hand med

interesse for kvinna på det politiske og historiske planet. Det er frå vitenskapeleg hald blitt reist spørsmål om ikkje den psykiske sida av svangerskap, fødsel og barseltid ofte kan vere ein like stor belastning for einskilde kvinner som dei fysiske plagene, og at denne delen burde vere gjenstand for støtte og oppfølging på lik line med den somatiske overvakninga.

Straks vil kanskje motforestillingane dukke opp. Er ikkje dette igjen elendigkeitstenking? Er vi nå ute etter å sjukleggjere endå ei av kvinnene sine livsfaser? I gamle dagar gjekk då dette uproblematiske for seg?

Weisser-Aall (1) skriv at i følge gammal norsk tradisjon var den gravide kvinnen særleg påvirkeleg. Ho måtte vernast frå ytre ting som kunne påverke den vesle på ein ugunstig måte. Den gravide måtte halde seg til ein nøyaktig bestemt levemåte, måtte gjennomføre bestemte riter for at fødselen skulle bli lett og barnet uten feil. Den vordande mora skulle vere glad, tungtinn og motløyse ville gå i arv til barnet. Alle som omgav kvinnene i denne tida, også mannen, måtte gjere kva dei kunne for å avlaste henne fysisk og elles dekke behova hennar.

Nå er det ingen grunn til å romantisere fortida. Vi kjenner

Holl eller omsorg?

til det fysiske slitet og den reelle angstn for fysiske komplikasjoner både hos mor og barn. Likevel kan det tenkast at leve-reglane gav kvinnene ei trygghetskjensle, ei kjensle av å kunne påvirke si eiga og barnets helse når dei berre følgde dei aksepterte råda. Dessuten veit vi at kvinnene opplevde eit særskilt fellesskap i denne tida. Eldre kvinnelege slektingar, grannekoner o.l. omgav ofte den gravide både med eiga røynsle og med hjelp i det daglege arbeidet. Desse kvinnene tok også på ulike måtar del både i fødselen og barseltida. På den måten opplevde den gravide kontinuitet, ho var omgitt av menneske som kjende henne og som visste korleis det var å vere kvinne i hennar miljø.

I dag er dei fleste overleveringane stempla som overtru og forkasta. Med den moderne medisinen kom tendensen til å legge meir og meir vekt på det vitenskapslege, mindre og mindre vekt på det irrasjonelle og det følelsesmessige i menneskelivet.

I tillegg opplever vi i dag ei rivande samfunnsutvikling. Folk skifter stadig bustad og stadig fleire blir buande langt borte frå slektingar og venner. Dette har gjort at kjernefamilien er meir isolert enn tidlegare. Dei fleste kvinner er i dag i ei eller anna form for utearbeid og samfunnets krav til effektivisering og produktivitet stig stadig. Kvinnene har fått auka sjølstante, middel til å påvirke eigen reproduksjon og også større samfunnsmessig innflytelse. Men eg er ikkje sikker på om det er blitt lettare å gå gravid og få barn. Det vi som moderne menneske har mista av tradisjon og medmenneskeleg kontakt, er kanskje særleg utslagsgivande i perinatalperioden, og nettopp dette meiner eg bør vere ei utfordring til oss som arbeider med gravide. La oss så sjå på noe av nyare forskning rundt graviditet.

Det å bli mor er eit vendepunkt i livet. Erikson (2) hevder at mennesket gjennomgår kontinuerleg vekst fysisk og psykisk. Han skildrar menneskets utvikling i dei ulike livsfasene som utviklingskriser der det endelege målet er "ego-integritet". I eit slikt begrep legg han individets modne akseptering av eige livsløp og ei forsonande holdning til livet og eigen lagnad. Blant ei av utviklingskrisene reknar han perinatalperioden der kvinna på kort tid skal tilpasse seg morsrolla og det skal utvikle seg eit sunt mor/barn forhold.

Bibring (3) gjorde ei undersøking i Boston i 1961 ut frå teorien om at svangerskapet kan representere ei psykisk krise for kvenna. Resultata frå undersøkinga stader fast hypotesa. Krisa manifesterer seg for det første i reaktivering av tidlegare konflikter, for det andre til regresjon med tilsynskomst av tidlegare adferdsmønster, holdningar og ønskje. Bibring finn at forsvarsmekanismen synes å bli svekka i svangerskapet og at konfliktfylt stoff blir fortrent i mindre grad enn elles. Ho presiserer at kvinnene i hennar materiale ikkje hadde psykiske problem før graviditeten, ein kan såleis ikkje hevde at svangerskapsproblema berre var ei vidareføring av tidlegare oppstått patologi. Dessuten slo det henne korleis etter måten små og lite resurrskrevende terapeutiske tiltak kunne ha god effekt på etter måten alvorlege psykiske symptom i denne tida.

Sams for begge desse forfattarane er altså at dei ser på svangerskapet som ei livskrise som har modning og personleg vekst som endeleg mål. Blir påkjenningane for store, kan det føre til psykisk ubalanse som kan få store konsekvensar både for kvenna sjølv og forholdet til barnet. Skulle ikkje dette vere ei utfordring til oss almenpraktikarar

til å få integrert også denne kunnskapen i arbeidet vårt med dei gravide? Men då må vi sjå på denne delen av arbeidet vårt som anna enn venstrehandsarbeid som vi puttar innimellom dei meir tidkrevande pasientane. Eit stikkord er individualisering. Dei fleste gravide er veltablerte kvinner med gode ressursar og velregulerte liv, og desse skal vi ikkje pådytte symptom og plager dei ikkje har. Men så har vi nokre, og desse er kanskje fleire enn vi anar om vi stiller oss åpne og lyttande og brukar den tilliten og personlege kontakten vi ofte har etablert frå tidlegare pasient/lege-møte, som treng tid til å få komme med angst, uro og tunge tankar dei kan ha frå tid til anna. Eg er overtydd om at interesse, ei aksepterande og lyttande holdning, vil få store konsekvensar for mange og føre til at svangerskapet utviklar seg til å bli personleg vokster og utvikling. Så vil vi venteleg og kunne plukke ut dei få som frambyr psykopatologi som treng kvalifisert hjelp i form av psykoterapi. Mykje er oppnådd dersom slik behandling kan bli etablert før fødselen og før forstyrrelsar i mor/barn har fått for store konsekvensar.

Dette fører meg rett over til den andre grunnen til at eg meiner svangerkspomsorga må vere heilheitleg og framtidsretta, nemleg til det aukande talet barn som blir fødde inn i eit tilvære der dei på langt nær får dekka sjølsagte behov for omsorg, grenser og tryggleik. Korleis skal vi som almenpraktikarar stille oss til desse barna med alle våre ideal av oss sjølve som berarar av heilheten og med tankane våre om førebyggande helsearbeid? Slik det er i dag, vil dei fleste av desse barna før eller seinare komme i kontakt med helsevesenet. Men då er dei ofte blitt berarar av multiproblem og hjelpeapparatet står maktelaust.►

Statistisk sett ligg Norge blant dei aller beste sett i verdsammenheng når det gjeld spesialbarndødelighet. Men gruppa med psykososiale problem er sannsynlegvis aukande. Dette avspeglar seg i auka press på sosialkontora og eit stigande antal barnevernsaker. Vi har eit aukande antal gatebarn, narkotikabruken grip om seg i lavare aldersgrupper og kriminaliteten blant unge er eit problem. Folk som arbeider i barnehagar og skular kan fortelle om veksande problem med adferdsavvik. Barnepsykiatriske poliklinikkar opplyser at barn blir henviste for seint. Korleis skal vi som almenpraktikarar forholde oss til dette? Problemet er vanskeleg og har mange årsaker. Eg har ikkje noko fasitsvar. Mange av årsakene ligg i samfunnsutviklinga, og denne kan berre påvirkast gjennom politisk arbeid. Vår styrke og viktigaste hjelpemiddel er ankerfestet i heilheten. Vi kjenner ofte den gravide og miljøet rundt henne frå før svangerskapet. Vi veit om ressursane hennar og kan oppmunstre desse, gi henne tru på seg sjølv og på at ho vil mestre den oppgåva ho står framfor. Svært ofte veit vi nok allereide tidleg i svangerskapet til å plukke ut dei barna som vil stille svakt ressursmessig og kanskje utvikle psykososiale problem. Som almenpraktikarar sit vi sentralt i hjelpeapparatet. Vi kjenner ofte helsesøster og kan ved behov kople inn før fødselen for å sikre kontakt og tillit. Vi har kontakt med fødeavdeling og jordmor og kan ofte bidra med nyttige opplysningar for å kunne gi kvinnen ekstra støtte under fødselen og i barseltida. Vidare har vi kontakt med sosialkontor og psykiatriske poliklinikkar. Det er i dag for dårlege rutiner for samarbeid mellom dei ulike delene av hjelpeapparatet. Eit samarbeid kjem ofte ikkje i stand før krisa er blitt akutt og det blir snakk om barnevernsak.

Som almenpraktikarar vil vi ofte møte barnet att etter fødselen ved sjukdom og problem. Har vi følgt kvinnen gjennom ein så viktig del av livet som eitt svangerskap og greidd å skape tillit og personleg kontakt, har vi ein god innfallsport også til å kunne støtte og hjelpe henne seinare. Då vil vi også kunne vere betre i stand til å kunne vurdere barnets problem meir heilheitleg. Dei ressursvake kvinnene vil sannsynlegvis også i mindre grad oppfatta oss som formyndarar og kontrollørar. Og vi har kanskje greidd å bli eit lite ankerfeste i eit elles kontaktfattig tilvære.

Rein svangerskapskontroll kan kanskje jordmødre og gynekologar gjere like bra eller betre enn oss. Omsorgsdelene og muligheter til å drive profylakse bør vi kunne gjere betre enn anna helsepersonell. Nettopp derfor kan og bør vi kjempe for at svangerskapsomsorga først og fremst bør vere almenpraktikarens ansvar.

Men då må vi også ta i mot utfordringa, tenkje nytt og vere villige til å ta gamle haldningar opp til revisjon ■

Litteratur:

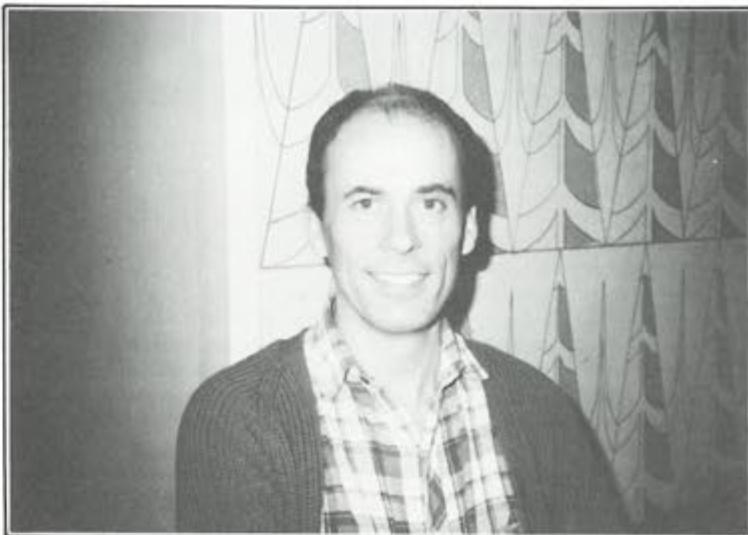
1. Weisser-Aall L. Svangerskap og fødsel i nyere norsk tradisjon. Oslo: Norsk Folkemuseum. 1968.
2. Erikson E. Barndommen og samfunnet. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 1968.
3. Bibring GL & al. A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. International Universities Press 1961; 16: 9-24.

Forskningsprisen 1986 til Svein Z. Bratland

Norsk Medisinaldepots pris til fremme av forskning i almenmedisin for 1986 er tildelt Svein Zander Bratland. Bratland fikk prisen for sine undersøkelser omkring bruk av ultralyddiagnostikk i almenpraksis, og overrekkesen fant sted under APLFs årsmøte på Gjøvik i november.

Svein Z. Bratland, som sikkert er kjent for mange av Utpostens leser, har vært almenpraktiker på Dokka siden 1974, og han har publisert en rekke artikler ut fra sine ultralydundersøkelser.

Utposten slutter seg til gratulantene!



NAVF's program for almenmedisinsk forskning åpnet

Norsk Almenvitenskapelig Forskningsråds (NAVF)s Program for almenmedisinsk forskning ble offisielt åpnet 17. november 1986. Ved åpningen ble behovet for almenmedisinsk forskning understreket, ikke bare fra faget selv, men også fra helsemyndighetene, som var representert ved sosialminister Tove Strand Gerhardsen og medisinalråd Anne Alvik. Sistnevnte er førstegang også formann i styringsgruppen for programmet.

Programmet settes i verk for å stimulere almenmedisinsk forskning og bygge opp forskningskompetanse i faget. Fra starten er det tilsatt to forskningsveiledere, Dag Bruusgaard med ansvar for Østlandet og Nord-Norge og Even Lærum med ansvar for Vestlandet og Midt-Norge. Tre stipendiatar er allerede i gang, og med ordinære NAVF-stipendiatar og nye bevilgninger, vil åtte kolleger i løpet av ett års tid være i gang med prosjekter av doktorgradsomfang. Det planlegges en serie forskningskurs, beregnet på disse stipendiatene og andre med interesse for forskning, og det første kurset ble arrangert i tilslutning til åpningen.

Oppstartingen av dette programmet er en ny milepæl i norsk almenmedisin.



De to forskningsveilederne • Even Lærum (tv.) og Dag Bruusgaard

Det skjer mye i faget for tiden. Aktiviteten er stor, og forventningene enda større.

Hva er almenmedisinsk forskning?

En hovedsak for de ansvarlige bak pro-

grammet har vært å definere den "ekte" almenmedisinske forskning. Per Fugelli gjentok ved åpningen sin definisjon av klinisk almenmedisinsk forskning og fremholdt at det er viktig å holde grupperettede, samfunnsmedisinske prosjekter utenom for å avgrense programmet. At dette er kontrovers-

sielle synspunkter var åpenbart av de mange spontane kommentarer fra salen.

Lar det seg gjøre å frigjøre den almenmedisinske klinikken fra den epidemiologiske sammenheng faget utøves? Per Fugelli slo på store trommer, for å bruke hans egen språkdrakt, i sitt oppgjør med fortiden. En fortid han selv har preget i mer enn ett decennium. Tiden for ideologisk tenking og tale er nå åpenbart over, ihvertfall i Bergen. La oss håpe at årene som har gått har gitt tilstrekkelig ideologisk ballast til å hindre at den nye kursen ender like inn i sykehuslaboratoriene reagensglass. Jakten på det almenmedisinske mikroskop synes ikke å være oppgitt.

Utformingen av en almenmedisinsk forskningsstrategi er ikke det minst spennende ved programmet. Både utfallet av denne diskusjonen og de forskningmessige resultater av programmet imøteses med spenning.

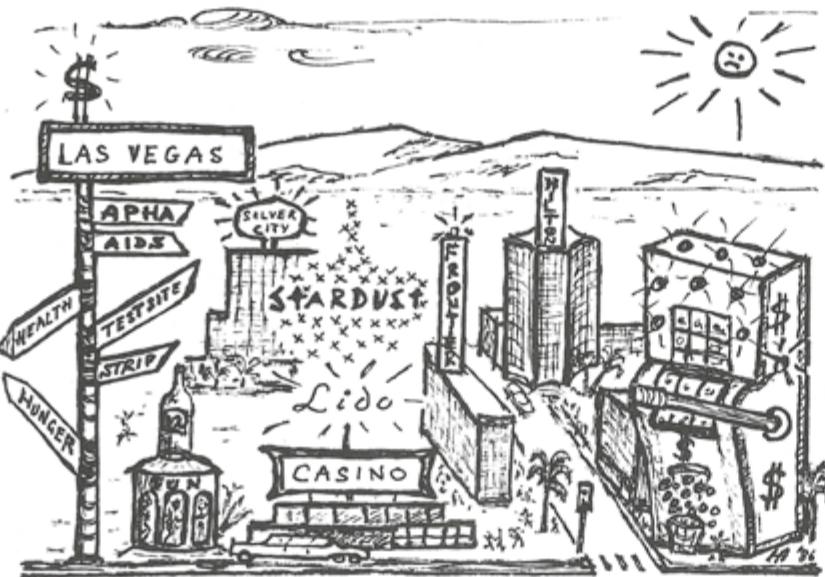
I denne omgang gratuleres både NAVF, initiativtagerne bak programmet og det almenmedisinske miljø med tiltaket!

Inntrykk fra årsmøtet til American Public Health Association (APHA):

Las Vegas: H

American Public Health Association holdt sitt årsmøte i Las Vegas, Nevada, i tiden 28.9-2.10 1986. Motto for konferansen var "Krise i førstelinjetjenesten". I denne storstilte samfunnsmedisinske festival deltok vel 8.000 medlemmer, bredt tverrfaglig sammensatt av mange profesjoner: Leger, sykepleiere, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter, sosionomer, psykologer, pedagoger, jurister, økonomer, planleggere med flere.

American Public Health Association ble grunnlagt i 1872 og var alt aktiv tenår da vår egen legeforening ble stiftet. Med sete i Washington har organisasjonen bred kontakt med det politiske livet og driver en intens utrednings- og informasjonsvirksomhet for å påvirke opinionen innen de besluttende organene i kongressen og statsforvaltningen.



else eller hasard?

□ Herman Anker
overlege, Oslo helseråd

Konferansen var vel forberedt og regissert. Fortegnelse over de vel 600 programinnslag samt resymeer av innlegg og foredrag ble presentert i et format svarende til en større norsk telefonkatalog. Møtene ble avviklet i det stedlige kongress-senter og flere stor-hoteller; Hilton hadde plenumssal med plass til samtlige deltakere. De første programposter startet kl. 0730 med frokostmøter, mens de siste sesjonene kunne vare til kl. 2200. Å velge blandt så mange tilbud kan oppleves som å være barn i et stormagasin før jul. Hermed følger spredte snakebiter fra denne samfunnsmedisinske meny.

APHA's president, dr. William Foege, slo i sin åpningstale fast at organisasjonen må representere samfunnets samvittighet overfor myndighetene og kjempe for livskvalitet i en tidsalder med fullkommen teknologi og helsepolitisk forvirring. Selv om den forventede levealder har økt med 25 år i løpet av det 20. århundre, kan 2/3 av alle dødsfall før 65 år forebygges. Blant viktige helseproblemer fremhevet han særlig AIDS-epidemien, menneskerettigheter, atomnedrustning og miljøforurensing med toksisk avfall.

Han understreket sitt syn med et sitat fra Nobelprisvinneren Galbraith "Kapitalismen og kommunismens aske vil ikke kunne skilles fra hverandre". Som kommentar til dagens politiske situasjon i USA lånte han Mark Twain's beske aforisme, "Vi har den beste kongress som kan kjøpes for penger". Til sist utfordret han tilhørerne til å tenke globalt som ansvarlige verdensborgere fremfor å prioritere nasjonale særinteresser. I 1953 uttalte tidligere general Eisenhower, nå som president, "Hvert skudd som avfyres er et tyveri fra de sultne". Tidligere president Jimmy Carter var til stede ved åpningsseremonien. I sin hilsningstale fremhevet han

arbeid for fred, nedrustning og menneskerettigheter og understreket at regjeringen bør prioritere kamp mot sult, nød og fattigdom snarere enn stjernekrig.

Innføring av en nasjonal helseforsikringsordning var et sentralt debatt-tema på konferansen. Blant verdens rike land er USA og Sør-Afrika de mest tilbakestående i denne sosiale sammenheng, en tankevekkende sammenlikning. For tiden teller USA 35-40 millioner innbyggere som står ubeskyttet av de statlige støtteordninger Medicare og Medicaid eller av privat sykeforsikring. Det er på tide å rette opp denne skamplott i amerikansk samfunnsliv og innføre en nasjonal helseforsikring som dekker hele befolkningen og er alment tilgjengelig. Saken bør kjempes frem av en ny borgerrettsbevegelse på tvers av motstand fra den medisinske fagbevegelsen. Det vil bli en hard kamp under det nåværende styret som har vedtatt en generell nedskjæring av statsbudsjett på 4,3%. Konsekvensen er en reduksjon på 70-90 milliarder dollar i nasjonale overføringer til helsestjenesten, hvilket vil forverre kårene til de svakeste: kvinner, barn, eldre og etniske minoriteter.

Helsestjenesteforskning i frontlinjen blir viet bred oppmerksomhet, spesielt innen psykisk helsevern, forebyggende helsearbeid i lokalmiljø og menneskerettighetsarbeid. Diskusjonen fokuserte på definisjon av kvalitetskriterier og utvikling av gode måleinstrumenter.

AIDS-temaet ble belyst fra mange synsvinkler. Erfaringer fra storbyer som San Fransisco og New York viser en foruroligende økning av sykdommen blant kvinner og barn. Av kvinnene er 75% sorte eller latin-amerikanske (hispanics), mens disse folkegrupper har 90% av barne-AIDS tilfellene. En epidemiolog fra San Fransisco la frem en undersøkelse om emosjonelle reaksjoner hos pasienter før og etter HIV-testing. En 32 år gammel AIDS-pasient skildret hvordan AIDS-

diagnosen hadde påvirket hans livsstil. Som promiskuøs homofil med ca. 3000 seksuelle kontakter, hadde han opplevd avvisning av familie og arbeidskamerater da diagnosen ble stilt. Sykdommen hadde endret hans liv og gitt det nye, rike dimensjoner. Han arbeidet nå optimistisk for å hjelpe andre pasienter.

Lærdom fra Tsjernobyl-katastrofen ble presentert av Robert Peter Gale, den amerikanske rådgiver for sovjetiske myndigheter. Hans kvalifiserte skjønn konkluderte med at Europa som følge av ulykken kan forvente en økning på 5-50.000 nye tilfeller av malign sykdom, hovedsaklig leukemi og cancer i thyreoidea, bryst og lunger. De samfunnsmedisinske profesjoners motstand mot kjernevåpen kom dramatisk til uttrykk under konferansen ved en demonstrasjon mot USA's fortsatte prøvesprengning, på tross av Sovjets ensidige stans. Om lag 500 deltagere kjørte i busser ut til prøvefeltet i Nevada-ørkenen. Mens en under-jordisk atomeksplasjon fant sted, bokstavelig under deres føtter, marsjerte de arm i arm mot politisperringene. Nobelprikmottaker dr. Bernhard Lown ble arrestert sammen med ca. 150 andre helsearbeidere. 15 dager senere ble nok en under-jordisk atomsprengning utløst.

Las Vegas markedsføres som verdens moro-hovedstad. Fjetret foran blinkende spilleautomater møter en fattig og rik: friske, fete og funksjonshemmde som prøver lykken. Ved de grønne bordene serveres gratis drinker til fremme av spillelysten. Underholdningstilbuddet er døgnkontinuerlig, altomfattende, helt upersonlig og totalt uforpliktende.

I hverdagen konfronteres vi ofte med sider ved amerikansk politikk og samfunnsliv som vekker uro. Helse er politikk. Konferansen i Las Vegas etterlot ingen tvil herom! I USA's mektige og mangslungne samfunn fremstår American Public Health Association som en inspirerende kraft i kampen mot likegjeldighet og politisk hasard-spill med helse.

Nordisk almenpraktikerkurs

Belastningssykdommer i almenpraksis

(Muskel/skjelett-sykdommer i almenpraksis)

30.3.-1.4.1987 i legeforeningens utdannelsessenter, Soria Moria, Oslo

Kurset er beregnet på nordiske almenpraktikere. Kurset teller med 25 timer i videre- og etterutdannelsen og dekker ett av de obligatoriske emnekurs i spesialistutdannelsen i Norge. Kurset er begrenset til 150 deltakere med kvote fra hvert av de nordiske land.

Arbeidsutvalg: Prof. Chr. Borchgrevink, forskerveileder Dag Bruusgaard, bydelslege Jens Eskerud, dosent Birgitta Hovelius (Sverige), professor Carl Erik Mabeck (Danmark), professor Gösta Tibblin (Sverige).

Påmeldelse: Chr. Borchgrevink, Institutt for almenmedisin, Fr. Stangs gt. 11/13. 0264 Oslo 2, innen 1. februar 1987. Kursavgift: Kr. 700,-.

PROGRAM

MANDAG 30. MARS

Formiddag:

Plagsomt for pasient, dyrt for samfunnet og vanskelig for legen. Stortingsrepr./lege Astrid Nekleby-Heiberg.

Hvilke sykdommer dreier det seg om - definisjoner av avgrensninger. Forskerveileder Dag Bruusgaard.

Epidemiologi. Lektor Lauritz Ovesen.

Ettermiddag:

Smerten: selve kardinalsymptomet

Smertemekanismen. Prof. Terje Lømo

Eksistensielle smarerter. Prof. Bjørn Øgar

Hvorledes møter almenpraktikeren pasienten med smarerter. Praktiserende lege Halvor Heuch

TIRSDAG 31. MARS

Formiddag:

Diagnostikk

Introduksjon i plenum. Spesiallege Henrik Weber

Grupper på 10-15 leger roterer i fem forskjellige lokaler hvor undersøkelsesteknikk blir demonstrert (nakke, skulder, overarm, rygg, hofte, kne). Prallelt med dette vil det foregå gruppearbeid.

Ettermiddag:

Behandling:

Egenomsorg og mestring, hvorledes leve med smarerter. Dosent Bengt Mattson.

Fysikalsk behandling:

Fysioterapi. Fysioterapeut Eline Thornquist

Manuell behandling. Praktiserende lege Ole Knudsen

Medikamentell behandling. Professor Arne Melander.

Sporreundersøkelse til et panel sammensatt av almenpraktikere og spesialister

ONSDAG 1. APRIL

Formiddag:

Årsaker og forebyggelse

Gunstig og ugunstig bruk av muskler.

Instituttsjef Ole Seiersted. Et ergonomisk dilemma, reduksjon eller endring i arbeidsbelastning. Spesiallege Per Blom.

Forebyggelse i aldersperioder:

- 1) Barn. Overlege Arthur Hertzberg
- 2) Voksne. Prof. Gösta Tibblin
- 3) Eldre. Praktiserende lege Gert Almind

Ettermiddag:

Rapport fra arbeidsgrupper

Avslutning - Veien videre. Professor Christian Borchgrevink.

EMNER FOR GRUPPEARBEID UNDER KURSET:

- 1) Pasienter med utbredte smærter fra forskjellige deler av muskel/skjelettsystemet
 - 2) Vurdering av smærter fra muskel/skjelettsystemet: Hvor vondt har fru Hansen?
 - 3) Informasjon til befolkningen og til den enkelte
 - 4) Lokale rehabiliteringsteam
 - 5) Almenpraktikerens rolle i rehabilitering av ledopererte pasienter
 - 6) Betennelsestilstander (polyartritt, Bechterew o.s.v.)
 - 7) Idrettsskader: almenpraktikerens rolle - på 1. divisjonsnivå eller mosjonsnivå
 - 8) Forskning om årsak og effekt av forebyggelse og behandling
 - 9) Pasienter med vondt i hodet/nakke/skulder/arm. Diagnostisere-forebygge-behandle-forske
 - 10) Pasienter med vondt i ryggen. Diagnostisere-forebygge-behandle-forske
 - 11) Pasienter med vondt i underekstremitetene (hofte/knær/ankel). Diagnostisere-forebygge-behandle-forske
 - 12) Samarbeid med spesialister og annet helsepersonell
 - 13) Forholdet til utøvere av alternativ medisin
- De som melder seg til kurset bes om å angi i prioritert rekkefølge tre arbeidsgrupper de gjerne vil delta i.

Teknologi på offensiven

Uttalelsen fra Konsensuskonferansen om bruk av ultralyd i svangerskapet

I Tidsskriftet nr. 33/1986 får vi gjengitt uttalelsen fra Konsensuskonferansen i sin helhet. Siden alle med interesse for emnet sikkert har lest uttalelsen skal jeg ikke plage dere med noe referat.

Den er imidlertid oppsiktsvekkende, ikke bare fordi den er resultat av den første konsensuskonferansen som er avholdt i Norge, men også fordi:

- Konklusjonen kolliderer alle de faglige premissene i uttalelsen.
- Norge blir det første land i verden med anbefaling av rutinemessig ultralydscreening i svangerskapet, hvis uttalelsen tas til følge av Helsedirektoratet.

"Goddag mann økseskraft-følelsen" man sitter igjen med etter lesningen frister til en litt annen oppstilling enn tidsskriftets, bare for å få en visuell antydning om balansepunktet i argumentasjonen:

Mot screening:

Den medisinske nytteverdi av ultralydscreening i svangerskapet kontra undersøkelse av gravide som henvises på indikasjoner, er ikke vist.

Den trygghet de fleste kvinner føler etter undersøkelsen må veies mot "den tapspost som ligger i at det vanskelig kan unngås at noen kvinner pga. falske positive funn vil bli påført unødig uro og engstelse, i verste fall unødig intervensjon."

Det er reist spørsmål om hvorvidt det å innføre screening vil medføre en endret holdning til svangerskap og fødsel i sin alminnelighet ved å utvide den tradisjonelle risikotenkning til å omfatte alle svangerskap.

Det er også reist spørsmål om innføring av screening på dette området vil forsterke tendensen til teknifisering av lege/pasient-forholdet.

Hittil ikke erkjente skadefinnings kan ikke helt utelukkes. Derfor kan vi ikke anbefale at ultralyd innlemmes som en obligatorisk undersøkelse for alle svangre.

Hovedbegrunnelsen er altså basert på en defensiv holdning: Ultralyd som screening er nå så utbredt at det ikke er noen vei tilbake.

För screening:

Ultralyd er allerede i bruk i svangerskapet i Norge: 94% av kvinnene undersøkes med gjennomsnittlig 2,45 undersøkelser pr. kvinne.

På visse premisser vil et tilbud om en ultralydundersøkelse til alle gravide rundt uke 17 bidra til et redusert antall, bedret kvalitet og rimeligere geografisk fordeling av ultralydundersøkelser.

På individnivå kan det betraktes som en gevinst at det store flertall av kvinner som vil gjennomgå prøven uten at det blir konstateret noe avvik fra et normalt svangerskapsforløp, opplever en høyere grad av trygghet enn de ville gjort uten denne undersøkelsen.

Mot dette står viktige faglige argumenter, og konklusjonen virker helt ulogisk. Den er likevel ikke helt uforståelig. Det er nå, bevisst eller ubevisst, skapt et massivt marked som er vanskelig å se bort fra.

Uttalelsen inneholder imidlertid en klar kritikk av den praksis som har utviklet seg: "Bruken av ultralyddiagnostikk hos gravide har utviklet seg ukontrollert i Norge. Dette har ført til at det har vært gjort

mange ultralydundersøkelser på tvilsomme indikasjoner og uhensiktsmessige tidspunkt i graviditeten"

Man skal også merke seg formuleringer som:

"Undersøkelsen må utføres av personell med spesialkompetanse"

"Den som skal foreta underøkelsen må ha tilstrekkelig tid til den gravide."

"Informasjonen må være saklig og det må klart fremgå at ultralydundersøkelsen er et tilbud til den gravide"

"Det må også understreges at screening bare kan forsvarer der som den praktiseres innenfor rammen av et lege-pasient-forhold som tilfredsstiller de alminnelige etiske krav til kommunikasjon."

Jeg tolker dette som henvisninger til overtramp som nok er mer enn sporadiske enkelttilfeller.

Jeg vil ikke stå frem som noen generell motstander av teknologiske fremskritt.

Men dette er et eksempel på at teknologien, godt hjulpet av sikkert velmenende, men litt for entusiastiske forkjemper, ruller med en fart og tyngde som det er vanskelig å holde styring på. Denne utviklingen setter store krav til sentrale helsemyndigheter. De må på et tidligere tidspunkt gripe inn og ta stilling til spørsmål der sterke faglige og økonomiske interesser er involvert.

De neste utfordringene ligger allerede i løypa. Hva med mammografi, hva med cervix-cytologi, - hva med NMR?

Helsedirektoratet skal ta stilling til konsensusuttalelsen på nyåret, og det skal bli spennende å se om det er de faglige eller praktiske forhold som blir lagt til grunn for en offentlig anbefaling.



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 tablette
inneh.: Isosorbid-5-mononitrat 20 mg
const.q.s.

EGENSKAPER: Langtidsvirkende
(ca. 12 timer) nitropreparat med
virking på brysstmørter forårsaket av
koronar hjertesykdom. Antatt virke-
mekanisme: Tonusnedsettende
effekt hovedsakelig i venøse kapila-
ritanskær. Dette fører til redusert venøs
tilbakestremming og derved nedsatt
fyllingstrykk (preload) i hjertet.

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

INDIKASJONER: Profylaktisk mot
angina pectoris.

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

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

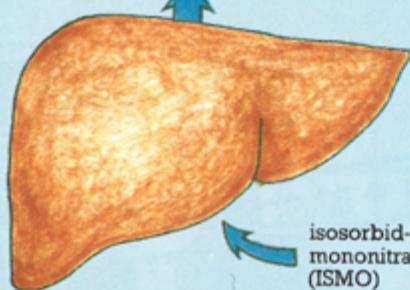
FORSIKTIGHETSREGLER: Ved
akkut hjerteinfarkt bør ISMO kun
brukes under streng medisinsk
kontroll. Forsiktighet utvises hos
pasienter med aorta klapfeile,
hypotensjon, akutt koronar okklusjon
eller akutt koronar insuffisjens med
blodtrykksfall. En mulig effekt på
intraokulært trykk tilsier forsiktighet

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

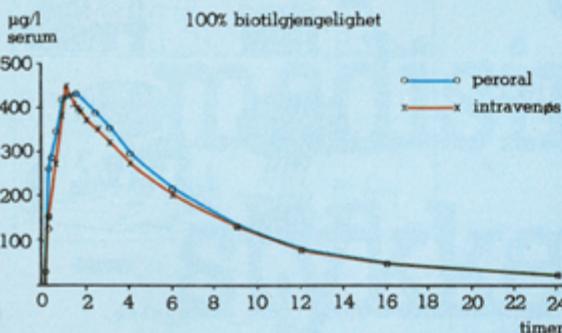
INTERAKSJONER: Alkohols effekt
på reaksjonsstiden kan potensieres.
Se Interaksjonstabellen i Felleskata-
log 1986. (I: 65e)

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Ved overproduksjon av methemoglo-
bin som følge av overdosering: Intrá-
venøs tilførsel av ascorbinsyre eller
metylenblåttopplesning. Oksygentil-

isosorbid-5-mononitrat (ISMO)



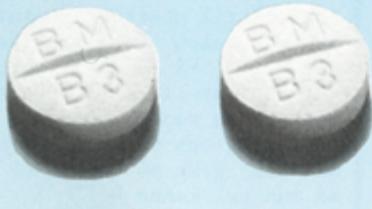
Ingen "first pass"-effekt og lang halveringstid gir enkel dosering³



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

ISMO - Normaldosedring også ved nyresvikt^{9,10} og nedsatt leverfunksjon¹¹.

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



morgen

kveld

førsel. Forevig vanlig generell behandling. Se kapitlet om Behandling av akute forgiftninger 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. Tablettene kan deles, men ikke knuses. Ved akutte anfall kan et sublinguale preparat benyttes.

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

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. Akhars 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. Raua 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

01.10.86

Helse-opp-lysnings-suksess!

□ Dag Brekke □ kommunelege i Molde, leder for OLL

I Utposten nr. 5/86 redegjør forfatterne Heian og Lystad for sitt hefte om egenomsorg.

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

Uten å gå nærmere inn i dette synes jeg det kan være oppmuntrende å gjengi hva "Årsmelding fra Norske kvinner sanitetsforening 1985" skriver:

"Opplysningsarbeidet må sies å ha fått en vitaminsprøyte i "Egenomsorgsheftet". mange foreninger har kjøpt det og delt det ut til alle husstander i kommunene, og andre er i ferd med å gjøre det. Bettens trykkeri opplyser at "Egenomsorgsheftet" er utgitt i 350000 eksemplarer.

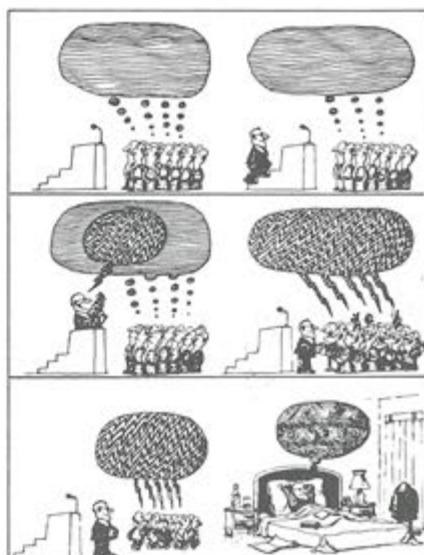
De lokale sanitetsforeninger var med på finansieringen av førsteutgaven av heftet, og denne store folkehelseorganisasjonen har nok også sin del av æren for den gode spredningen.

Forfatterne fortjener en lykkeønskning!

KURSREFERAT

Almenmedisin for almenpraktikere

Arrangert av Nordland legeforenings kurskomite 5.-7. juni 1986



Inger Njølstad kommunellege, Tromsø

I underkant av 20 almenpraktikere, en professor i almenmedisin og to spedbarn satte hverandre stevne i Sandessjøen i begynnelsen av juni i år. Kursprogrammet virket lovende og variert, og i alle fall undertegnede møtte fram med store forventninger.

Første emne var røyking, med tittel "Norge - røykfritt i år 2000?". Innleder var ass.lege Marit Eskeland. Det dreide seg om røyking og røykeassosierete sykdommer og om vår interesse for å registrere pasienters røykevaner. På forhånd hadde kursdeltakerne blitt bedt om å foreta en registrering av røykevaner hos våre pasienter. Resultatene ble drøftet i grupper, og konklusjonene ble lagt fram i plenum. Som vanlig hadde innsatsen på forhånd vært noe varierende, og den viktigste lærdommen ble for mitt vedkommende en påminnelse om hvor vanskelig og viktig det er å stille klare og entydige spørsmål når man skal foreta en undersøkelse.

Neste bolk handlet om konsultasjonen - et emne der alle almenpraktikere har masse erfaring, men kanskje mindre kunnskap? Vi fikk se videoopptak av konsultasjoner og prøvde oss på analyse av innholdet etter modell fra boka "The Consultation" av Pendleton m.fl., og med Tor Anvik som vegviser. Å se seg selv i en autentisk situasjon sammen med en pasient kan synes avslørende og skremmende, noe flere ga uttrykk for. Som deltaker i utdannings-

programmet for å bli spesialist i almenmedisin hadde jeg på forhånd vært inne på tanken om å foreta slike videoopptak, og kurset har resultert i helt konkrete planer om opptak som skal vises for resten av gruppa.

Neste dag var i sin helhet viet temaet seksuell misbruk av barn. Foredragsholdere var psykolog Knut Sørgård, lege Lisbeth Bang og jurist Eystein H. Eriksen.

Foredragsholderene skal ha ros for at de var konkrete, jordnære og praktisk rettet i sine innlegg. Også denne dag vekslet mellom gruppearbeid, foredrag og plenumsdiskusjoner. En autentisk, uløst incestsak ble lagt fram og bidro til en fruktbar og konkret debatt omkring dette vanskelige og alvorlige temaet.

Artikkelen "Ofre for seksuelt overgrep" av Lisbeth Bang, Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr 11, 1986 kan varmt anbefales alle som kan tenkes å få befatning med undersøkelse av barn og andre som er blitt seksuelt misbrukt. Bangs orientering om arbeidet for å bygge opp et hjelpeapparat for voldtektsfore i Oslo ga inspirasjon til oss andre om å forbedre tilbudene i våre egne kommuner.

Vi fikk råd om hvordan vi kan snakke med barn som har vært utsatt for seksuelt misbruk for å få dem til å fortelle uten at vi virker påtrengende, samt råd om hva slags signaler vi skal være på vakt overfor når det gjelder å avdekke incestforhold. Det ble presisert at vi som leger har anmeldelsesplikt hvis vi får kjennskap til straffbare seksuelle forhold der det kan

være fare for gjentagelse.

Siste dag orienterte almenpraktiker Karin Breckan om den nye spesialiteten almenmedisin og hvordan utdanningsprogrammet er lagt opp. Dette temaet var faktisk litt overflødig å ta opp akkurat i dette forum, da en rekke av deltakerne allerede var i gang med denne utdanningen.

Steinar Wøien gjorde rede for et nytt journalsystem for almenpraksis som Norsk selskap for almenmedisin har under utarbeiding. Han kom med en rekke tips om forbedring av journalene - temaer som også har vært tatt opp i Utposten. De fleste har vel fremdeles noe å lære der. En fordel med å holde kurs på et mindre sted, der de fleste deltakerne er innlosjert på samme hotell, er at omstendighetene innbyr til utstrakt sosial kontakt utenom det faglige programmet. På et mindre hotell er det heller ikke så travelt om natta, og resepsjonsdamen stilte velvillig opp som barnevakt mens mammaen gikk på nattklubb. Det må man vel kunne kalle service!

Aktiviteten fra deltakernes side var stor på dette kurset. Det skyldtes at temaene var midt i blinken for almenpraktikere, samt at de fleste hadde flere års praksis bak seg og dermed hadde gjort seg en del refleksjoner og tanker omkring faget. Temavalg og nivå var passe "høyt" - ikke banaliteter - ikke flisespikkeri. Om det var ren begeistring som fikk enkelte til å hoppe i havet hver morgen, skal være usagt. Kurset fungerte i alle fall som inspirasjonskilde til forbedringer på flere områder innen for almenmedisinsk praksis.

DEBATT • debatt • DEBATT • debatt • DEBATT • debatt

Almen-medisinsk forskning - stykkevis eller delt?

Jens R. Eskerud
bydelslege I, Lindeberg, Oslo

I Utposten nr. 6/1986 s. 193-6 spør Dag Bruusgaard om teoretisk almenmedisin skal ofres på praksisens alterbål. Han svarer selv benektede på dette spørsmålet, og det er jeg helt enig med ham i.

Det er ikke første gang dette spørsmålet er tatt opp (1,2,3), men ved siste korsvei vakte det ikke nevneverdig interesse. Jeg synes derfor det er prisverdig av Dag Bruusgaard og Utposten å ta opp dette på ny og vil benytte anledningen til å komme med en liten kommentar.

Mitt utgangspunkt er også at almenmedisinsk forskning bør styrkes. Spørsmålet er bare hvordan og av hvem.

Teori og praksis

Praktisk almenmedisin har i Norge lange og solide tradisjoner. Den akademiske beskrivelsen av faget er imidlertid mangelfull. Jeg er derfor enig i at faget mangler teori. Hvordan denne skal fremstilles, må ikke bli et spørsmål om teori eller praksis. De almenmedisinske institutter har hatt og har selvfølgelig fortsatt en sentral plass i fagets utvikling og i teori-beskrivelsen. Spørsmålet om de fast ansatte skal ha praksis eller ikke, er ikke uten betydning, men er i denne sammenheng egentlig av underordnet betydning. I dag pr.

uke med pasienter kan ikke bli annet enn "pseudo-almenpraksis" både for legen og pasientene. 50% praksis høres forløkkende ut, men jeg tror at pasientene uvilkårlig vil ta noe mer enn halv tid. Alle fast ansatte har undervisning og andre rutineoppgaver, slik at det lett kan bli liten tid til forskning og fagutvikling. Jeg imøteser derfor erfaringene fra Bergen og Oslo med stor interesse, men tror at det meste av kommende års almenmedisinske forskning vil bli gjort ute i felten og ikke i de praksiser som er knyttet til instituttene. Min uverbodige påstand er derfor at de instituttansatte i denne sammenhengen ikke så betydningsfulle.

Hvem skal forske?

Selvsagt skal de instituttansatte forske. I perioder må de få tid til å fordype seg og skolere seg teoretisk. Deres viktigste oppgave vil først og fremst bli veiledning av kollegene ute i felten. Ettersom det er der det viktigste arbeidet vil bli gjort, er det tvingende nødvendig at teoretikeren og praktikeren taler samme språk. Forutsetningen for dette er både teoretisk og praktisk erfaring, ellers kan det lett oppstå en ubehagelig og lite fruktbar kultukollisjon. Erfaringene fra andre medisinske fagområder tilslier ikke at universitetsmiljøene lar seg belære av klinikere uten akademisk bakgrunn. Derfor tror jeg at institutt-ansatte bør ha mest mulig praktisk erfaring forut for sin teoretiske skolering,



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

KabiVitrum



på samme måte som det vel er en fordel at en svømmetrener selv i det minste er svømmedyktig. Veilederen må kjenne almenmedisinens hverdag - bare på den måten kan almenpraktikeren settes i stand til å forske i sin egen praksis, ute i felten.

Hvem skal utvikle teori?

Alle som interesserer seg for almenmedisinsk forskning kan og bør være med på dette. Jeg er enig i at teoretisk almenmedisin ikke videreutvikles ved å drive mer praksis, men jeg tror at praktisk erfaring er en ubetinget fordel. Almenmedisin har mye å lære av andre fags forskningstradisjoner, og mye er u gjort innenfor utviklingen av særegne almenmedisinske forskningsmetoder. Dette arbeidet bør videreføres og utvikles av genuine praktikere, som så kan og skal bli gode teoretikere. Derfor blir både og så sentralt i denne sammenhengen.

Forutsetningen for å få til dette er en utvidelse av stipendordninger, slik at flere forskningsinteresserte kolleger kan få tid til fordyppning og akademisk arbeid. Instituttene må tilføres ressurser, slik at veiledningskapasiteten økes og de ansatte kan gis mulighet til permisjoner for å drive praksis på heltid.

Som kjent kan ingen spå om fremtiden, men NAVFs holdning til almenmedisinsk forskning virker oppløftende.

La oss benytte oss av den eksisterende entusiasmen og smi mens jernet er varmt under parolen: teori og praksis, hånd i hånd. ■

Litteratur:

1. Fugelli P. Instituttenes plass i det almenmedisinske landskap. Tidsskr Nor Lægeforen 1985; 105: 1333-6
2. Eskerud JR, Haug K. De almenmedisinske institutter - primærlegens syn og ønsker. Tidsskr Nor Lægeforen 1985; 105: 1337-8
3. Westin S. Instituttenes plass i det almenmedisinske landskap. Tidsskr Nor Lægeforen 1985; 105: 1420-2

GEANGIN «GEA»

Kalsiumantagonist

ATC-nr.: C02D E01

Innjeksjonsveske: 2,5 mg/ml; 1 ml innh.; Verapamil hydrochlorid 2,5 mg, natriumchlorid 8,5 mg, aqua ad inject. ad 1 ml.

Tabletter: Hver tablet innh.: Verapamil hydrochlorid 40 mg, resp. 60 mg og 120 mg, const. et color q.s. Fargestoff: Tiändicacid. Egenskaper: Klassifisering: Kalsiumantagonist. Avlastet hjertets arbeid og senker arteriell motstand. Effekt på supraventralkulære arterier. Virkningsmekanisme: Hemmer minststromming av kalsiumioner i myokardmuskelceller og glomeruluskulatur i blodkårer, virker på kalsiumkanaler i endotel, nedsettelse generell arbed og økliggjør venstreventrikulær tachykardi. Verapamil har også en negativ inotrop effekt («afterload») og senking av blodtrykket. Negativ inotrop effekt er observert *in vitro* og *in vivo*. Studier i høye doser demonstrerer ikke i terapeutiske doser da en reflexonk tachykardia stimuleres synes å kompensere for dette (på blodtrykkseffekten). Denne vasodilatatorien sender blodtrykket sørger hos pasienter med hypertoni, mens det påvirkes litt hos pasienter med normalt blodtrykk. Den vasodilatatorende effekten på koronarkarsene medfører til myokard ytterligere forbedring, og å evt. spørre løs opp. Supraventralkulære arterier. Kalsiumantagonistene fører til fosfinkt-ionsutveksling ved at den effektive refleksperioden i AV-knoten forlenget. Ved pacemaker-supraventralkulær tachykardi gir intravenøs verapamilbehandling ved antakst at nøyaktig omstign til sinusritme oppnår en effektiv residu-prøphalase. Dette gjelder også pasienter med WPW-syndrom. (Dette gjelder dog ikke hvis WPW-syndromet er ledset med avlastning med alternativt Geangin kan da ikke med digitalis - forlænka ventrikulære tachykardier). Kan gi rask redusjon av ventrikelfrekvensen ved atriummønster og -flutter, men gir spesielt omstign til sinusritme. Preparatet kan anvendes hos pasienter med obstruktiv lungesykdom.

Absorbisjon: Raskt. Omfattende 1 pass. metabolisme. Den biologiske tilgjengelighet er lav, varierende og øker ved gjentatt dosering. (ca. 20 % etter oral enkeltdose). I tilgjengeligheten kan også øke ved hjerte- og leverykdom. Proteinbinding: Høy (ca. 90 %). Halveringsstid: Ca. 3-7 timer etter oral enkeltdose. Ved gjentatt dosering kan halveringsstiden øke, muligens grunnet nedlasting av enzymsystemet i leveren og/eller reduksjon i den initiale forhøyede blodgjennomsirkulasjonen. Geangin kan også øke ved hjerte- og leverykdom. Metabolisme: Omfattende metabolisme, levet ut ca. 70% som renoverapamil med noe farveløselse aktivitet.

Utanvakse: Verapamil og dess metabioter ustilles hovedsakelig via urin, 50 % storkes renalt i løpet av 1 dag. Indikasjoner: Amfibie peritoneo. Verapamil angina (Prinzmetal angina). Hypertensiøs. Forskning ved hypertensive krise. Paroxysmisk supraventralkulær tachykardi (også WPW-syndrom). Atrialflimmer og -flutter hvor en rask reduksjon av ventrikelfrekvensen er ønskelig.

Kontraindikasjoner: Kardiogent spakk. AV-block grad II og III; sinuskardiofibriskonstriksjon (sick sinus syndromet). Dårlig kontrollert hjertesvikt.

KabiVitrum 

Adresse: Postboks 22

Nesbruveien 33, 1362 Billingstad

Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

Bivirkninger: Som regel av mild og forbiagende natur. Mest vanlig er moderat obstruksjon. Hodedine, kvalme, smitsredme, hodeskjer og perifer edemer er rapportert. Megret sjeldent kan intravenøs innjeksjon gi hjertesvikt, hypotensjon, hjerteblokk og asystole. Det er rapportert mulig sammenheng med reversibel levereskade.

Forsiktigheitsregler: Ved AV-block I, sinusbradycardi og hypotoni bei intravenøs bruk eller tilførsel av høye orale doser (> 480 mg daglig) vurderes knok. Pasienter med hjertesvikt bør være døglikken på forhånd. Bar ikke brukes ved WPW-syndrom ledset av atrialflimmer eller arrhythmier. Verapamil og beta-blokkere har synergisk virkning på AV-knoten. Preparatet bør derfor ikke pris til pasienter som står på behandling med beta-blokkere. Også i kombinasjon med øyedråper (sympathomimetiske) kan føre til høyt trykk. Rapamol kan gi hjertesvikt ved høyt trykk. Verapamil har mykred og spesialt virkning ved der det brukes på stenoset induskkor. Trykket må følges opp og under kontinuerlig overvåking av hjerteakspasjonen. Bar ikke pris til gravide, uten ved tilsvarende indikasjon. Interaksjon: Ved samtidig tilførsel av verapamil og farmaka som virker kardiodepresivt, oppstår hemmer. Av overleddingen, bør man være oppmerksom på additive effekter. Ved pasienter som behandles med antihypertensiva, bør Geangins blodtrykksenkende effekten tas med i betraktning (1/20 verapamil).

Dosering:

Voksne: Tabletter: individuelleres 120-120 mg 3-4 ganger daglig, ved hypertension 120-240 mg 2 ganger daglig som vedlikeholdsdosering. Ved langtidsbehandling bør man forsøke å unngå dagdoser > 480 mg over lengre tid.

Innjeksjonsveske: 1 ampufl (5 mg) injiseres langsomt intravenøst (i løpet av 2-3 min).

Barmer: Tablenter: 1-2 mg/kg kroppsvekt 3 ganger daglig.

Innjeksjonsveske: Gis intravenøst.

Nylabte: 0,75-1 mg (= 0,3-0,4 ml)

Spesbern: 0,75-2 mg (= 0,3-0,8 ml) Se Forskjig

Barn 1-5 år: 2-3 mg (= 0,8-1,2 ml) hetsnegler

Barn 6-14 år: 2,5-5 mg (= 1,0-2,0 ml)

Det kan effekten oppnås med lavere dose enn dem som er angitt ovenfor. Innjeksjonen gis kun til effekten inntreffer. Intravenøs tilførsel bør ske under observasjon av pasienten med samtidig EKG-overvåking. Ved behov kan dosen gjentas etter 5-10 min. Geangin innjeksjonsveske kan blandes til 1 eks. i 100 ml natriumchlorid-innjeksjonsveske etter isolert glucoseinfusionsveske i konsekvensjoner svarende til 0,01-0,1 mg verapamilklorid pr ml (10-100 mg/kplm). Ved infusjon gis innst. 0,05-0,1 mg/kplm. Ved manglende effekt kan denne doisen økas fra 2 til 4 doaser med intervaller på 30-60 min. Den gjennomsnittlige lastdosen bør ikke overskride 1,5 mg/kg/dag.

Pakninger og priser:

Innjeksjonsveske, 5 amp. à 2 ml kr. 18,27

Tabletter:

40 mg: 100 stk. kr. 41,94

60 mg: 100 stk. kr. 62,53

120 mg: 250 stk. kr. 172,47

120 mg: 100 stk. kr. 124,53

T:12

Svar almenmedisinsk

Øystein Pedersen og
Ola Lilleholt

Her kommer svar på den almenmedisinske kunnskapsprøven vi serverte i nr. 7/86. Disse spørsmåla presentert som første post på NSAM's årsmøte i Ålsund og ble derfor ikke besvart av alle, men av mange nok til at vi har funnet å ville referere scores derfra.

Denne prøven er en av flere som kandidatene må gjennomgå før oppbak i det engelske Royal College of General Practitioners. Årlig er det ca. 1300 kandidater som går opp til disse prøvene. Vanligvis er det ca. 40% som ikke greier prøven og må gjenta den senere. Storparten av spørsmåla er hentet fra boka Practice Exams. MRCGP, av John E. Sanders. (Forlag: Pastest Service, Hempel Hempstead, Hertfordshire, England) En del er originale spørsmål som vi har fått fra Royal College og General Practitioners.

Ved prøven er det maksimalt mulig å oppnå 466 poeng. Det er naturligvis også mulig å score en del ved å krysse av helt tilfeldig eller etter et visst system:

Dersom en hadde leverert oppgaven helt blank, ville en ha scoret 225 poeng. Dersom en hadde krysset av for alt, ville en ha oppnådd 240 poeng. Avkryssing for alle A, alle B eller alle E og resten blankt ville gitt 225 poeng. Alle C ville 244 poeng, mens alle D'ene og resten blankt ville gitt 221 poeng. Alle A og B ville gitt 221. Alle C og D ville gitt 240, alle D+E 221. Til slutt: alle C+D+E gir 240.

Gjennomsnittlig score for de 52 som fylte ut skjemaet under NSAM's årsmøte i Ålesund var 321, 1 SD=22. Dersom vi bare regner med status i forhold til de almenmedisinske spesialitetene, fordeler deltakerne seg slik: 21 almenpraktiker Dnlf, gjennomsnittlige score 325, 15 spesialist i almenmedisin, gjennomsnittlig 319, og 16 ingen av delene, gjennomsnittlig 315. Figur 1 viser svarfordeling. Disse forskjellene er naturligvis ikke signifikante.

De tilstedevarende hadde gjennomsnittlig 12 år etter medisinsk embedseksamen. Figur 2 viser score i forhold til år etter embedseksamen.

Vi regnet også ut gjennomsnittlig score innen flere av faggruppene. Resultatene sa mer om de få og tilfeldige spørsmåla i hvert subspesiale enn kandidatenes kunnskap. Derfor blir ikke disse funna referert her.

Oppgavene ble bedømt anonymt ved at deltakerne sjøl måtte identifisere sine egne svarskjema ved et nummer. Under utdelinga tillot vi oss imidlertid å passe spesielt på å observere den kollegaen som hentet besvarelsen med toppscore på 370. Det viste seg å være OTTAR GRIMSTAD

fra Hareid. Nokså usentimentalt fikk han en nøtteknekker til minne om dåden.

SVAR OG KOMMENTARER

11 BCD

Smerte midt i brystet som blir verre ved dyp inspirasjon og som letner når pasienten bøyer seg

på kunnskapsprøve

forever tyder på akutt pericarditt. Smerter under mamilen på venstre side peker i retning av effortsyndrom. Store måltider og eksposisjon for kulde er velkjente faktorer som kan utløse ischemiske cardiale smerter.

12 ACE

I tillegg til hypertensjon er hjertesykdom i sin alminnelighet, diabetes og TIA risikofaktorer for cerebrovaskulære insult. Disse faktorene kan øke risikoen fra 2 til 12 ganger. Kvinner under 35 års alder som bruker pille, har øket risiko for cerebrovaskulær eller cerebrovaskulære insulter, men ikke for hjerteinfarkt.

13 ABD

Ferskt hjerteinfarkt og hjerte-kirurgi øker begge risikoen for en atrieflimmer som vanligvis er forbstående. Sinustachycardi er typisk ved angst, mens både sinustachycardi og atrieflimmer kan opptre ved hyperthyreose.

21 ACE

Reversibilitet skiller ikke asthma fra de andre formene av luftveisobstruksjon. Denne responsen kan mangle ved asthma og ellers variere mye fra tid til tid hos den enkelte pasient. Desensibilisering med spesifikke allergener spiller bare en beskjeden rolle i behandlingen. Na-cromoglycate virker forebyggende og bør ikke brukes i for-

bindelse med akutte asthma-anfall.

3.1 BE

Treponema pertenue er navnet på organismen som isoleres ved yaws, sjø om den morfologisk og antigen ikke kan skilles fra Treponema pallidum. Primær-sjangeren er indolent. Sekundærstadiet er karakterisert av et maculopapulært exanthem, enanthem, condylomata, lata, immunkompleks, glomerulonefritt, arthritt, iridocyclitt og alopecia. Dette er det bakterielle stadium da serologiske prøver nærmest uten unntak er positive.

3.2 BCD

Herpes genitalis er forårsaket av Herpesvirus hominis type II, mens vanlig forkjølelsessår fremkalles av Herpesvirus hominis type I. Penicillien og andre treponemicide medikamenter bør ikke brukes da de kan forstyrre diagnosen av samtidig syfilis.

4.1 ABCE

Ris, mais og soya kan brukes som erstatning, de andre inneholder gluten.

4.2 ABCDE

Galleveiskolikk, cholecystitt og obstruksjonsicterus er vel kjente komplikasjoner til gallstener. 50% av stenene er imidlertid symptomfrie. Kronisk hemolytisk

anemi kan gi årsak til gallenester (pigmentstener) som dannes p.g.a. av øket utskillelse av nedbrytingsprodukter av hemoglobin. Sten i ductus choledochus kan utløse anfall med akutt pancreatitt. En akutt abdomen kan være forårsaket av akutt cholecystitt eller et galleblæreempyem p.g.a. sten i ductus cysticus.

4.3 ABCE

Crohn's sykdom kan affisere store deler av gastrointestinal tractus og har et forløp med remisjoner og tilbakefall. Fisteldannelse er en vanlig komplikasjon og steatorrhoe kan forekomme. Røntgenfunn inkluderer forandringer i mucosa, og forsnevninger i segmenter i tynntarmen.

4.4 ABCDE

Lokale komplikasjoner til ulcerøs colitt omfatter fistula-in-ano, colonperforasjon, colondilatasjon, og carcinom. Fjernkomplikasjoner omfatter arthritt, uveitt, erythema nodosum, pyoderma gangrenosum og stomatitt.

5.1 ADE

Der er en normokrom anemi og forhøyet senkningsreaksjon, men vanligvis ingen leukocytose. Det er ømhet i de proksimale muskelgruppene, men ingen redusert kraft. Sykdommen kan være et tegn på malign sykdom, tidlig rheumatoид arthritt eller bakteriell endocarditt. ▶

5.2 ACD

Artrittsykdommer er vanlige i almenpraksis. Mens akutt monoarthritt er forholdsvis sjeldent, må almenpraktikeren være i stand til å skille mellom monartikulær arthritt og de tidlige manifestasjonene av polyarthritt. Behandlingen med thiazider kan gi årsak til akutt arthritis urica. Det er ikke særlig vanlig med monoarthritter ved seropositiv rheumatoid arthritt, men er nokså vanlig ved de seronegative variantene. Psoriasis og Reiters syndrom gir gjerne betennelser i ileosacralledd, kne og ankler. Ulcerøs kolitt manifester seg helst som polyarthrittliggende bilder.

6.1 BC

Escherichia coli er årsak til ca. 75% av urinveisinfeksjonene i almenpraksis. *Proteus mirabilis* er vanlig i sykehus og indikerer at det kan foreligge misdannelser, stensykdom eller tidligere operative innrep. Manglende blæretemming p.g.a. blærehalsobstruksjon øker mulighetene for ascenderende infeksjoner. I fravær av anatomiske misdannelser, nyresten og misbruk av analgetika gir urinveisinfeksjoner sjeldent årsak til nyresvikt.

6.2 BD

Påvisning av asymptotisk bakteriuri hos en gravid medfører høy risiko for akutt pyelonefritt senere i svangerskapet. I forbindelse med svangerskapskontroller bør alle kvinner screenes for bakterieuri og behandles. Kronisk prostatitt hos menn kan gi årsak til asymptotisk bakteriuri. Ureasplattende organismer kan heve pH i urinen og bidra til at det dannes trifosfatstener. I forbindelse med "urethralsyndrom" er bakteriuri, hvis den finnes, definisjonsmessig ikke asymptotisk. Vanlige bakteriologiske prøver gir vanligvis ikke oppvekst, men spesialdyrkning kan noen ganger gi oppvekst. Hos en del av pasientene med "urethralsyndrom" er det ikke mulig å påvise bakterier.

7.1 ABCDE

Psykiske symptomer, inkludert depresjoner og vrangforestillinger er ikke uvanlige ved Cushing's syndrom. Fysiske tegn inkluderer hypertensjon, hypertrichose (hirsutisme) og noen

ganger polycytemi. Den vanligste årsaken til Cushing's syndrom før 7-års alder er en svulst i binyrene. Etter 7-års alder ligger den primære årsaken vanligvis i hypofysen. Forsinket lengdevekst kan være et framtredende trekk ved sykdommen i barnealder.

7.2 AE

Glycosuri er et viktig funn både hos unge og gamle pasienter. Nyreterskelen er gjerne høy hos eldre. Vulvovaginitett eller balanitt hos menn, som oftest utløst av candida, er hyppige og viktige komplikasjoner til glucosuri. Funnet må forfølges videre med blodsukkerbestemmelse.

8.1 ABDE

Dersom multippel sclerosis debuterer med symptomer fra hjerne-stammen eller cerebellum, eller debuterer etter 40 års alder og en sykdom som viser progressiv aktivitet fra starten, peker alt i retning av et alvorlig forløp.

8.2A

Parkinsons sykdom debuterer vanligvis mellom 55 og 70 års alder. Det er sjeldent å finne en positiv slektsanamnese. Øket muskeltonus er av ekstrapyramidal, ikke pyramidal, og ankelclonus peker heller i retning av Parkinsons syndrom enn Parkinsons sykdom. Tremor kan forverres av chlorpromazin.

8.3B

3. hjernenerve forsyner levator palpebrae og m. rectus medialis, superior og inferior samt m. obliquus inferior. Paralyse medfører ptose, dilatert pupille og lammelse av overnevnte muskler. Abduksjon av øyet er intakt fordi m. rectus lateralis, som er ansvarlig for denne bevegelsen, innerveres av n. abducens. Den direkte lysrefleksen er tapt fordi den efferente del av refleksen formidles via 3. hjernenerve.

8.4 BC

Aksonal degenerasjon opptrer hos ca. 20% av pasientene og hos disse er full restitusjon umulig. Imidlertid er det sjeldent at det persisterer en komplett lammelse. Corneaskader er svært uvanlige dersom corneasensibiliteten er intakt, og tarsorrhafi er unødvendig. Det er fremdeles betydelig usikkerhet med hensyn til



Murphy's Gesetz der Thermodynamik:
Dinge werden unter Druck noch schlimmer.

effekten av steroid behandling.

9.1 D

Bradyardi er et tegn på at betablokaden er effektiv og en puls på 40 pr. minutt uten led-sagersymptomer trenger ikke medføre endring av medikasjonen. Delvis agonistaktivitet (egen-stimulerende virkning) vil ikke forebygge hjertesvikt. Propranolol er ikke cardioselektiv. Atenolol er et hydrofilt farmakom og har derfor mindre tendens til å gå over i sentralnervesystemet og forårsake mareritt og depresjoner enn de lipofile betablokkerne.

9.2 ABDE

Bivirkningene av digoxin er mangfoldige og affiserer ofte eldre pasienter med reduert toleranse for dette medikamentet. Gastrointestinale symptomer er framtredende med anoreksi, oppkast, magesmerter, diare, og vekttap. Forvirring, delirium og krampeanfall kan opptre. Synsforstyrrelser omfatter ofte forandringer i fargesynet og til og med blindhet. Mange forskjellige ventrikulære og supraventrikulære rytmer kan opptre og kan være vanskelige å behandle.

9.3 AD

De rene progestogenpillene er mindre sikre enn kombinasjonspillene, men er uten alvorlige bivirkninger. Mengden progestogen er mye mindre enn i kombinasjonspillen.

9.4 BC

Det finnes ingen holdbare bevis for de mange påstander som settes fram om at det er forskjell i farmakodynamikken til de 10-12 benzodiazepinene som finnes på markedet. Virkningstida varierer imidlertid en del. triazolam, temazepam og oxazepam har kort virkningstid (plasma halveringstid mindre enn 10 timer). De øvrige forblir i kroppen i lang tid, slik som f.eks. diazepam (og dets aktive metabolitter) med en halveringstid på opp til 3 dager hos eldre pasienter. Prisforskjellen mellom de billigste og dyreste er stor.

9.5 ABCDE

Alle de nevnte medikamentene kan gi forvirring hos eldre. Dette gjelder alle diureтика, ikke bare furosemid.

10.1 AC

Dette er et adenocarcinom og kan ikke utelukkes ved en normal cytologisk prøve fra cervix, men noen ganger kan det ved denne undersøkelsen komme med abnorme endometrieceller. Sykdommen er relatert til en ikke-balansert østrogen stimulering.

10.2 BD

Vaginal moniliasis, kusma og mononucleose under svangerskapet medfører ikke risiko for foster-skade.

10.3 ABE

Sengeleie i sykehus er nødvendig sammen med antibiotikabehandling. En må alltid anstreng seg for å bekrefte diagnosen bakteriologisk ettersom andre organismer enn gonocokker kan gi lignende sykdomsbilder. I tvilstilfeller bør det gjøres laparoscopi.

10.4 Alle feil

Mastalgi sies å være det vanligste symptomet fra brystene som presenteres for almenpraktikere. Sjøl om premenstruell mastalgi er velkjent av de fleste, finnes adskillige myter om tilstanden. Kvinner med mastalgi er ikke mer neurotiske enn andre. Undersøkelser viser at symptomet ikke er spesielt assosiert med premenstruell væskeretensjon, og bare i ca. 50% av tilfellene opptrer det plager i begge bryst. Mastalgi kan også være det første symptom hos noen få, men naturligvis viktige, tilfeller av brystkreft. Progestogener er ikke mer effektive enn placebo i behandlinga av tilstanden.

11.1 ADE

Disse barnesykdommene er infektiøse slik:

Varicellae: Fra 5 dager før utslettet kommer til ca. 6 dager etter de siste er kommet.

Kusma: Fra 3 dager før hevelsen starter til ca. 7 dager etter.

Kikhøste: Fra ca. 7 dager etter smitten til ca. 3 uker etter at symptomene har debutert.

Meslinger: Fra starten av prodromalsymptomene til 4 dager etter at utslettet er brutt ut.

Rubeola: Fra 7 dager før utslettet debuterer til ca. 4 dager etter.

11.2 ABCE

Sykdommen kan hos småbarn under 3 måneder arte seg som apnoe uten at det opptrer hostatakker. I alle aldersgrupper er det ytterst vanskelig å undertrykke hostekulene.

11.3 AC

De fleste småbarn greier å snu seg ved 5 måneders alder. De er først i stand til å plukke opp en ert mellom tommelfingeren og en av de øvrige fingrene ved 1 års alder. Småbarn kan sitte uten støtte omtrent ved 8 måneders alder og kan spise litt med en skje etter ett års alder. De fleste kan si sine først ord tydelig rundt 12-14 måneders alder og 5 ord ved 14-16 måneders alder.

11.4 ABCDE

11.5 B

Testistorsjon er en forholdsvis sjeldent akutt kirurgisk tilstand i almenpraksis, men er så alvorlig at almenpraktikeren må være i stand til å stille diagnosen straks for at testis eventuelt skal kunne reddes. Pasienten kan tidligere ha hatt forbigående lettere grader av torsjon. Traumer er vanligvis uten relasjon til lidelsen.

12.1 E

En puerperal psykose begynner i løpet av de første 7-10 dagene etter fødselen og arter seg vanligvis som en depresjon. Schizofreni eller mani er sjeldent. Starten er ofte akutt og den endelige utgangen er som oftest god. Risikoen for residiv i senere svangerskap er mellom 1:3 og 1:7.

12.2 Alle feil

En endogen depresjon begynner vanligvis gradvis over en periode på flere dager eller uker. Tap av tiltakslyst og vekttap er vanlig. Sjøl om det ofte er en psykomotorisk hemning til stede, kan noen pasienter utvikle et sykdomsbilde med agitert depresjon. Bare ca. 60% av tilfella blir bedre med medikamentell behandling.

12.3 AE

Anorexia nervosa opptrer i sin klassiske form hos piker etter

puberteten og er 20 ganger så vanlig hos piker som hos gutter. Det kan oppre rikelig vekst av fin lanugo, og en kan finne purpura utløst av små traumer.

13.1 ABD

Conjunctivitt gir årsakt til smerte, ubehag og kløe i øyet. Subconjunctivale blødninger er vanligvis smerterfri. Irritt og akutt glaucom gir begge årsak til injeksjon og smerte, og det er behov for øyeblikkelig undersøkelse/behandling hos spesialist i øyensykdommer. Et blekt hvitt øye med sterke smerter uten synsforsyrelser har vanligvis sin bakgrunn i en nevrologisk lidelse, f.eks. trigeminus nevralgi, men dette er en sjeldent tilstand.

13.2 ABDE

Det foreligger ingen overbevisende undersøkelser som viser at det er noen fordel å gjøre korrigende inngrep før 6 måneders alder, men korreksjon etter 2 års alder er beviselig mye mindre effektiv.

13.3 BCE

Okklusjon av a.centralis retinae av embolus eller arteritt gir årsak til et plutselig, komplett og irreversibelt synstap. Retrobulbær neuritt gir årsakt til smerter og forbigående tap av synet. Blødninger i glasslegemet, som kan være en komplikasjon til en diabetisk retinopati, kan være så store at synet i praksis tapes fullstendig og plutselig. Ammotio retinae gir vanligvis årsak til et økende, men ikke nødvendigvis hurtig tap av synet i deler av synsfeltet. Retinitis pigmentosa er en degenerativ lidelse som medfører gradvis tap av synet.

14.1 ACD

En positiv Rinne's prøve på et døvt øre indikerer en sensorineural døvhets. Ved kronisk otitt og tympanosclerose er hørselstapet av ledningstype slik at en forventer å finne Rinne's prøve negativ (det vil si at benledning er bedre enn luftledning).

14.2 A

Den reduserte hørselen er av sensorineural type og affiserer vanligvis begge ører. Det er en lateral nystagmus under det

akutte anfallet. Dette kan forebygges ved regelmessig inntak betahistin, mens sedativa som f.eks. prochlorperazin bør reserveres for akutte anfall.

14.3 CDE

Mens langvarig heshet noen ganger kan ha sin årsak i en langtrukken akutt lanryngitt, vil almenpraktikeren vanligvis være oppatt av ikke å overse en alvorlig årsak, f.eks. lokale eller fjerne kreftsykdommer. Medfødt laryngeal stridor gir vanligvis plager om natta i de første 4-5 leveåra. Akutt epiglotitt er en alvorlig og noen ganger hurtig fatal tilstand hos barn. Rheumatoid arthritt kan gi betennelser i articulationes crico-arytenoides. Bronchialcancer kan gi heshet ved at den affiserer n. recurrens. "Sangerknuter" er en ikke sjeldent årsak til langvarig heshet.

15.1 B

Metastaser er så sjeldne at hvis det opptrer så bør diagnosen taes opp til ny vurdering. Incidensen er omrent lik hos de to kjønn. Stråleterapi er en vel anerkjent behandling. Prognosen er svært god med en 5-års overlevelse på 99%.

15.2 Alle feil

Fysiske eller følelsesmessige påkjenninger kan noen ganger finnes i anamnesen før alopecia areata, men som oftest er det ingen slik utlösende faktor å finne. Tilstanden er muligvis mer vanlig hos asiater. Ved Down's syndrom kan håret være sparsomt og tynt. Alopecia areata kan manifestere seg som hårtap på alle steder av kroppen, sjøl om tilstanden hyppigst affiserer hodehåret. De fleste hårfolliklene bevarer evnen til å danne nytt hår, og det opptrer ingen arr.

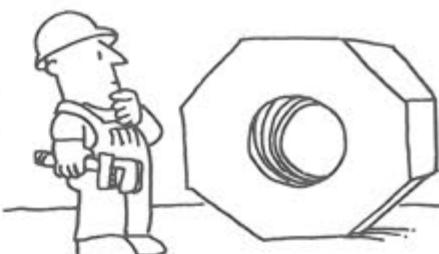
16.1 ADE

Det er vanligvis til stede både når pasienten står og ligger, og har en betydelig tendens til incarcerasjon.

17.1 B

(Dette spørsmålet er hentet fra Kahneman D, Slovic P, Tversky A. Judgement under uncertainty: Heuristics and Biases. Cambridge 1982. Cambridge University Press. Dette er en bok som inneholder mange spennende eksempler på hvordan vi resonnerer).

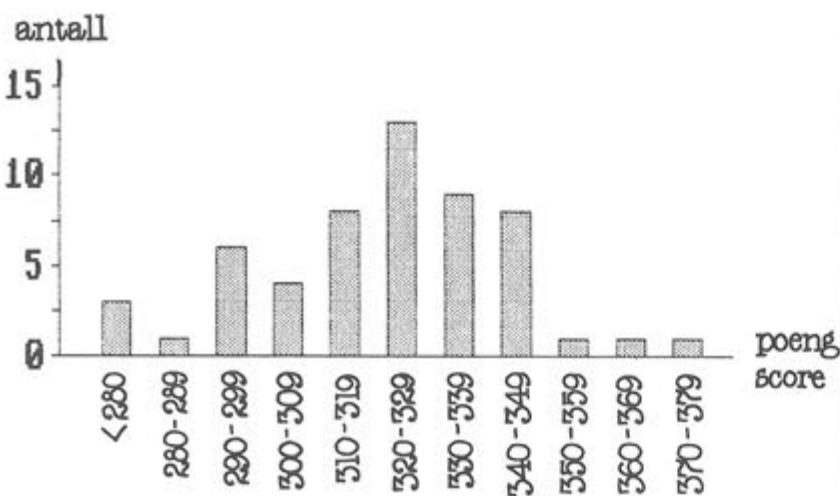
Hvordan regne ut din score



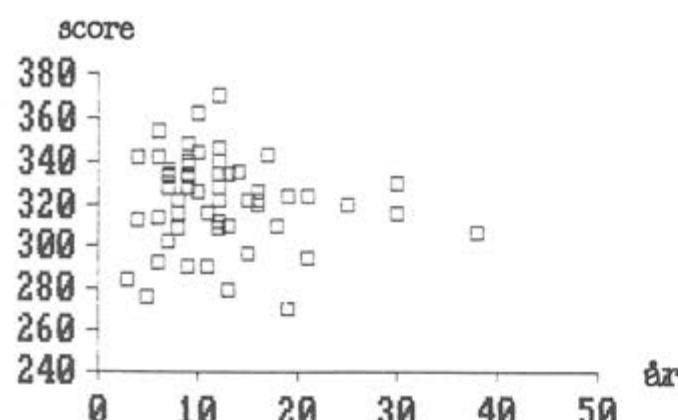
annonse

For hvert spørsmål kan det scores inntil 10 poeng ved at det gies 2 poeng for hvert underpunkt i spørsmålet. Dersom en har svart ABD og riktig svar skal være ACE, vil en få poeng for A og altså 2 poeng. Dersom en har svart ABCD og riktig svar skal være CDE, vil en score 4 poeng.

Figur 1
Fordeling av score



Figur 2
Sammenheng mellom år etter med embedseksamen og score



TIPS

Uten kunnskap om gårdsdagen, liten forståelse for dagens problemer og oppgaver. Kanskje du eller dine venner trenger denne boka?

Utgitt av Møre og Romsdal lägeforening til 100-årsjubileet for Den norske lägeforening med særskilt omtale av utviklingen av sykehusvesen, legetjenester, sykepleie, jordmor- og helse-søstertjenester og fysioterapi i fylket. Og den lokale lägeforenings historie.

"Helsetjenester i Møre og Romsdal gjennom hundre år". Redaktører: Dag Brekke, Jon Hilmar Iversen, Ottar Ødegård. 180 sider. Illustrert. Pris kr. 90,-

Bestilling til J H Iversen, 6490 Eide. Tlf. 072- 96361/96164/96387.

annonse

SUPERFIL

I snart 5 år har jeg brukt Superfil til å bygge min private almenmedisinske database. SUPERFIL er forskjellig fra de andre databaseprogramma på markedet og er spesielt egnet til å lagre resymeer av tidsskriftartikler, brosjyrer og anna som passerer forbi i hverdagen og som noen ganger kan være vanskelig å finne når en har behov for å finne det fram igjen. SUPERFIL løser dette problemet på en elegant måte.

Leveres for IBM-kompatible datamaskiner med MS-DOS operativ system. En enklere utgave finnes også for Osborne 1.

Skriv etter nærmere opplysninger!

Navn.....

Adr.....

Send til:
Ola Lilleholt, 6657 Rindal

MÅLAND, John Gunnar:

Å leve med hjertesykdom

Gyldendal Norsk Forlag 1985

FUGELLI, Per:

Frisk som en fisker?

Norsk Fiskarlag

Alle som har prøvd seg på helseopplysning, vet at popularisering er vanskelig. Det er lett å skrive innviklet medisinsk jargon, verre å skrive enkelt og klart norsk uten fremmedord. Begge disse bøkene er glimrende informasjon på godt og forståelig norsk.

Fugellis bok er en tiltalende tryksak i lay-out og bilder om belastningslidelser i fiskerbåten og hvordan disse kan forebygges. Heftet er på 18 sider og utgis av Norsk Fiskerlag. Vi bør hjelpe til så alle som arbeider som fisker får lese det.

Målands bok er på nesten 200 sider, lett-leste sådanne. Da jeg hadde pløyet gjennom den, tenkte jeg: Akkurat den boken jeg behøver i den daglige praksis. Boken behandler årsaker og risikofaktorer for ischemisk hjertesykdom, symptomer og ulike behandlingsmåter. Den er så ny at den bl.a. tar med bruk av nitroglycerinplaster og koronar angioplastikk.

Det viktigste ved boken er imidlertid at den i siste halvpart tar for seg tiden etter hjerteinfarktet: hjemkomsten, psykologiske faktorer, seksuallivet, kostholdet, røykeavvenning. Til sist har den et langt kapittel om hvordan hjertepasienter skal trenne. Teksten er detaljert og illustrert med tegninger. Bare dette kapitlet er verd hele prisen.

Som et forsøk har jeg fått noen av mine hjertepasienter til å kjøpe boka. De er enstemmige i sin ros og har fått informasjoner som jeg tydeligvis ikke har klart å gi dem.

Hjertesykdom 2

Pasientene har også svar på spørsmål de ikke engang kunne formulere tidligere. Og det viktigste: De har fått større følelse av at de kan mestre sykdommen og dermed større trygghet.

God helseopplysning som er direkte rettet mot målgrupper kan bli en fin hjelp også for oss som arbeider i primær medisin. Det er lettere å forholde seg til en godt informert pasient ■



Tegninger: Borislav Sajtinac/Transatlantik



Nils Rettesdøl

Selvmord

Univ. forlaget 1986 Kr. 150,-

vil være den eneste de har igjen og forholde seg til. Ofte retter frustrasjonen og aggressjonen seg mot ham, pasienten føler seg med rette eller urette sviktet.

Når man etterpå gjennomgår utviklingen av en selvmordsprosess, finner man undertiden at legen har reist på ferie uten å ordne vikar, eller han har ikke hatt ledige timer når nøden har vært størst. Dette legger et stort ansvar på oss primærleger.

For de fleste selvmordere vil jo egentlig ikke dø. De er kanskje i en vanskelig livssituasjon og sender ut flere eller mindre tydelige appeller, men får ikke den hjelp de søker. Så kommer selvmordet.

Professor Retterstøl har etterundersøkt selvmordforsøkere. Det viste seg at de så på sitt mislykkede forsøk som noe positivt. Da fikk de hjelp til å komme ut av sin fortvilede situasjon, da fikk de endret sitt liv.

Norge har ca. 650 selvmord per år og cirka 6000 selvmordsforsøk. Dette tilsvarer ca. 15 per 100.000. Vi har registrert selvmord fra 1976. Hyppigheten lå konstant omkring 7 per 100.000 i nærmere 100 år, men fra 1971 begynte den å stige, og er i dag opp i 15 per 100.000. Den har også steget tilsvarende i de andre nordiske land så vi har fortsatt den laveste hyppigheten. Men dessverre har hyppigheten hos oss steget ekstra mye for menn 15 til 24 år, den er faktisk tredoblet i løpet av 20 år. I denne aldersgruppen ligger vi likt med de andre nordiske land, og det er kanskje uttrykk for at ungdomskulturen og deres problemer er internasjonale.

Jørgen Jørgensen

Vi har vel alle opplevd den bitre stund når vi står ved en selvmorder. Det kom så uventet. Og den naglende uro sitter i oss en tid: Kunne vi ant det i tide og kanskje forhindret det?? For et selvmord er oftest ikke en ren impulshandling. Tanken modnes over kortere eller lengre tid, den såkalte selvmordsprosess. Ofte gir mennesker som tenker på selvmord antydninger eller vink om sine tanker, men leger flest er lite vare for de signaler ofrene gir. I suicidologien, som det så fint heter, snakker man om det presuicidale syndrom:

- Innsnevring av interesser, isolasjon
- Aggresjon
- Flukt fra virkeligheten

Ofte er det personer som har lidd tap av et eller annet slag, - ansikt, helse, død i nær familie o.s.v. Amerikanerne snakker om "the important other", den viktige andre person. Dette gjelder isolerte, ensomme mennesker og for dem er nettopp den viktige andre person. Han

Retterstøl har skrevet en glimrende bok. Den er kortfattet, 144 sider, men får likevel med det meste. Den er holdt i et enkelt språk, slik at den kan leses av leg og lerd. Boken har gode kakpitler om kriseintervasjon, vurdering av selvmordsfare og forebygging.

Når man har lest den, sitter man igjen med mange refleksjoner:

- Hvorfor har Norge lavest total selvmordshyppighet i Norden?

- Og hva med legers selvmordshyppighet. Vi er vant til å tro at denne ligger høyere enn befolkningen ellers, men dette er bare delvis sant. De mannlige leger i Norge har en selvmordshyppighet som befolkningen forøvrig, det er kvinnelige leger som har en høyere hyppighet. Og det er tankevekkende.

- Og hvilket fylke ligger lavest i selvmordshyppigheten? Selvfølgelig det fylket som har lavest alkohol og annet rusmiddelbruk, skilsmissehyppighet og kriminalitet, - Sogn og Fjordane.

Boken har et vell av tankevekkende opplysninger. Kjøp den og les den! ■



Et bilde er verd tusen ord

Gunnar Volden - Gunnar Kawli:
Hud- og veneriske sykdommer

Diagnose og behandling i almenpraksis

Eilif Rytter
Oslo

Boka er utgitt på Universitetsforlaget og er ifølge omslaget ment å være til hjelp ved diagnose og behandling av de hud- og veneriske sykdommer en kan regne med å treffe på i almenpraksis. Den retter seg mot alle typer helsepersonell unntatt hudleger. Forfatterne arbeider ved hudavdelingen i Tromsø.

Noen liker bøker uten utenomsnakk og unødig ordbruk. De vil finne atskillig å glede seg over her, hvor telegramstil er gjennomført hele veien.

Hvorvidt man liker kompendiestilen med skrivemaskintyper og ujevn høyremarg er nok variabelt. Undertegnede blir alltid skuffet når omslaget på en publikasjon lover noe annet. Det jeg i alle fall ikke liker er en systematikk i inndelinger og overskrifter som i sin sikkert pinlig logiske oppbygning fører til at man blir forvirret. Det er etter mitt skjønn naturlig at avsnitt som omhandler enkeltsykdommer har like overskrifter, og at man i oppbygningen av avsnittsinndeling sørger for at det blir slik. Her har man gått den omvendte veien, og overskrifttypen blir avhengig av om hver enkelt sykdom omtales som del av en større sykdomsgruppe eller ikke.

Dette er kanskje pirk. Glemmer man detaljene sitter man igjen med en ganske omfattende oversikt over faget, med greie omtaler av diagnostiske kriterier, behandlingsprinsipper og generell undersøkelsesmetodikk. Men:

Har det noen særlig hensikt å gi ut en bok om hudsykdommer som ikke inneholder ett eneste bilde? Jeg synes ikke det. For meg er hudfaget et visuelt fag. Det består av blåliggrøde og rødligblåe flekker - papler, makler. Urticæ og grove og fine skjell som deler den egenskap at de best beskrives ved et fargebilde. Her er det bare tekst. Det er mulig at man ved å avvise en hudbok uten bilder faktisk gjør det praktisk umulig å lage en akseptabel publikasjon for norske forhold, fordi utarbeidelse av bildematerialet ville blir for arbeidskrevende og boka for dyr å trykke. Ja, kanskje det er slik. Men skulle man da heller ta konsekvensene av det?

Til slutt: Boka avsluttes med et kort avsnitt "Andre seksuelt overførbare sykdommer". Det lyder i sin helhet:

"Disse omtales ikke nærmere. Er det mistanke om *ulcus molle* (bløt sjanker) eller *lymfogranuloma venereum* er det rimelig å henvise disse. Det skal bemerkes at disse sykdommene er betydelig overdiagnostisert hos oss. AIDS (ervervet immundefektsyndrom) har særlig rammet homoseksuelle menn i USA. Bare få tilfelle er diagnostisert i Norge."

Litt lenger er vi da kommet. Kjære kolleger? Så akkurat den kunne vi vel like gjerne ha spart, nå i 1986 ■



Universitetet i Tromsø

VIDEREUTDANNING I SAMFUNNSMEDISIN

Spesialistkurs i samfunnsmedisin og folkehelseutdanning med studieretninger i «Medisinsk administrasjon» og «Epidemiologi/medisinsk statistikk».

Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, vil i undervisningsåret 1987/88 gi videreutdanningstilbud i samfunnsmedisin til ansatte i helsesektoren som har, eller tar sikte på ledende stilling i primær- eller institusjonshelsetjenesten.

Utdanningen er primært rettet mot leger, men også andre med cand.mag.-utdanning kan søke.

Det vil bli gitt følgende tilbud:

Spesialistkurs i samfunnsmedisin – høsten 87.

Kurset, som avsluttes med eksamen, tilfredsstiller kravet til teoridelen for godkjennning som spesialist i samfunnsmedisin. Kurset er primært for leger som ønsker denne spesialiteten.

Ettårig utdanning i folkehelsevitenskap – høsten 1987 og våren 1988.

Studiet tilsvarer utdanning til Master of Public Health.

Første og andre semester kan tas adskilt, men søker som tar sikte på fullt ettårig studium vil bli foretrukket ved opptak. Søkere med utdanning som tilsvarer første semesters undervisning, kan tas opp direkte til andre semester etter individuell søknad.

Undervisningen i høstsemestret, som vil være felles, omfatter:

- Beslutningsteori, evaluering, kostnadsanalyse
- i klinisk virksomhet

- Økonomi og administrasjon i helsesektoren

- Helse- og sosialpolitikk

- Organisasjon og ledelse

- EDB i helsetjenesten

- Epidemiologi og medisinsk statistikk

- Forebyggende medisin

- Yrkesmedisin

- Sosialmedisin

- Miljømedisin.

I vårsemestret vil enkelte av disse emner bli videreført og utdype. Ca. halvparten av tiden vil bli brukt til prosjektarbeid under veiledning. Ansatte i helsetjenesten i Nord-Norge oppfordres spesielt til å søke.

Nærmere opplysninger om studieplaner, opptaksreglement o.a. fås ved henvendelse til planleggingsleder Harry Eliassen, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, tlf. 083-86 560, linje 126. Søknad på eget skjema må være innsendt innen 26. januar 1987.

Norsk forening for internasjonale helseoppsmål arrangerer

Kurs for helse- arbeidere til u-land

Kurset holdes på NORAD's kursenter, Kringsjå, i tiden: 4.-15. mai 1987.

Tema: Primærhelsetjeneste, tropemedisin, forebyggende helsearbeid, katastrofemedisin, kirurgi, obstetrikk/gynækologi, mor/barn, ernæring.

Kursavgift: For deltakere som har avtale med en organisasjon om utreise er kurset gratis, inkl. kost og losji. Andre deltakere må betale kost og losji selv (kr. 468,- pr. døgn) utover dette er det ingen kursavgift.

Søknadsfrist: 15. mars 1987

Søknaden skal inneholde: Opplysninger om utdannelse, planer/avtale om utreise, organisasjon.

Alle interesserte kan søke.

Søknaden sendes til: Kurssekretær, NFIH, postboks 4, Kringsjå 0807 OSLO 8. Opplysninger også i tlf: 02 237640

Redaksjonens kommentar:

Heldigvis er nåværende ordning under revidering. For de fylkestommale institusjonene, som har vært mest i skuddlinjen til nå, vil et utvalg i løpet av våren -87 vurdere løsninger der en offentlig nedsatt pasientskadene mind tar stilling til helsekilden mer uavhengig av skyldspørsmålet. Det er håp om at en nyordning kan tre i kraft allerede fra sommeren -87.

Det er synd at noe tilsvarende for den kommunale helsetjenesten først ser ut til å komme i stand om flere år. Sverige har gode erfaringer med en ordning trolig ganske lik den vi vil ende opp med. Vi håper det ikke er budsjettmessige grunner til at myndighetene er tilbakeholdne med en løsning som vil gi flere pasienter rettmessig erstatning.

Triosekvens

Pseudo Nymus

Det er en stund siden nu, og derfor lettere å se denne ganske alvorlige glipp fra en mer komisk side. Dessuten berører den et generelt problem som fremdeles er høyst aktuelt.

Det var i de dager da den farmasøytske industri som følge av et av sine store fremskritt nylig hadde lansert et nytt befruktningshindrende middel: trefasepillen.

Da fadesen skjedde hadde både Trionetta og Trinordiol vært på markedet en stund. De omreisende representanter hadde gjort sine besøk i primerhelsetjenesten såvel som invitert til faglig/selskapelig samvar på hotellene rundt om.

Hvordan feilen oppsto er meg ganske uforståelig.

Jeg hadde forøvrig en ganske alminnelig dag og det var ingen ting som distraherete i gjerningsøyeblikket. Det finnes således få unnskyldninger for det som skjedde.

Jeg har endt opp med å rubrisere årsaken som en typisk koblingsfeil. Mine alltid trøstende og støttende venner påstår at jeg med det uttrykket forsøker å avpersonifisere skyldspørsmålet og henlede oppmerksomheten på en ukontrollerbar men hendelig elektrisk overføring i hjernen. De foretrekker å kalte det inntrufne en ren menneskelig svikt. Enkelte heller til og med i retning av en mer psykodynamisk forklaring og mener min underbevissthet har en handlingsplan for å bedre på det lave barnetallet i kommunen.

Men til saken: Koblingsfeilen skjedde altså på en ellers vanlig dag og skjedde til alt overmål to ganger etter hverandre i ganske rask rekkefølge. Den besto i en midlertidig forveksling mellom det forholdsvis nye preparatet Trionetta og Trisekvens, på den måten at to kvinner i fertil alder fikk sistnevnte som preventjonsmiddel. Jeg ble dessverre ikke oppmerksom på dette før de kom tilbake i nesten like rask rekkefølge et par måneder senere, -gjett for hva.

Den ene var gift og hadde ett barn fra før. Den fødselen ga henne cervixinsuffisiens og hun hadde siden vært gjennom to ønskede men meget traumatiske svangerskap som begge endte i

senabort.

Utrølig nok var hun glad over den nye graviditeten, som til alt hell gikk helt bra og hun fikk en meget sterkt ønsket familieforelse.

Den andre var 18 år og lite innstilt på å bli mor foreløpig. Aborten gikk operasjonsteknisk greit og såvidt jeg kan bedømme uten påfølgende psykiske problemer. Det var imidlertid ikke så greit å sitte foran henne og forklare den egentlige årsaken til svangerskapet.

Hun tok det pent, og jeg satt også her igjen ganske ufortjent helskinnet.

Så kom jeg på at dette sikkert kvalifiserte til en erstatning og tok en telefon til mitt forsikringsselskap for å høre. Der fikk jeg klar beskjed om at det overhodet ikke kom på tale uten at hun saksøkte meg og fikk medhold i retten. En av juristene i legeforeningen ga meg samme svar.

Jeg var som leserne kan tenke seg ikke særlig lykkelig over det, men kontaktet igjen jenta og fortalte hvordan hun kunne gå frem.

Om det var kaldsvetten på min panne eller noe annet som fikk henne til å si at noen rettsak var hun overhodet ikke interessert i vet jeg ikke, men var i alle fall meget glad til. Siden har hun flyttet fra kommunen, men jeg tenker ofte i mitt stille sinn på at hun ved sin barmhjertighet forhindret en annen flytting.

Dette er altså en del år siden, men fremdeles er situasjonen den samme når det gjelder forsikringsutbetaling og erstatningsansvar.





MONTEDISON GROUP
FARMITALIA
CARLO ERBA
Postboks 53, 1371 Asker, Tel. 60-79 07 60

TETRALYSAL® (lymecyclin)

Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyklinpreparat.

KAPSLER 150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneh.:
Lymecyclin. aeqv. tetracyclin. 150 mg, resp. 300 mg.
Pakninger og priser: 150 mg: 25 stk. kr. 62,50. 100 stk.
kr. 162,50. 300 mg: 14 stk. kr. 68,25. 20 stk. enpac, kr. 93,60.
30 stk. kr. 126,90. 50 stk. kr. 147,55. 100 stk. kr. 284,40.

Dosering: Voksne: Normalt 1 kapsel 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.

RUTLE, OLAV
Slettmark 2
2050 JESSHEIM

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Det finnes to betablokkerere...

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



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



For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen.