

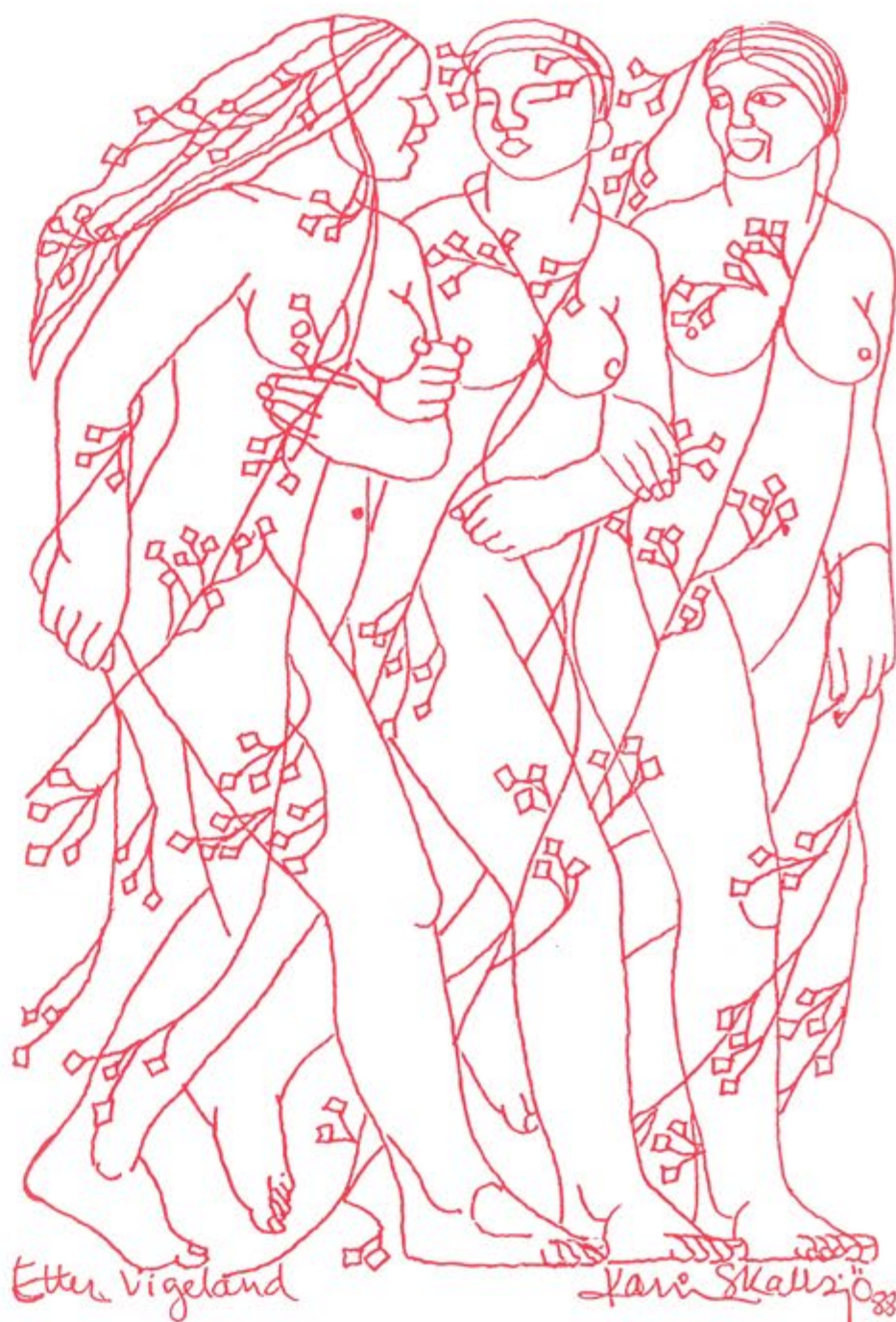
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1

1988

ÅRGANG 17



Hovedtema: Kosmetisk kirurgi

Dette er det første nr. med ny UTPOSTEN-redaksjon. Vi som har overtatt etter Ola L, Jon Hilmar, Magne, Øystein og Frode, gjør det med mange sommerfugler i magen. I deres redaksjonstid har UTPOSTEN fått en standard som vi må arbeide hardt for å opprettholde. På vegne av kolleger og fagmiljøer over hele landet vil vi rette en stor takk til den avtroppende redaksjonen for den innsatsen de har levert.

I dette nr er hovedvekten lagt på kosmetisk kirurgi. Vi syntes dette er viktig å ta opp fordi vi synes det er på tide å slå ring om et menneskesyn som godtar det ufullkomne og avviser den omsegripende dyrkinga av kropp og ego.

På Tbanen i London henger et skilt over dørene hvor det står:
OBSTRUCTING THE DOORS CAUSES DELAY AND CAN BE DANGEROUS.

For noen år siden satte en feministgruppe opp et stykke på et av byens mange "fringe theatres" med tittelen:
OBSTRUCT THE DOORS, CAUSE DELAY AND BE DANGEROUS.

Også her i landet synes det å være behov for at noen forårsaker forsinkelser og er farlige.....

Mette Brekke/Berit Olsen

Nr 1, 1988

INNHold

HVA VIL DE? Kirsti Malterud	side 3
NY REDAKSJON PÅ MANGE UTPOSTER	side 4
EVENTYRET OM KVINNA OG FROSKEN Berit Olsen	side 6
BRYST ETTER NORSK STANDARD Mette Brekke	side 8
HVA KAN DU GJØRE MED MEG FOR 20.000 KRONER? Anne Kathrine Nore	side 12
KOSMETISK KIRURGI - EN PRIVATSAK ? Enquete	side 16
KASUISTIKK SPALTEN Per Kristian Moen	side 18

SAMFUNNSMEDISINENS MEKKA Berit Olsen	side 19
BOKANMELDELSER Berit Olsen og Mona Søndena	side 20
VIDDAS VIDGJETNE VANDBAKK Jan Erik Henriksen	side 22
IKKE PILLE FOR ALT SOM ER ILLE Mette Brekke	side 28
KURSKALENDER - SAMFUNNSMEDISIN	side 31
HVITE FLEKKER PÅ KARTET Berit Olsen	side 32
FASTLØNN ELLER AKKORD ? Hans Knut Otterstad	side 36
HVILKE BØKER VIL DERE HA NÅ DA ? Eilif Rytter og Jon Håvard Loge	side 42
KURSKALENDER - ALLMENNEMEDISIN	side 47

UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025

Eli Berg
Vepsveien 74
2250 ROVERUD

Mette Brekke
2640 VINSTRA

Marit Halting
Nyresbaret 19
5700 VOSS

Kirsti Malterud
Institutt for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 BERGEN
K: 05 298119
P: 05 233955

Berit Olsen
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 VADSØ
K: 085 51761
P: 085 51443

Janecke Thesen
5890 LÆRDAL

K: 066 18880
P: 066 26239

K: 062 90100
P: 062 91010

K: 05 511011
P: 05 513685

K: 056 66100
P: 056 69333

Abonnement: kr 120,- pr. år. Trykkeri: Fema Offset Voss. Lay-Out og sats på Desktop Publishing: Breivik Design NGD, Bergen.

HVA VIL DE?

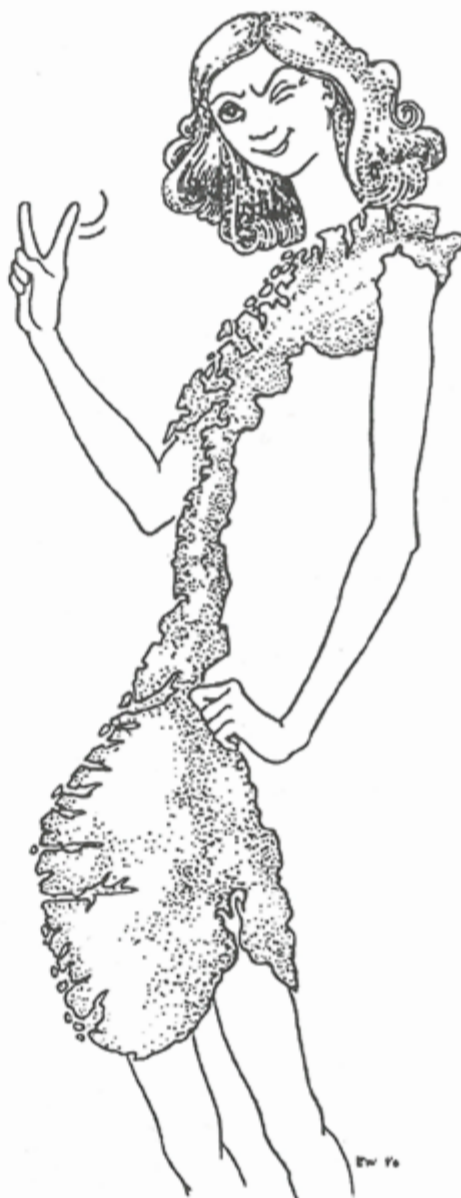
HAR KVANNELIGE SAMFUNNS- OG ALLMENNMEDISINERE NOE SPESEIET Å TILFØRE FAGMILJØET?

Mitt svar er ja. Det er jeg nemlig helt sikker på. Noe av mitt ja stammer fra erfaringer, og noe er bygget på meninger og synsing. Begge deler kan ha noe med sannheten å gjøre. For å ikke bare si ja men også hva fortsetter jeg å skrive.

Allmennmedisin og samfunnsmedisin er medisinske fagområder som trenger godt fotfeste i virkeligheten. Forsvarlig fagutøvelse krever at vi kjenner hverdagen der faget skal brukes. I samfunnet er 50% av menneskene kvinner, i allmennpraksis er ca. 60% av pasientene kvinner, men blant primærlegene er bare 20% kvinner. Hvis primærhelsetjenesten skal ivareta kvinners virkelighet, må dens utøvere vite mye om kvinners liv og hverdag. Det gjør vi kvinner.

Den gamle huslegen jobbet dag og natt, var elsket av alle og vasket aldri skjortene sine selv. Han ble sliten og døde tidlig. Det er fortsatt mange primærleger som jobber mer enn det som er sunt. Vaktarbeid regnes fremdeles som et naturmøvdendig overtidstillegg til full arbeidsuke. Vi har snakket lenge om kontinuitet og forstår fortsatt ikke helt at vi ikke er personlig uunnværlige. Men våre mødre lærte oss at alle trenger søvn. Mange kvinner vasker klær selv og vet at dagliglivets virksomhet også trenger tid. Barn trenger også tid. Det er kvinner som stiller de nye spørsmålene om deltidstillinger, vaktordninger og arbeidsvilkår i primærhelsetjenesten.

Praksisorganisering og helseplanlegging krever evne til oversikt, vilje til prioriteringer, praktisk sans, og talent i mellommenneskelige forhold. Og fagkunnskap, selvfølgelig. Administrativt arbeid blir vanligvis ivaretatt av menn ofte på menns premisser, der reglene fra menns dagligliv gjelder. Kvinner med dobbeltarbeid (altså de aller fleste norske kvinner, også kvinnelige primærleger) er vant til å sørge for at alt glir og at flest mulig blir fornøyd. Kvinners ekspertise på dette feltet er hittil ikke godt nok utnyttet i primærhelsetjenesten.



tjenesten. Kvinner kan mye om organisering.

Pyramidedannelse er et utviklings-trekk i norsk samfunns- og allmennmedisin de siste årene. Fra en helt flat struktur uten karriereplaner er vi kommet over i et terreng der pyramidene står tett:

- kommunelege II
- kommunelege I
- helsesjef
- kommuneoverlege

- alminnelig allmennpraktiker uten dnlf
- allmennpraktiker DNLF
- spesialist i allmennmedisin
- veileder i allmennmedisin.

- Pusler-med-et-lite-prosjekt-på-si
- allmennpraktikerstipend
- NAVFstipend og doktorgrad
- amanuensis
- professor

Ambisjoner er viktig. Men det skjer noe med fagmiljøet vårt når noen alltid sitter igjen på bunnen, mens andre alltid gjerne vil oppover. Kvinner dyrker pyramideklatresporten mindre enn menn gjør. Og blir hengende etter, vil noen si. Gjerne det. Men kanskje pyramidesportens venner kunne trenge korrektiv i blant? Spør kvinner om hva det er å vinne ved å velge andre veier framover...

De teknologiske ekspresstog er på full fart inn i mange medisinske områder. Moderne medisin preges av en ideologi mer preget av cure - helbredelse enn care - omsorg. Begge deler er viktige. Men hvis omsorgen blir borte, er det umulig å ta vare på den som er syk. Maskiner kan aldri trøste. Primærhelsetjenesten må holde stand mot medisinske trender der omsorgen krympes bort. Kvinner vet mye om omsorg.

Paradigmeskifte er et moderne ord. I virkeligheten betyr det noe så enkelt som å tenke på et gammelt problem på en helt ny måte. Filosofen Thomas

S. Kuhn sier at vitenskapen kommer til en krise når de etablerte begreper og erkjennelsesforutsetninger ikke lenger holder mål. Når spørsmålene ikke lenger kan besvares med de metoder eller innen de premisser som inntil da har vært gyldige. Når fenomener ikke lenger kan klassifiseres innen de etablerte systemer, men blir navnløse uroelementer eller anomalier. Utviklingen av nye paradigmer springer ut av krisen og fører til en vi-

tenskapelig revolusjon. Medisinsk teori og praksis er i hovedsak utviklet og forvaltet av menn. Kvinners hverdag og virkelighet kan gi grobunn for helt andre vitenskapelige problemstillinger. De allmennmedisinske paradigmeskifter kan hente nødvendig næring fra kvinners tenkning og erfaringer. Kvinner tenker av og til på en helt annen måte enn menn.

Jeg er ikke så sneversynt feministisk at jeg tror det bare er kvinnene som bærer disse verdiene jeg har omtalt. Heller ikke tror jeg alle kvinner er slik. Så enkel er heldigvis ikke verden. Men hvis vi vil føre faget vårt videre, må vi samle ressurser og utvklingskraft. Det finnes mye av dette blant kvinnelige samfunns- og allmennmedisinere.

KIRSTI MALTERUD

NY REDAKSJON PÅ MANGE UTPOSTER

BERIT OLSEN (39)



Cand.med. Bergen 1974 M.Sc. Community Medicine London School of Hygiene and Tropical Medicine 1983. Distriktslege/helse-sjef Hamnerfest 79-85. Fylkeslege Finnmark fra 1986. Opptatt av sammenhengen: Samfunnsliv-helseforhold, helsepolitikk - utkant.

Prega av oppvekst i "gammeldags storfamilie" i kyst-Finnmark. Viktig menneskelig og medisinsk erfaring: hjemmeværende 8 mndr pleie av kreftsyk far. Glad for alt som gleder øyet (moderne ballett, Fassbinderfilmer og Henry Moore's skulpturer), og for folk som vil noe med sine liv og aldri godtar tingenes sørgelige tilstand.

ELI BERG (40)



Cand.med. Oslo 1972. Spesialist i allmennmedisin 1985. Allmennpraktiserende lege i Kongsvinger kommune siden 1975.

Er opptatt av allmennpraktikerens rolle i forhold til befolkning og samarbeidspartnere forøvrig. Tror på allmennpraktikeren som en lyttende, oppmuntrende konsulent og pedagog mer enn som reparatør av maskinfeil alene.

Trives i joggesko året rundt og synes musikk er livgivende. Fascineres og blir nysgjerrig i møte med mennesker som tenker annerledes. Forøvrig er Finnskogen en perle, - men kan ødelegges om den sure nedbøren får vedvare.

METTE BREKKE (34)



Cand.med. Bergen -79. Distriktslege i Karasjok fra -81 til -85, deretter kommunelege på Vinstra. For tiden mest opptatt av kommunikasjon - familieterapi - prioriteringer - ressursbruk.

Tilbrakte barndommen på flyttefot i inn- og utland med sine "Frelsesarme"-foreldre. Forsøker nå å bli bofast i Gudbrandsdalen med lege-ektemann og to barn i skolealder.

Liker dårlig å bruke fritida til stille-sittende åndsarbeid, men danser gjerne swing eller går skiturer i fjellet med etterfølgende badstu.

KIRSTI MALTERUD (38)



Cand.med. Bergen 1975. Rømte fra medisinerstudiet i 1972 og tilbrakte et år som medarbeider i Værøy-Røst-prosjektet ytterst i Lofoten. Har siden vært lykkelig forelsket i allmennmedisinen som fag. Bydelslege i Oslo (Stovner og Rodeløkka) 1977-86, med faglige mellomlandinger på Familiekontoret i Christies gate, Mødrehygienekontoret i Oslo og Geriatrik avdeling. Var med på å etablere Oslo Helsesråds Rådgivningstjeneste for homofile, og vet å verdsette mangfold. Uhelbredelig nysgjerrig med talent for å se det meste fra en annen side. Opptatt av kvinnespørsmål av mange slag - både personlig, faglig og vitenskapelig. Har forsket i kvinners muligheter (seksualitet) og elendighet (vold), og har skrevet flere bøker om kvinners helse. Holder nå på med et prosjekt om allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Fra 1987 i kombinert stilling som førsteamanuensis ved Institutt for allmennmedisin (Universitetet i Bergen) og bydelslege ved Ulriksdal Legesenter (Bergen kommune).

MARIT HAFTING (40)



Oppvokst i Asker. Studietid i Bergen. Bl.a arbeidet som distrikts-/kommunelege i Volda og Ullensvang, og som allmennpraktiker på Voss.

Som "hjelper" har jeg muligens et dårlig utgangspunkt: Jeg har hittil kommet lett til tingene. På tross av at arbeidsdagene kan ha vært harde og vaktene slitsomme, sitter jeg med opplevelsen av å ha vært på rett sted til rett tid. Dette har ikke gitt karriere og posisjoner, men interessante og engasjerende arbeidsoppgaver i "hverdagsmedisinen".

Som eksempel på rett tid og sted kan nevnes: Studietid i slutten av -60, begynnelsen av -70 åra da miljøet rundt universitetene oppfordret til samfunnsengasjement, kritisk tenkning og tro på den enkeltes muligheter. Arbeid i primærhelsetjenesta i Volda siste halvdel av -70 åra, mens de offentlige legene på Sunnmøre fortsatt hadde tro på at helseproblemene i Norge kunne løses (av dem?). Og til slutt distriktslege i begynnelsen av -80 åra med diskusjonen om og innføringa av Lov om kommunehelsetjenesta.

JANECKE THESEN (36)



Kommunelege i Lærdal, innerst i Sognefjorden. Omflakkende oppvekst i flere land, men har etter eksamen på doktorskolen i -76 stort sett klort seg fast inne i bergsprekkene i Lærdal. Først sykehusturnus på Fylkessjukehuset, siden primærhelsetjeneste/offentlig lege samme sted, bortsett fra 1/2 års distriktturnus på Nordmøre. Fra tidlig i studietiden gift med Geir som er kirurg.

Begynte på doktorskolen for å bli forsker, og hoppet av mellom 1. og 2. avdeling for å prøve seg i 9 mndr. Fikk det for seg at hun måtte velge mellom forskningen/fordypelse og noe annet/livet. Valgte livet. Aldri angret på noe av det som fulgte med: flere vanskelige valg; nærhet til andre mennesker; 3 barn. Opptatt av faglig kvalitetsheving i helsetjenesten, og av rimelig fordeling av ansvar og ressurser mellom:

- kvinne - mann
- generalist - spesialist
- utkant - sentrum

Synes fortsatt at hun har mye å jobbe for, og gleder seg til å ta fatt på en del av jobben - i Utposten.

EVENTYRET OM KVINNA OG FROSKEN

Det var ein gong ei kvinne. Ei heilt vanleg kvinne. Ho hadde glade auge. Og ho hadde dei vener og friarar ho trengte.

Ein dag las ho i eit blad at no skulle kvinnene vere slanke og brysta måtte vere små.



Kvinna såg seg i spegelen, og det ho såg gjorde henne uglad.

Ho sa: "Det er ikkje slik ein skal sjå ut, som eg gjer".

Dagane hennar vart grå. Kvar dag spegla ho seg, og kvar dag sa ho det same: "Det er ikkje slik ein skal sjå ut, som eg gjer." Kvar dag og heile dagen mól ho oppatt og oppatt det same.

Og for kvar dag som gjekk, lika ho kroppen sin mindre og mindre. Ho fekk uglade auge, og ho kunne ikkje snakke om anna enn korleis ho burte sjå ut. Venene og friarane tykte det vart keisamt, og forsvann ein etter ein. Kvinna tykte det var leit. Ho sa til seg sjølv: "Det er ikkje rart at ingen kan like meg, slik eg ser ut."

Ein dag las ho i bladet at det fannst ein lækjar som kunne skjere bort ein del av brysta og sugde vekk feitt som ein hadde for mykje av. Det skulle koste grumt med gull. Men kvinna tenkte: "Om eg sel alt eg eig, kan eg kjøpe meg ein ny skapnad. Då vil eg finne meg ein rik og vakker mann, og alltid vere lukkeleg".



Som tenkt, så gjort. Ho selde garden sin og smykka sine og tinga plass hos skjeraren. Skjeraren fekk alt hennar gods og gull, og han vart lukkeleg. Sjølv fekk ho ein ny skapnad, annleis enn før.

Ein dag ho såg seg i spegelen sa ho til seg sjølv: "Berre alt hadde vore som før. Då hadde eg vener og friarar, og eg hadde garden og smykka mine. Då hadde eg vore lukkeleg.."



Kvar dag såg ho i spegelen på den nye kroppen sin. Ho kunne ikkje snakke om anna. Men friarane kom ikkje. Og ho hadde framleis uglade auge. Dagane vart grå, og no var ho også fattig.

Og slik gjekk det til at kvinna vart ein frosk, og frosken blei ein rik prins. Og har ingen retta på det enno, er det nok slik framleis..

BERIT OLSEN

Pigen og frøen. Tegninger av Pernille Kløvedal Helveg fra "Elektriske citroner" Tiderne Skifter 1985.



BRYST ETTER NORSK STANDARD ?

Gorm Bretteville (f.39) overlege ved plastisk kirurgisk avd.RH og utøver av kosmetisk kirurgi i samtale med Utposten ved Mette Brekke.



UP: Gorm Bretteville, du er formann i Norsk forening for Kosmetisk Plastikkirurgi. Kan du forklare oss hva kosmetisk plastikkirurgi er?

GB: Kosmetisk Plastikkirurgi gjerne forkortet til kosmetisk kirurgi er en undergruppe innen faget plastisk kirurgi. Det er de samme inngrepene man utfører. Men i den kosmetiske kirurgien blir de gjort for å forbedre utseendet. Ikke fordi det foreligger sykdom, skade el. medfødt misdannelse. Her er det selvsagt flytende overganger. Hvor stygg skal f.eks. en nese være før den går over fra å være en stygg nese (en normalvariant) til å bli en defekt? I teorien er dette umulig å fastslå. I praksis synes jeg sjelden det byr på problemer.

UP: Hvor mange medlemmer har foreningen, og hvem kan bli medlem?

GB: Foreningen er en seksjon av Norsk Plastikkirurgisk Forening. Den

har 19 medlemmer. Krav for medlemskap er at man er spesialist i plastikkirurgi og har drevet privat med kosmetisk kirurgi i minst 2 år.

UP: Hva arbeider foreningen for?

GB: Vi arbeider for mer ordnede forhold innen den kosmetiske kirurgien! Fint formulert så ønsker vi å sikre en høy faglig og etisk standard, å ivareta forskningsmessige og vitenskapelige interesser og å gi allmennheten saklig informasjon.

UP: Du sier dere ønsker mer ordnede forhold. Er ikke forholdene ordnet i dag?

GB: Nei, dessverre, I dag utøves faget av en del personer som ikke er kvalifisert for det. Dette er folk som hverken er spesialister i plastikkirurgi eller generell kirurgi.

UP: Og dette mener foreningen det bør ryddes opp i?

GB: Ja! Det er helt forkastelig at folk uten skikkelig utdanning skal drive faget. Slik det er i dag kan hvem som helst skaffe seg en fettsuger og starte et "kosmetikkirurgisk senter" på hjørnet. Og kundene kan ikke ventes å ha oversikt over legenes kompetanse. De blir lurt. Ta f.eks. en slik ting som å suge fett fra lårene og sprøyte det inn i brystene. Dette vet vi har ingen varig effekt. Men det blir gjort, og folk betaler for det. Det kan i tillegg forkludre muligheten for å stille en riktig diagnose ved mammacancer, både klinisk og ved mammografi.

Foreningen mener det må en lovregulering til for å sikre faget kvalifiserte utøvere og faglig og etisk standard.

UP: Det er ikke konkurransen dere er redd for? Redd for å bli skjøvet ut av markedet?

GB: Nei. Vi mangler ikke pasienter. De siste årene har markedet ekspandert kraftig. Dette skyldes for en stor del en voldsom reklamering fra ukvalifiserte utøvere. Tilbudet har økt, men etterspørselen har økt tilsvarende.

UP: Hva mener du om alle mediaoppslagene som kosmetisk kirurgi har fått i det siste?

GB: Det er forferdelig at ikkespesialister skal få bruke media til å fremme egne interesser på denne måten.

UP: Hvilke inngrep er det dere gjør?

GB: De vanligste inngrepene er:

- øvre og nedre øyelokksplastikk
- panneplastikk
- neseplastikk
- innlegg av protesemateriale i hake, nese, kinn, brystoperasjoner (protesemateriale, oppheisning/reduksjon)
- abdominalplastikk
- fettsuging

De aller vanligste er nok øvre øyelokksplastikk og innsetting av brystprotese. Nøyaktig hvor mange som gjøres kan jeg ikke si, slike talloversikter finnes ikke.

UP: Hva koster inngrepene?



GB: Det varierer nok en del. Vi i foreningen har nokså ensartede priser. En fettsguging på lår koster ca 6000 kr, en øvre øyelokksplastikk ca 4000 kr. Pas. må selvsagt stå for alle utgifter selv.

UP: Men hva med sykmelding - her blir vel folketrygden belastet?

GB: Ja, kunne vi ikke sykmelde, ville utøvingen av faget bli helt umulig. Pasientene blir jo som andre syke mennesker uansett etiologi, arbeidsuføre etter inngrepet og må dermed ha krav på sykmelding. Det er vanlig å sykmelde ca 14 dager etter brystprotesoperasjon eller ansiktsløftning. Nå bruker riktignok mange ferie eller oppsparte fridager til å ta en slik operasjon. Så jeg antar at ikke mer enn halvparten av pasientene trenger en sykmelding.

UP: Vil du foreta et hvilket som helst inngrep hvis en person ønsker det utført og kan betale for det?

GB: Langt ifra! Jeg opererer ikke hvis jeg ikke finner indikasjon for det. Da sier jeg nei. Det har f.eks. ingen hensikt å fettsuge en generelt overvektig person. Her er det slanking som skal til. Og hvorfor skal man koste på seg en ansiktsløftning hvis man er storøyker og av den grunn blir gusten og lite pen i ansiktet?

Nei, stump røyken først er mitt råd. Og det gjør folk jammen også i stor grad. Ikke sjelden kommer folk og ber om hjelp fordi de er lei av og misfornøyd med sitt ytre. Og da er det slett ikke sikkert det er et kirurgisk inngrep som er svaret, i hvert fall ikke i første omgang. Jeg gir ofte råd om generelle tiltak som kan bedre trivsel og utseende, f.eks. generelt stell,

frisør, kosmetologservice, slanking, røykeslutt o.s.v. Noen har urealistiske

forventninger til hva kirurgen kan gjøre. De får saklig informasjon. Det hender også at folk er fiksert i at en del av kroppen er avvikende. Dette er problemer på det psykiske plan. Jeg har kontakt med en psykiater jeg kan henvise til i slike tilfeller.

UP: Men du tar altså på deg å definere f.eks. hvor stort eller lite et bryst skal være før det bør opereres. Går du da ut fra norsk standardstørrelse eller er det personlige preferanser?

GB: Vel..... i praksis er dette som regel greit.

UP: Mener du at indikasjonsstillingen kan bli for løs p.g.a økonomiske interesser?

GB: Ja, dette er en stor fare.

UP: Er det et givende fag å utøve? Har du mange takknemlige pasienter?

GB: Pasientene er voldsomt takknemlige. De blir "helt nye mennesker" får et annet bilde av seg selv, som de kanskje kan ha glede av i 60 år! Så faget er meget givende!

KOSMETISK PLASTIKKIRURGI

Følgende leger er godkjente spesialister i plastikkirurgi, har privat praksis og utfører alle former for kosmetisk kirurgi. Samtlige er medlemmer av Norsk Forening for Kosmetisk plastikkirurgi som er tilsluttet Den norske Legeforening

OSLO

Trygve Brekke (02) 14 36 70
Gorm Bretteville (02) 23 66 21
Einar Gjessing (02) 14 14 75
Hans Hilberg (02) 23 20 43
Anne Lise Holta (02) 44 81 52
Morten Kveim (02) 14 72 00
Reidar Naas (02) 50 83 63
Jaaco Pitkanen --
Roar Rindal (02) 44 98 17
Alain Øgaard (02) 50 83 63

FREDRIKSTAD

Oscas Eikeland (032) 41 344
Johs. Smehaug (032) 40 666

DRAMMEN

Kjell Aass (03) 83 55 40

PORSGRUNN

Leif Apelland (03) 55 47 94
Jan Hygen (03) 53 81 30

BERGEN

Jon Olav Norgaard (05) 31 16 39
Helge Røv (05) 91 06 60

STAVANGER

Henrik Søiland (04) 52 72 13
Øyvind Vehdmen --



Norsk forening for kosmetisk plastikkirurgi

"La deg ikke imponere av diplomer, spesielle godkjennelser eller medlemskap i foreninger - bare et fåtall av dem stiller virkelige krav til erfaring i kosmetisk kirurgi."

Fra Erik Dilleruds pasientveiledning "Fettsuging"



UP: Er du enig i at kosmetisk kirurgi er luksusmedisin?

GB: Ja, det er vel det. Men hvor går grensen for "luksus"? Er det ikke luksus å bruke store summer på høyteknologisk medisin med liten nytteverdi? Og det av offentlige midler! Nei, jeg synes det er fullt ut akseptabelt at folk vil investere pengene sine i sitt eget utseende.

Operasjon skadelig

Ammehjelpen ser det betenkelige i at kvinner gjennomgår en kosmetisk brystoperasjon, særlig før de har født de barna de vil ha, da er det fare for at slike inngrep ødelegger evnen til å amme.

For at ammingen skal lykkes må nervebanene til og fra brystvortene være intakte. Nervestimulering er nødvendig for å frigjøre hormoner som styrer produksjon og utdriving av melken.

Vi stiller oss tvilende til om denne informasjon blir lagt nok vekt på før inngrepet gjøres.

Ammehjelpen tar sterk avstand fra markedsføring som er med på å undergrave kvinnens selvfølelse og selvtillit, og som fokuserer på kunstige skjønnhetsidealer i stedet for på naturlige funksjoner.

Styret i Ammehjelpen
Berit Kalvø Stephansen (leder)



"She got her good looks from her father. He's a plastic surgeon."



Sobril® "KabiVitrum"

Oxazepam

Tranquillizer.

Indeks: N05B A04

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Oxazepam. 10 mg, med delestrek, resp. 15 mg og 25 mg, const. q.s.

Egenskaper: *Klassifisering:* Benzodiazepinderivat med spesifikk angst-dempende virkning og med mindre muskelrelaxerende effekt enn f.eks. diazepam. *Absorpsjon:* Langsommere enn diazepam ved peroral tilførsel, med mindre tendens til høye innledningskonsentrasjoner. Maks. serumkonsentrasjon etter 2-4 timer. *Proteinbinding:* 95-96%. *Halveringstid:* Biologisk halveringstid er vanligvis 10-15 timer, hvilket gjør at kumulasjon i kroppen ved gjentatt dosering blir av vesentlig mindre betydning enn for andre benzodiazepinderivater. *Metabolisme:* Enkel metabolisme uten aktive metabolitter. *Utskillelse:* Ca. 80% utskilles via nyrene, hovedsakelig som glukuronid. Fullstendig utskillelse i løpet av 2-3 døgner. *Overgang i placenta:* Passerer placenta. *Overgang i morsmelk:* I noen grad.

Indikasjoner: Neuroser og psykosomatiske lidelser preget av angst, uro og spenning. Søvnvansker. I kombinasjon med tricykliske antidepressiva ved engstelig/agiterte depresjoner.

Kontraindikasjoner: Sjukketilstander og koma ved intoksikasjoner med alkohol og medikamenter.

Bivirkninger: Tilvenningsfare. Tretthet og søvnighet kan forekomme initialt. Muskelsvakhet, ataksi, svimmelhet, kvalme, utslett, nedsatt potens, hodepine, økt appetitt. Paradoksale reaksjoner i form av eksitasjon, eufori kan forekomme. Sjeldne bivirkninger er tåkesyn, blodtrykksfall, sløvhets og uklar tale, hukommelsestap, tremor, inkontinens og konstipasjon.

Forsiktighetsregler: Pga. faren for tilvenning bør preparatet gis i et begrenset tidsrom. Det advares mot bruk av preparatet hos narkomane og narkomanidisponerte. Pga. individuell varierende følsomhet bør det utvises forsiktighet ved bilkjøring og betjening av maskiner. Toleransen overfor alkohol og andre sedativa og hypnotika kan være nedsatt og kombinasjon med Sobril bør unngås. Må brukes i fortrinnsvis kortere tid, og etter nøye vurdering til alkoholikere, da disse pasienter ofte risikerer tilvenning og avhengighet av slike midler. Det bør utvises forsiktighet i medikasjonen hos barn, hjerneskadde, eldre og pasienter med kardiorespiratorisk svikt, da oxazepam tolereres svært forskjellig. Abstinenssymptomer evt. i form av krampes kan forekomme etter lang tids bruk av høye doser og med påfølgende brå seponering. Må benyttes med forsiktighet ved mistanke om latente psykoser. Særlig forsiktighet utøves ved behandling av pasienter med myasthenia gravis. Oxazepam har ikke vist noen teratogen effekt ved dyreforsøk. Sedvanlig forsiktighet bør naturligvis iakttas ved tilførsel til gravide. Oxazepam går over i morsmelk, men i så små mengder at risikoen for at barnet skal påvirkes ikke behøver å foreligge ved bruk av terapeutiske doser. Kort halveringstid ($T_{1/2}$ hos nyfødte ca. 20 timer), ingen aktive metabolitter og langsom passasje over lipidmembran gjør at kumulasjonen i fosteret blir av vesentlig mindre betydning enn f.eks. for diazepam. Kan anvendes uten ulempe hos pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi.

Interaksjoner: Interaksjoner kan sees med CNS-depressiva bl.a. alkohol og neuroleptika. (I:55E hypnotika/sedativa, benzodiazepiner).

Dosering: Ved lettere urotilstander: 10 mg 3-4 ganger daglig. Normaldosering: 15 mg 3-4 ganger daglig, som ved behov kan økes til 25 mg 3-4 ganger daglig. Ved angst og uro i forbindelse med depresjoner: 25 mg 3-4 ganger daglig. Til gamle og svake pasienter: 10 mg 2-3 ganger daglig, ved behov en forsiktig økning til 15 mg 3-4 ganger daglig. Ved søvnvansker: 15-25 mg 1-2 timer før man legger seg. Ved premedisinering før operasjoner: 25-50 mg om kvelden dagen før. Doseringen er den samme for pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi. Absorpsjonen er også uavhengig av samtidig fødeinntak.

Overdosering/Forgiftning: Oxazepam skiller seg kjemisk fra klordiazepoxid, diazepam og nitrazepam ved en aktiv OH-gruppe som formidler hurtig glukuronsyrebinding, resulterende i redusert toksisitet. LD_{50} for oxazepam gitt peroralt til mus og rotter er høyere enn 5000 mg pr. kg. kroppsvekt. Ved omfattende laboratorieundersøkelser har oxazepam ikke vist noen skadelig innvirkning på blodbilde, lever eller nyrefunksjon. Symptomer forekommer først i kombinasjon med andre sentralt virkende farmaka. Behandling: Ventrikeltømming. Kull. Symptomatisk behandling.

Pakninger og priser: 10 mg: 25 stk. 17,90, 100 stk. 49,80. 15 mg: 25 stk. 22,90, 100 stk. 65,85, 250 stk. 142,60. 25 mg: 25 stk. 25,85, 100 stk. 77,15, 250 stk. 153,80. (Pr. 1/3 87)

KabiVitrum



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

Sobril[®]
Oxazepam

fjerner angst, uro og spenning



HVA KAN DU GJØRE MED MEG FOR 20 000 KRONER?

"Det er sjelden en konsultasjon begynner på denne måten. Pasienter som ber om flere operasjoner, avslutter gjerne med å fortelle hvor mye penger de har til disposisjon. Hvis de kun har råd til ett inngrep, og de ber meg foreta et valg for dem- da står jeg overfor den vanskeligste typen pasient jeg kan tenke meg."

Hjertesukket kommer fra Erik Dille-
rud, mannen bak Fomebuklinikken

eller "Senter for kosmetisk kirurgi" som det også heter. Sammen med sin kone Britta Tryse har han bygd opp en effektiv familiebedrift. Begge er leger, men ingen av dem har norsk spesialistgodkjenning i kirugi. E.D. har tjenestegjort i 5 år ved kirurgiske avd, og 1 år ved en plastikkirurgisk avd. her i landet. I tillegg har han utdanningsopphold i USA og Frankrike bak seg. Han er videre visepresident i International Societies of Cosmetic Surgery og for-
mann i Norsk Forening for Kosmetisk

Kirurgi. B.T.har to års gynekologisk og to års kirurgisk tjeneste i Norge foruten studieopphold i USA.

Utposten har møtt ekteparet hjemme i den store villaen på Lysaker, hvor halvparten av første etasje rommer klinikken. Her er det beroligende farger, grafikk på veggene, utsikt fra "recovery" og et strømlinjeformet informasjonsopplegg til pasientene. Alt går på EDB. Kontoret rommer også en stor samling "før-og-etter-bilder".

UP: Finnes det pasienter dere ikke vil operere hos dere?

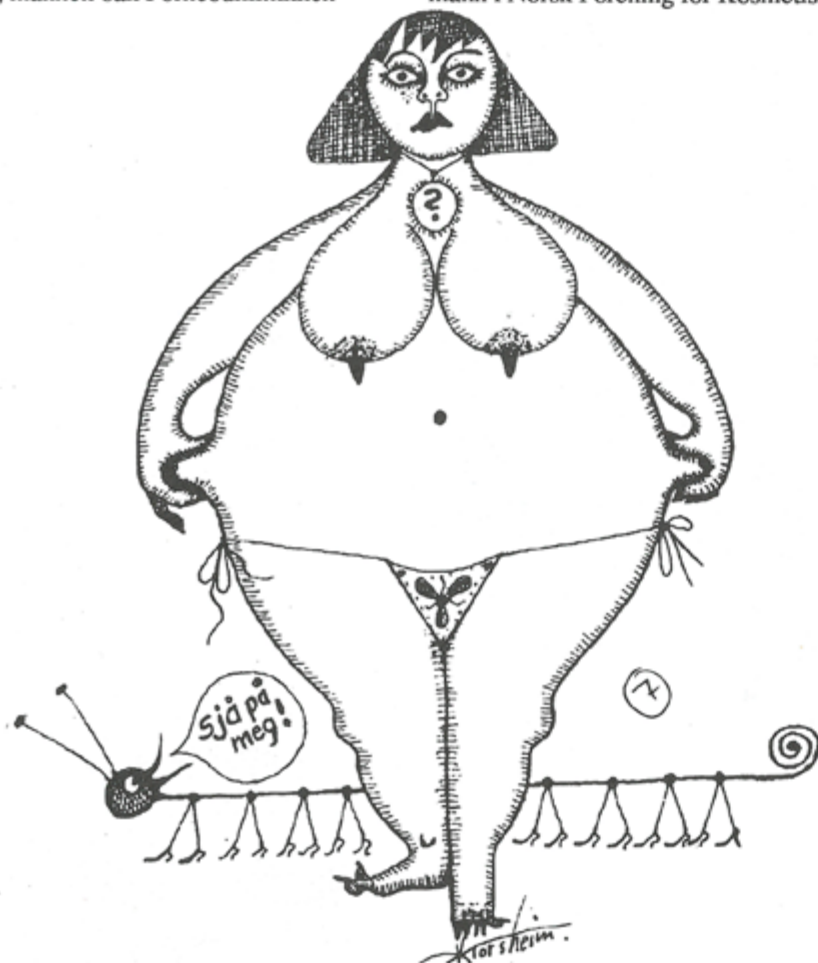
ED: For en tid siden kom en ung dame med det mange ville kalle en perfekt kropp. Hun ønsket å fjerne noe av "stumpen". Jeg av slo først 3 ganger, men fjerde gangen gikk jeg med på å suge bort noen hundre gram "usynlig fett" fra enden hennes.

UP: Ble pasienten fornøyd?

ED: Hun ble meget fornøyd - selv om jeg må innrømme at vi selv så liten forskjell. Vår politikk er at vi ikke skal være dommere. Vi vil ikke avgjøre om pasientene "trenger" en operasjon. Her opereres i praksis alle som har realistiske forestillinger om resultatet - hvis det da ikke foreligger kontraindikasjoner.

UP: Har dere mange pasienter som henne, som nærmest må ha hatt en fiks ide, en fordreid kroppsoppfatning?

ED: Det er sjelden så outrert. Hvis du tenker på folk som er på grensen til



*Kvinnene bør lære å kjenne sin egen kropp!
Suzanne: Eg kjenner min så altfor godt!*

det psykotiske eller som har klare vrangforestillinger, så opererer vi selv-sagt ikke dem. Men vi opplever ofte at folk er ute etter vår mening, og det unngår vi stort sett å gå inn på. De får selv bestemme om de f.eks. skal ha proteser eller ikke, såfremt de da ikke er åpenbart psykisk forstyrret.

UP: Overskuer de helt unge kvinnene f.eks. konsekvensen av en mamma-reduksjonsplastikk?

BT: Ja, for det meste. Både vår muntlige og skriftlige informasjon tar dette opp ganske grundig. Det er forresten sjelden vi har kvinner under 20 år. De fleste har fått to-tre barn og vil rette opp "skadevirkningene" etter fødsel og amming. Men når det gjelder kvinner med total brystaplasi, så har de ikke noe annet ønske enn å se kvinnelige ut. Da betyr det mindre om de kan amme om 10 år.

UP: Men hva mener dere egentlig om det å skulle reparere på de spor livet faktisk har satt på en kropp? Det er jo tross alt naturlig at kroppen forandrer seg?

BT: Du er inne på noe der.... Vi ønsker ikke tilstander som i USA, hvor alle skal se like glatte ut i ansiktet selv om de har levd i 70 år. Det er selvsagt et tidsfenomen her i landet at det i 80-åra har blitt lov å være selv-opptatt igjen. Kvinner har lov til å være opptatt av sitt ytre igjen, dessuten har de begynt å tjene egne penger. For våre pasienter er for det meste kvinner.

UP: Men det er vel ikke hvem som helst som kan bruke tusenvis av kroner for å suge vekk overflødig fett fra lårene?

ED: Mange tror at dette er en overklasseklinikk. Men sannheten er at flere av våre pasienter har spart lenge for å komme hit. Det er snakk om personlig prioritering. De bruker penger på en brystoperasjon i stedet for på en sydentur, f.eks.

UP: Hvor i landet kommer pasientene fra?

ED: Fra hele landet. Mange har lidd i stillhet i årevis, og synes ikke de blir tatt på alvor før de kommer hit med sine problemer. Jeg synes noen norske leger har liten innlevelse i hvilke



belastninger disse kvinnene har. Det er altfor lett å si at man skal "leve med problemene".

UP: Er det noen typer pasienter dere ikke får?

ED: Jeg tror det er sjelden at kvinner som befinner seg ideologisk ytterst på venstresiden kommer til en klinikk som dette.

UP: Er det umoralsk å drive kosmetisk kirurgi med tusenvis av kirurgiske pasienter på venteliste rundt om i landet?

BT: Man skulle nesten tro det etter å ha hørt sosialministeren uttale seg. Vi burde visst ha dårlig samvittighet for å være i Oslo og ikke i Nord-Norge. Men det er ikke mangel på kirurger som skaper disse ventelistene, men mangel på spesialiserte sykepleiere og penger. Vi belaster jo ikke engang trygdebudsjettene, siden pasientene betaler alt selv.

UP: Det er ikke akkurat ro og orden i rekkene blant dem som driver kosmetisk kirurgi her i landet. Kommentarer?

ED: Vi har blitt angrepet i pressen av sykehusleger fordi vi ikke har formell norsk godkjenning i plastikkirurgi. Årsaken kan vel de fleste tenke seg: plastikkirurgene har kosmetiske operasjoner som en hyggelig bi-inntekt og vil gjerne ha monopol på disse inngrepene. Som vel de fleste vet, gir ingen norske sykehus opplæring i kosmetiske operasjoner. Det ville i så fall være i strid med folketrygdloven. Alle som driver seriøst i denne bransjen har fått opplæring i utlandet. Sannheten er at det er vi som får mange av deres miserable resultater til reoperasjon. Vi har et helt fotoalbum som kan dokumentere dette. Det er tre ting som teller i denne bransjen:

- opplæring i og talent til de inngrep man utfører.
- personalressurser, vaktordning og teknisk utrustning til å kunne behandle ev. komplikasjoner.
- gode resultater og fornøyde pasienter.

Det er beklagelig å registrere at noen av våre plastikk-kirurgiske kolleger ikke tar dette så høytidelig. Diskusjonen om hvem som skal operere hva er jo nyttig. Men VG og damebladene er et lite egnet medium for en slik debatt. Hvorfor plastikki-

Gastrobitan®

En tablett til natten ved *ulcus duodeni* og *ulcus ventriculi*.

rurgene ikke tør bruke et faglig, kollegialt forum til sin sjikane kan man jo tenke seg: De vet de ikke får medhold fra Lægeforeningen!

UP: Over til noe annet: Mange har forundret seg over teknikken med å suge ut fett ett sted og sprøyte det inn et annet.

ED: Til brystforstørring bruker vi dette sjelden. Dagens proteser er så gode at behovet for en ny teknikk er begrenset. De beste resultatene med fettransplantasjon har vi i ansiktet - både ved misdannelser og etter traumer - i tillegg til på rene kosmetiske indikasjoner som utjevning av nasolabialfuren og kinnbenforstørring. De såkalte spesialister som er skeptiske til metoden bør begynne å abonnere på utenlandske tidsskrifter hvor gode (og mindre gode) resultater fra tid til annen blir publisert. Vi har hatt et par infeksjoner, men ingen nekroser. En del av fettene skrumper, men dette løser vi ved å overkorrigere eller ved å gjenta behandlingen.

UP: Til slutt: Jeg opplever at dette virker som en svært "strømlinjeforment" klinikk. Hvor har dere lært dette?

ED: For det meste i USA, men vi har prøvet oss fram en del også.

UP: Tror dere norsk helsevesen har noe å lære av dere som driver utenom all trygderefusjon?

BT: Utvilsomt. Hvis du tenker på å effektivisere helsevesenet er jeg overbevist om det. Med en bemanning på 12 (leger og spesialsykepleiere) opererer vi nesten like mye som en middels norsk sykehusavdeling. Alt foregår poliklinisk. Hyppig telefonkontakt og postoperative hjemmebesøk sparer utallige liggedøgn. Vi er nødt til å overlate en del av forarbeidet til pasienten. Og vi må være uhyre påpasselige for å unngå alvorlige komplikasjoner. Det ville bety personlig ruin hvis vi skulle få en alvorlig komplikasjon og pasienten skulle dø for oss på bordet, selv om vi ikke kunne lastes for det engang.

ANNE KATHRINE NORE

GASTROBITAN «GEA» cimetidin.

Histaminerg H₂ - reseptorantagonist

INJEKSJONSVÆSKE/INFUSJONSKONSENTRAT: 100 mg/ml: 1 ml inneholdt: Cimetidin. 100 mg, acidium hydrochloridum 33 mg, aqua ad inject. ad 1 ml.

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

EGENSKAPER: Klassifisering/virkningsmekanisme: Hemmer både stimulert og basal sekresjon av saltsyre, og minsker pepsiproduksjonen. Hemmer kompetitivt histaminets virkning på histamin H₂-reseptorer i magesekkens slimhinne. Histamin H₂-reseptorer finnes i de fleste organer og vev. Den funksjonelle betydning av histamin H₂-reseptorer i ulike vev er ukjent med unntak for magesekkens slimhinne. Absorpsjon: Absorberes godt etter oral administrasjon som tablett. Proteinbinding: Ca. 20%. Halveringstid: Ca. 2 timer, halveringstiden forlenges hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Halveringstiden er korrelert til kreatininclearance. Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene. Ca. 75% gjenfinnes vanligvis i urinen etter en oral dose, og 85% etter en parenteral dose, hovedsakelig uforandret. Hovedmetabolitten er sulfoksydet, dette utskilles også via urinen. Overgang i placenta/morsmelk: Passerer placentalbarrieren og utskilles i morsmelken. Fjernes fullstendig ved hemodialyse.

INDIKASJONER: Duodenalsår og benigne ventrikkelsår. Zollinger-Ellisons syndrom. Refluxøsofagitt. Langtidsbehandling av stadig residiverende eller kroniske duodenalsår. Profylaktisk mot blødning pga. stressulcus hos kritisk syke pasienter. Profylaktisk mot aspirasjonspneumoni.

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

FORSIKTIGHETSREGLER: Ulcus-diagnosen skal første gang verifiseres ved røntgen eller endoskopi, reflux øsofagitt ved endoskopi eller annen egnet metode. Institusjon av langtidsbehandling bør skje av spesialist eller ved sykehus. Forsiktighet bør vises hos pasienter med tidligere lever- og nyreskader. Da histaminerge H₂-reseptorantagonister kan gi symptomatisk bedring hos pasienter med ventrikkelsår, er det viktig at malign lidelse utelukkes. Det er ikke vist at profylaktisk behandling nedsatter residivfrekvensen av duodenalsår etter seponering. Det foreligger foreløpig begrenset viten om effekten av langtidsbehandling med cimetidin ved reflux øsofagitt. Bør ikke brukes ved graviditet og diegiving.

INTERAKSJONER: Cimetidin interagerer med flere legemidler. Noen av disse er av klinisk betydning. Se interaksjonskapitlet (I : 5le).

DOSERING: Voksne: Peroralt: Normaldosering ved duodenalsår eller ventrikkelsår er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved duodenalsår og 4-8 uker ved ventrikkelsår. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved langtidsbehandling av duodenalsår gis 400 mg om kvelden eller om nødvendig 400 mg morgen og kveld, alt. 800 mg om kvelden. Ved reflux øsofagitt anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved Zollinger-Ellisons syndrom kan dosen økes til 2 g pr. døgn fordelt på 2-4 doser. Til pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientenes kreatininclearance. Dersom man ikke har verdiene for kreatininclearance, kan dosen beregnes etter serumkreatininverdiene. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin initialt.

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

Intravenøs injeksjon: En ampulle (200 mg cimetidin) blandes med 20 ml steril vann eller fysiologisk saltvann. Ferdigløst løsning bør brukes umiddelbart (kan oppbevares i maksimum 15 timer). Løsningen gis som langsom injeksjon (3-5 min.) med 4-6 timers intervall, maksimalt 2 g/døgn. Til pasienter med hjertesykdom anbefales infusjon eller intramuskulær injeksjon.

Intramuskulær injeksjon: En ampulle (200 mg cimetidin) injeksjonsvæske gis med 4-6 timers intervall, maksimalt 2 g/døgn.

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

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

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

PAKNINGER OG PRISER:

Injectabile: 10 amp. a 2 ml	kr. 58,25	Tabletter 400 mg:	28 stk. kr. 137,00
Tabletter 200 mg:	30 stk. kr. 73,90		30 stk. kr. 146,10
	50 stk. kr. 122,65		56 stk. kr. 270,50
	60 stk. kr. 147,80		60 stk. kr. 289,20
	100 stk. kr. 228,40		84 stk. kr. 384,60
	200 stk. kr. 456,85		100 stk. kr. 445,25
		Tabletter 800 mg:	30 stk. kr. 259,25
			60 stk. kr. 511,50
			100 stk. kr. 800,15

KabiVitrum

Adresse: Postboks 22, Nesbruveien 33,
1362 Billigstad, Tlf.: Oslo (02) 98 08 01.



T 37

Gastrobitan[®] 800mg

cimetidin

En tablett til natten ved ulcus duodeni



H₂ - blokker med pris som antacida.

Preparat:	Pakning:	Styrke:	Dosering:	Kostnad pr. døgn
Gastrobitan	30 stk.	800 mg	1 tabl. x 1	8,65
Antacid tabl.	100 stk.	400 mg	4-6 tabl. x 8	8,50-12,75
Balancid mikst.	1000 ml		10-15 ml x 8	5,35- 8,05
Link mikst.	1000 ml	300 mg	5-10 ml x 4	2,10- 4,15
Link tabl.	10 x 60 stk.	1100 mg	2-3 tabl. x 4	5,60- 8,40
Link plastpute	96 x 10 ml	300 mg	1 plastp. x 4	6,85
Novaluzid mikst.	500 ml		5-10 ml x 4	2,40- 4,80
Novaluzid plastpute	50 x 10 ml		1 plastp. x 4	7,10

**Gastrobitan refunderes etter § 9.37 ved
bl.a. ulcus ventriculi og ulcus duodeni**



KOSMETISK KIRURGI- EN PRIVATSAK?

Spørsmålene vi stilte:

1) Den vanligst kosmetiske operasjon i Norge er fettsuging, deretter kommer forstørring av brystene med protese. Mellom 3000 og 3500 norske kvinner gjennomgår hvert år plastiske brystoperasjoner. Har du tanker om hvorfor etterspørselen etter slike inngrep har økt så sterkt de siste årene?

2) Det blir hevdet at "det å operere brystene sine er en privatsak". Er du enig i dette?

3) Kan du tenke deg at denne fokuseringen på kosmetiske inngrep vil påvirke kvinnesynet til dagens ungdom?

4) Ser du etiske problemer med slike inngrep på i prinsippet normale organer?

Svarene:

Kåre Tveit, gårdbruker,
Vinstra:



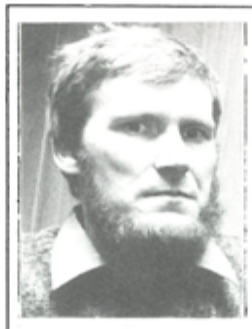
1) Radio, TV, aviser forteller om tilbudet. Det reklameres for det. Den generelle velstandsøkning gjør at folk ser seg råd til det.

2) Det er jeg i og for seg, så lenge det ikke får økonomiske konsekvenser for andre enn dem selv.

3) Nei, det tror jeg ikke. Det er jo så mange andre ting som påvirker dette.

4) Så lenge det ikke dreier seg om et helseproblem, så synes jeg at vi får godta kroppen vår slik den nå engang er.

Gerhard Olsen, fisker,
Havøysund:



1) Når det gjelder kosmetisk kirurgi, har jeg forståelse for at det kan være behov for å operere bort misdannelser og slikt som kan være til plage eller sjenanse for den enkelte. Men hvis kosmetisk kirurgi skal brukes for å forandre ellers friske organ i retning av det som til enhver tid måtte være idealbildet av kroppen, da er jeg ikke med lenger. Det må være feil bruk av ressursene.

Den økte etterspørselen har nok sammenheng med den sterke mediafokuseringen på idealbildet av en kropp. Vår mediaverden forsterker nødvendigvis denne påvirkningen. Dessuten spiller nok den økte privatøkonomiske velstand en ikke uvesentlig rolle.

2) Jeg er uenig i det. Prinsipielt er det ingen privatsak. Sjøl om de bruker

egne penger, opptar de en kapasitet som kunne vært brukt på anna vis.

3) Vi må kunne akseptere at vi er skapt forskjellig og utvikler oss ulikt hva angår kropp og sinn. Det må være lovlig. Jeg har i det hele tatt ikke sans hverken for at man skal indoktrineres eller opereres opp til en norm, spesielt ikke når den som i dette tilfelle er skapt av en skjønnhetsindustri. Hvis det dessuten skjer som følge av press fra omgivelsene, ser jeg det som klart uheldig, rent etisk.

4) Jeg har vanskelig for å gi noe presist svar på dette, utover det jeg alt har sagt. Jeg synes vi øyeblikkelig kommer bort i en del av samme problemstilling som i debatten om sjølbestemt abort, selv om den nok er mer kompleks. Jeg mener sjølbestemt abort kan forsvares, og får nødvendigvis problemer med etikken i forhold til kosmetisk kirurgi på friske organ. Men jeg synes nok at ressursbruken er gal, ja i global sammenheng nærmest horribel.

Anne Alvik, medisinalråd, Oslo:



1) Kvinnebildet av den lekke, veldreide, velpleide, slanke pyntedukken blir pådyttet oss av reklame, film, media, mote verdenen og det mannsdominerte samfunnet generelt. Vår nåværende organisering av helsetjenesten, med rammefinansie-

ring, avtaler osv. stimulerer til framvekst av privatfinansierte tilbud, og til at enkelte leger derfor slår seg på virksomhet som dekker ikkemedisinske behov. Gratis reklame gjennom vårt kringkastingsmonopol har vel også vært medvirkende.

2) Nei. Det er f.eks ikke en privatsak at samfunnet bruker atskillige hundretusener på å utdanne en lege, og evt. sykepleiere, til å utføre inngrep som i beste fall er unødvendige og bortkastede, rent medisinsk.

3) Jeg er redd for det, men håper likevel at ungdommen har et sunnere syn enn mange av voksgenerasjonen tydeligvis har.

4) Ja. Vi må akseptere, og sette pris på at mennesker er forskjellige, også når det gjelder kropp og fasong. Dessuten synes jeg det er bittert og urettferdig at så mange kvinner føler seg presset til å få utført denne typen inngrep, når menn lettere blir akseptert med litt for mye eller lite her og der. Vi kvinner må hjelpe hverandre å få aksept for at variasjoner er OK også for oss.

Jeg presiserer til slutt, for sikkerhets skyld, at jeg har uttalt meg om kosmetiske brystinngrep, ikke operasjoner p.g.a. overbelastninger eller andre medisinske indikasjoner.

Morien Rees, arkitekt/hjemmeverende husfar, Båtsfjord:



1) Jeg kan tenke meg flere årsaker til at etterspørselen har økt de siste årene. Dels har norske kvinner oppnådd større økonomisk uavhengighet, dels er det en generell tendens til overfladiskhet i det 20. århundres I-land. I denne forbindelse er det opptatthet av utseende, det å bli "den perfekte kvinnen". "Den perfekte kvinnen" er skapt av massemedia, og brukes av en rekla-

meindustri hvor sannheten har lav prioritet.

Dessuten har det nok sammenheng med at et økende antall leger er villige til å utføre disse operasjonene, samt de markedsføringsmetodene de anvender for å skaffe seg pasienter.

2) Bare hvis offentlige helsemidler ikke er brukt.

3) Nei.

4) Selvfølgelig. Men sannsynligvis kan ikke legene som utfører operasjonene se de etiske problemene fordi de har det for travelt med å se på den store summen nederst på kontoutskriften.

annonse

Nå i bokform

UTPOSTENS almenmedisinske problemserie -



med seks kliniske oppgaver, løsnings, kommentarer og flere etterfølgende artikler om problemløsning i almenpraksis.

Boka er på 114 sider og kan bestilles for kr. 100,- (fritt tilsendt) ved innsending av slippen nedenfor til:

»Problemløsning»
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Eirik Jarls gate 10
7030 TRONDHEIM

Ja, send boka om Utpostens almenmedisinske problemserie fraktfritt for kr. 100,- til

Navn

Adresse

KASUISTIKK SPALTEN

"Man lærer så lenge man lever" det gjelder også for oss allmennpraktikere. Og særlig lærer vi av våre egne erfaringer med våre mange pasienter.

Hvorfor ikke la disse erfaringene komme kolleger til gode?

En måte å gjøre det på er å skrive til UP's kasuistikkspalte som starter i dette nummer!

**Herved er dere alle oppfordret til å ta pennen fatt og sende deres bidrag. Ikke nøl; enkle eller problematiske, sjeldne el. vanlige-skriv deres kasuistikker ned og la UP's lesere få del i dem!
Og her kommer første bidrag:**

I begynnelsen av februar 87 kom en vel 20 år gammel kvinne til konsultasjon. Hun fortalte at hun siden juletid hadde merket kløe i underlivet og hadde selv registrert et økende antall vorter.

Hun var tidligere frisk og i arbeid som pleiemedhjelper. Hun hadde fast følge og brukte Diane som prevensjonsmiddel.

Ved undersøkelsen kunne jeg bare bekrefte hennes egne funn, hun fikk diagnosen: Condylomata accuminata. Svar på innsendt cytologisk prøve var: uregelmessige celler forenelig med condylomavirusforandringer. Det ble anbefalt kontroll om 6 måneder.

Vi startet behandlingen med ukentlige penslinger med Podophyllin og vortene gikk gradvis tilbake. Ca 14 dager etter første konsultasjon fikk hun plager med et rødt øye. Hun fikk Kloramfenikol øyedråper av en annen lege uten særlig virkning. Ved under-

søkelsen fant jeg conjunctival injeksjon, normal pupillereaksjon og ingen tegn til ulcus. Jeg fortsatte derfor med de samme dråpene og ba henne si fra dersom plagene ble verre, hun ble lys-sky eller fikk smerter. Det gikk en uke, og da hun kom til ny pensling hadde hun utviklet en sikker iridocyclitt på ve. øye. Hun ble henvist til øyelege og hun ble sykmeldt i en uke.

Vi fortsatte med våre ukentlige penslinger og vortene viste hele tiden en viss tilbakegang. Ca 7 uker etter vårt første møte og etter 7 penslinger, begynte hun å merke smerter og litt hevelse rundt ve. kjeveledd.

I tillegg var hun palpasjonsøsm. Som god allmennpraktiker valgte jeg å se dette noe an. Condylomene var nå forsvunnet, men vi avtalte en kontroll til. Plagene i kjeveleddet vedvarte og i tillegg hadde hun merket smerter i ve. skulder og ve. ankel. SR 78.

Hjerner cellene mine begynte nå å stusse. Hvorfor skulle en tidligere frisk jente nå plutselig få opphopning av så mange forskjellige plager? Hang disse plagene sammen? Bøker kom ned fra bokhylla.

Ved neste kontroll var leddplagene noe bedre. Hun hadde vært i daglig jobb etter at hun ble friskmeldt p.g.a sin iridocyclitt. Hun følte seg imidlertid lite opplagt og trøtt. Hun hadde i tillegg utviklet smerter og hevelse dif-fust i begge føtter. Hun ble nå sykmeldt og fikk rp. NaprenE. SR 65. Hun ble henvist til rheumatolog under diagnosen Mb.Reiter.

Rheumatologen mente hun hadde en seronegativ arthritt, mest sannsynlig reaktiv og da mest sannsynlig Reiters syndrom. Hun ble videre søkt innlagt

og fikk et 3 ukers opphold på rheumatologisk avdeling.

Hun var HLAB27 negativ og man mente hun tilfredsstilte et av de nye kriteriesett for diagnosen. Prognosen ble vurdert som relativt god. Etter å ha gått 2 uker sykmeldt etter utskrivelsen, begynte hun på arbeid igjen. Hun fikk imidlertid økende plager fra anklene, foten og tærne. Hun merket også plager fra hø. kjeveledd. Hun ble derfor henvist på nytt. Resultatet ble at hun skulle forsøke en Salazopyrin-kur.

Ved kontroll primo oktober føler hun seg mye bedre både med hensyn til leddplagene og allment. Hun bruker nå 2,5g Salazopyrin daglig og har ikke merket bivirkninger. Leddplagene bedret seg etter ca 1 mndr.'s bruk av Salazopyrin. Hun bruker ellers regelmessig NaprenE 250 mg x 2. Ved den kliniske undersøkelsen avsløres endel leddaffeksjon i ankler, forfot og tær. Hun skal fortsette med Salazopyrin til hun har brukt dette i 1/2 år. I gode perioder skal hun forsøke å seponere NaprenE. Svar på cytologisk prøve foreligger ennå ikke, men det er klart at hun må følges regelmessig videre.

Dette kasus viser hvordan en uskyldig condylominfeksjon som ellers var grei å behandle, ble komplisert ned sekundære plager i og med at den "trigget" hennes Reiter til å blomstre.

Vi får håpe hun blir helt bra i løpet av kort tid.

Bortsett fra å minne om tilstanden Reiters syndrom, kan denne historien også lære oss et par ting. Gjennomgått condylomata accuminata medfører en økt sjanse for cancer

cervicis uteri og må følges med regelmessige cytologier. Videre har reumatologen vurdert dette kasus i lys av nye kriterier for tilstanden Mb. Reiter. Dette kriterisett er foreslått av prof. Calin og har følgende oppstilling:

1. Seronegativ, asymmetrisk arthritt i ett eller flere av underextremitetenes ledd (men denne lokalisasjonen er

ikke absolutt, det kan også være affeksjon av o.e.'s ledd).

2. En eller flere av:

- urethritt/cervicitt
- dysenteri (generelt begrep innbefattet Shigella, salmonella, yersinia og clostridium difficile).
- inflammatorisk øyesykdom (conjunctivitt, uveitt/iridocyclitt)
- mucocutan sykdom

3. Fravær av andre rheumatiske sykdommer.

Etter dette kan altså arthritt og iridocyclitt alene tilfredsstillende kriteriene hvis en kan utelukke annen reumatisk sykdom.

PER KRISTIAN MOEN
kommunelege
2634 FÅVANG

SAMFUNNS- MEDISINENS MEKKA

Samfunnsmedisinsk utdanning i Finnmark.

Som Utpostens lesere kanskje er kjent med har Sosialdepartementet på statsbudsjettet for 1988 innvilget 1.5 mill kr til et utdanningsprogram for samfunnsmedisin i Finnmark. Programmet tar sikte på å gi kommuneleger II, som pr. definisjon ikke innehar stillinger med samfunnsmedisinske oppgaver, anledning til å utdanne seg til spesialist i samfunnsmedisin via et kommunalt opplæringsprogram.

Det faglige innholdet i et slikt utdanningsprogram er beskrevet i Harald Siems utdanningshåndbok i samfunnsmedisin (Universitetsforlaget 1987). Det kommunale opplæringsprogram forutsetter at det skal finnes godkjente spesialister i samfunnsmedisin rundt omkring i kommunene som kan stå for veiledningen. Fordi vi i Finnmark har få godkjente spesialister, har vi foreslått en ordning med en egen undervisningsseksjon i samfunnsmedisin lagt til fylkeslegekontoret.



En slik seksjon er vi nå i ferd med å bygge opp, og vi har vært så heldige å få kommunelege Dag Brekke, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, avtroppende formann i Offentlige Legers Landsforening, formann i styret for "Bygdøykurset", påtroppende formann i spesialitetskomiteen for samfunnsmedisin, osv.osv. til å påta seg å lede seksjonen.

Dag Brekke starter i stillingen 1. januar 1988. Ordningen innebærer at 10 kommuneleger II kan få veiledning etter det godkjente opplæringsprogrammet. Disse vil

også få lønn under den tid de er på spesialistkurset ved FH i Tromsø. Følgende kommuner har fått tildelt en av de 10 utdanningshjemplene knyttet til kommunelege II stillinger

Sør-Varanger
Nordkapp
Kautokeino
Hasvik
Måsøy
Berlevåg
Båtsfjord
Loppa
Vardø
Lebesby

Tanken er naturligvis at Finnmark skal bli det nye samfunnsmedisinens Mekka. Det er her det skal bli lettest å bli ferdig spesialist, og det er herfra de beste framtidige samfunnsmedisinere vil komme! Sann mine ord!

BERIT OLSEN

BOKANMELDELSER

BESK MEDISIN

Dianna Melrose: Besk medicin - Läkemedel och Tredje världens fattiga.

Grafiska Huset, Luleå 1986. 285 s. Ill.

OXFAM's bestselger "Bitter Pills" er nå kommet i svensk utgave, utgitt av foreningen MOTPOL og Jordens Vänner. Den svenske utgaven har fått tittelen: **BESK MEDICIN - LÄKEMEDEL OCH TREDJE VÄRLDENS FATTIGA.**



"Når vår båt nåmade sig strandkanten hørte vi ett underligt ljud. En kvinnagrät. Vi fann henne med ett dött spädbarn i famnen och en samling medicinflaskor bredvid sig. Hon hade lagt ut alla sina pengar på dessa dyrbara preparat och hon kunde inte förstå varför de inte hade reddat livet på hennes lilla barn. Den här kvinnan från Bangladesh hade aldrig hört talas om det som var uppenbart för den läkare, som fann henne. Barnet hade blivit allvarligt uttorkat av diarré. Hennes liv kunde räddats med en enkel hemmagjord lösning av vatten, salt och socker. Ingen medicin kunde ha hållit barnet vid liv."

Slik starter bokas innledning til en rikholdig dokumentasjon av legemiddelindustriens virksomhet i de fattige landene i den tredje verden. Den engelske utgaven har siden den kom i 1982 blitt oversatt til en rekke språk, og har spilt en viktig rolle i forbrukerbevegelsens legemiddelpolitiske kamp verden over.

Boka kan bestilles direkte fra MOTPOL, adr: PROGEK, Box 31003, 400 32 Göteborg for SKR 140,-

Berit Olsen

POSTALE ETTERUTDANNELSES- PROGRAM I ALLMENNEMEDISIN

SCIENTIFIC AMERICAN

Dette er et kjempeartig etterutdannelsesprogram beregnet på amerikanske allmennpraktikere. Det består av to store ringpermer som inneholder de store fagområdene innen medisin, som endokrinologi, cancer-problematikk, hjertesykdommer, lungesykdommer etc. Hver måned mottas fornyelser til disse temaer der det måtte være behov for dette. Det vil si at vi mottar 12 oppdateringer av dette stoffet hvert år.

I tillegg til dette kan man bestille en kasuistikksamling som består av 8 kasuistikker pr. år. Her går man gjennom en sykehistorie fra pasienten oppsøker deg som allmennpraktiker, og følger pasienten gjennom den behandling du måtte velge, og er også innom sykehusbehandling. Dette kommer vel av at amerikanske allmennpraktikere driver på en noe annen måte enn oss, men ikke desto mindre føles det ganske nyttig å ta opp flere aspekter ved et problem.

Man fyller ut dette skjemaet ved at man stryker ut usynlig skrift med en penn som gjør skriften synlig, slik at svaret kommer frem for oss med en gang vi har bestemt oss for svaralternativ.

Hos oss på kommunelegekontoret i Sør-Varanger bruker vi dette som kjempeartige samlinger under faglige møter, og løser oppgavene i fellesskap. Kasuistikkene sendes tilbake til USA for retting, og blir tilbakesendt med en prosentsscore, samt at man får en beskrivelse av mulige løsninger på problemet og hvilke konsekvenser de enkelte svaralternativene ville få for pasienten.

Vi synes vi har lært mye nyttig av denne gjennomgangen, og det har fått oss til å tenke gjennom problemet på en litt bredere basis enn vi har gjort før. Hos oss har dette avstedkommet en god del temaer for andre faglige møter.

En veldig viktig ting med dette opplegget: Det er kjempeartig!

Mona Søndena
kommunelege i Sør-Varanger



Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

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:

l = lymecyclin = Tetralysal
d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin – farmakolinetikk:

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

l	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

- Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriestatiske 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 bakteriostatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).

(1) Mårdh. Møller, Paavonen: *Chlamydia trachomatis in Genital and Related Infections, Scandinavia Journal of Inf. Diseases, Supp. 32 May 14–16, 1981.* (2) Schreiner A. et al.: *Pharmacokinetics of lymecyclin and doxycyclin in serum and suction blister fluid. Chemothérapie 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.*

VIDDAS VIDGJETNE VANDBAKK

Navn: Øyvind Vandbakk.

Yrke: Helsesjef.

Bil: Volvo-forrige holdt i 11 år.

Favorittmat: Finnebiff med pils.

Hobby: Litteratur og friluftsliv.

Sist leste bok: Brennpunkt 1917.

Inntekt: Husker ikke, men tjener mye.

"Taraxacum no. Løvetann.

Ugress som vokser på de mest ugilde steder og som meget vanskelig lar seg utrydde. Røttene er så seiglivet at den minste bit av rot kan vokse til en ny plante. Arten er utbredt over store deler av jorden, men mest på den nordlige halvkule. Botanikere påstår at en av artene har overlevd den siste istid." (Aschehoug og Gyldendals store Norske.)

Spes.allmennmed. - Spes. samf.med. - no. Øyvind Vandbakk. Helsesjef i Kautokeino. Distriktslege siden 1964. Født i Bærum. 192 på strømpelsten. Gift med Wenche. 5 barn.

Heltene er trette. Tusseladdene er borte. Istedet får vi en ny art av disse utrettelige patriotene som gang på gang gjør ekspertenes ord til skamme. Som klamrer seg fast til naturens guldhet som en ekte løvetann. Som i kraft av sin arbeidsinnsats, sin ukuelige vilje og tro på menneskene nordpå, viser at vi er et fedreland, vi med.

Jeg ville vel foretrukket Inger Hagerup sin beskrivelse av løvetannen, sier årets vinner av NSAM's Løvetannpris for 1987.

*Der står en liten løvetann
blant andre løvetenner
i bakken på et åkerland
og blomstrer så den brenner.*

*Den har slått ut sitt gule hår
på toppen av seg selv.
For av en bustet knopp i går
er den blitt blomst i kveld.*

*Nå er den sterk og stri og vill,
en riktig løvetann,
og strekker kry sin lille ild
mot solens kjempebrann.*

-Jeg er nok eldre enn som så. Jeg husker ennå bombinga av Fornebu den 9.april 1940. Etter folkeskole, gymnas og senere doktorskolen i 1963 var det dengangen nesten fastslått at man skulle reise til en bygd i Finnmark for å utøve sin første legegjerning. Faren min, som i begynnelsen av 1920-åra var lensmannsbetjent i Kirkenes og senere ved kretsforfengselet i Vardø, hadde vekt min interesse for landsdelen. Etter turnustjeneste på Hammerfest sykehus og senere en periode som distriktslege i Alta, ble jeg i 1965 forespurt av Helsedirektoratet om å ta stillingen i Kautokeino. Øygard hadde sluttet og jeg sa ja til å forsøke meg i 1 år. Jeg hadde gjennom min tjeneste i Hammerfest og Alta blitt kjent med en del mennesker på indre strøk.

Allerede dengang var samfunnsmedisin min store interesse. Jeg visste litt om forholdene som befolkninga levde under. Bygdene var isolerte og næringene tradisjonelle. Reinskyss var enda i bruk og den første snescooteren kom da i 1965.

Tangfødsel og tannlege

Da jeg kom i 1965 bestod helsetjenesten av en helsesøster og meg. Sosialkontoret var en skuff i kontorsjefens skrivebord. En periode fungerte jeg både som helsesøster, tannlege og lege. Nå begrenset tannlegegjerningen seg riktignok til å trekke endel tenner, men det var tøft nok. Det var store utfordringer å ta fatt på, særlig på boligområdet og jeg fikk det første året sjansen til å gjøre en innsats. Alle nyutdanna legers store skrekk er fødsler. Allerede min første uke i Kautokeino gav meg en tangfødsel. Marginene her er små, men det gikk bra. Senere er det blitt noen lettere fødsler, men den første vellykkede gav meg en fin start og gjorde meg litt bredere over ryggen. Dette var medvirkende til at prøveåret senere ble utvidet til 3 nye år.

Det andre var familien. Jeg giftet meg med Wenche i 1961. I løpet av de 4 første årene fra 1963 til 1967 hadde vi fått 4 barn. Slik sett glei vi fint inn i den lokale kulturen der dette med å ha mange barn var helt naturlig, ja en forsikring for alderdommen. Det var en tøff tid for kona, og flytting ble stadig nevnt. Senere begynte hun på desentralisert lærerutdanning og da var det hennes tur til å overbevise meg om at vi skulle bli.

Istid

Jeg kom hit nordpå på et for meg gunstig tidspunkt. Jeg fikk oppleve og overlevde kanskje den største istida av dem alle, nemlig undertrykkinga av den samiske minoritet. Jeg kom hit nordover av egen fri vilje og ble godt mottatt. Men jeg ble sjokkert over den norske befolkningens holdning til same. Det var på denne tida at uttrykket: "først folk og sia finn" ennå var i bruk. Når jeg dengang fikk oppleve den urettferdige behandlinga av disse menneskene, så kan jeg idag forstå mye av bakgrunnen og motivasjonen til de såkalte sameaktivistene. Folk må få lov til å si at, du er daza og at du ikke forstår samisk. Hadde jeg kommet 10 år senere, så hadde jeg ikke hatt det samme bildet i dag.

Så, du flytta fra folk til finn ?

Ja, det kan man kanskje si. Jeg var en daza, men det var OK det. Jeg kom ikke som en kolonialist og ble heller ikke mottatt som en. Rett nok var vi en av de første som bygde hytte i Vuorasjavre i 1968/69, og barna trudde lenge at det var "våres-javre". Men jeg trur at vi traff folk på hjemmebane, ellers hadde vi vel kanskje ikke blitt.

Samisk språk

Jeg har i hvert fall 2 dårlige samvittigheter. Foruten ønsket om å skulle ha brukt mer tid på familien, så er mine manglende kunnskaper i samisk språk det andre. Riktignok hadde jeg et unikum av en medarbeider som også steppet inn som tolk, men det blir ikke det samme. Jeg begynte på samiskkurs i slutten av 60-årene, men tiden ble i knappeste laget. Senere fremmet jeg en søknad til Helse- og kirke- og undervisningsdepartementet om å få utarbeidet et brevkurs i samisk. Ingen av disse vurderte dette som nødvendig. I fjor under mitt permisjonsopphold i Oslo, tok jeg også fonetikk og språkvitenskap som en forberedelse til grunnfagsstudiene, men det blir foreløpig med planene. Jeg har imidlertid fanget opp en del

samisk i løpet av disse åra, og kan såpass at jeg takler de vante situasjonene. Men språket vil alltid være en viktig del av behandlingsopp- legget.

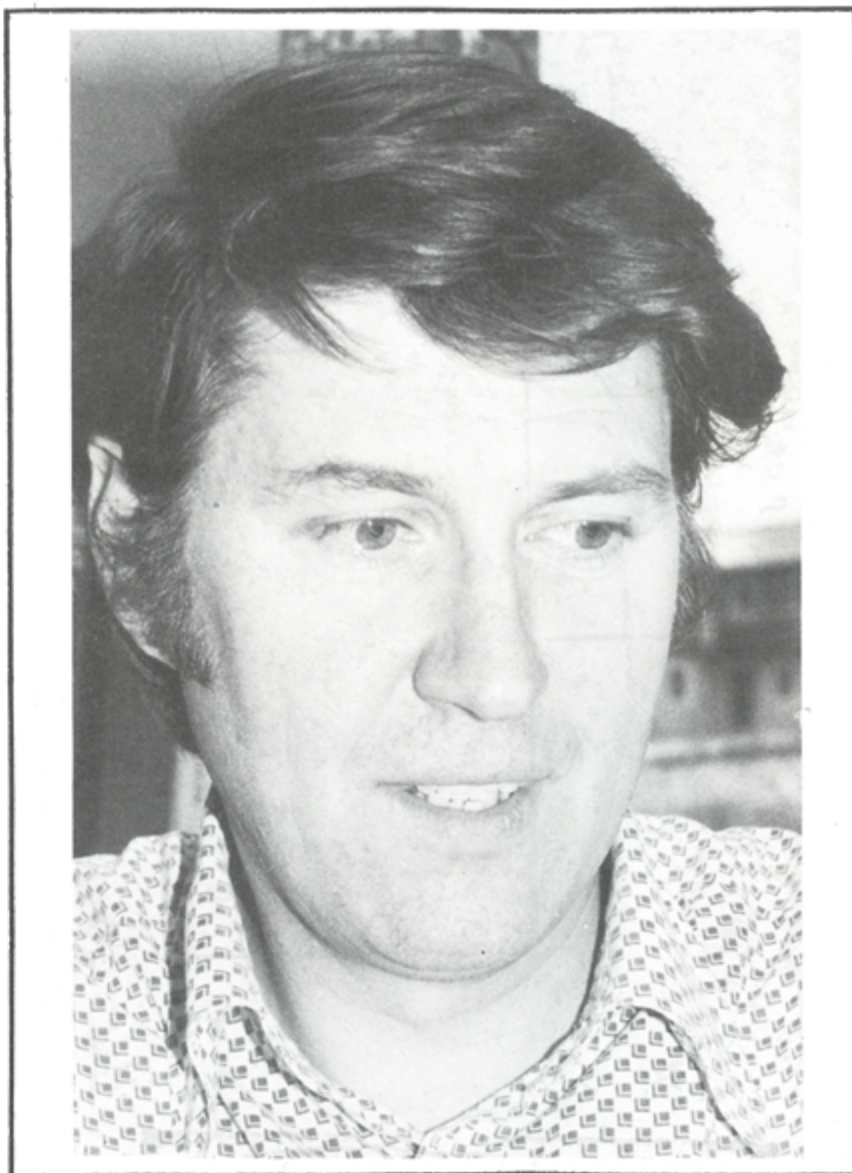
Overgangen til nyere tid

Da vi kom hit i 60-åra, så var det enda vanlig at distriktslegene når de var i Hammerfest, tok seg tid til å stikke oppom sykehuset i fritida for å besøke sine pasienter. Da jeg i 1973 ble pålagt av fylket å ta turnuskandidat, så fikk jeg problemer fordi jeg

alle døgnetstider. Jeg forsto ikke turnuskandidaten når han ba om faste arbeidsavtaler og mer fritid. Selv om jeg innerst visste at dette ville være til det beste for privatlivet og familien, så ble det nok mange harde tak i denne tida.

Tilbake til huslegen

Det påstås blant enkelte i bygda at du allerede ved håndhilsinga har fastslått hvorfor vedkommende oppsøker deg? Det er nok en sannhet med svært store modifikasjoner.



ikke ante hva vi skulle bruke ham til. Vi igangsatte bl.a. et prosjekt der samtlige over 70 år ble besøkt for å vurdere behov og tilby våre tjenester. Med turnuskandidatene kom også den nye tida. Fra en periode der pasienten kom først og pasienten kom sist, så kom en tid der legen ikke rykket ut til

Selv med 23 år i kommunen, så klarer jeg meg ikke uten arkivmappe og samtale. Det vil vi aldri gjøre. Men det er viktig for behandlingen at alle forhold tas med i vurderingen. Lokalkjennskap er en styrke. I allmennhelsetjenesten heter det at vi skal ha et forpliktende, varig,

Pharm



Pharmacia

Pharmacia Norge A/S
Boks 234 - 1322 Høvik

Allergi? Pharmacia testsystem hjelper deg

Pharmacia har gjennom en årrekke forsket og utviklet blodprøvebaserte tester for allergi-testing. Testene utgjør et 3-delt system som sammen med anamnesen danner et godt grunnlag i det videre arbeid for pasienten:

1. Total IgE: - PHADEBAS IgE PRIST
- IgE RIA
- IgE ULTRA NY!
- IgE RIACT NY!
2. PHADIATOP («Ja/nei» test ved mistanke om inhalasjonsallergi). NY!
3. Allergenspesifikk IgE:
PHADEBAS RAST

Total IgE

IgE konsentrasjonen korrelerer ikke alltid med atopisk sykdom, men en forhøyet total IgE indikerer at pasienten kan være allergisk. (Kan også skyldes parasittinfeksjon.) Dersom sykdomsbildet har gitt deg grunn til å mistenke inhalasjonsallergi kan du rekvirere: PHADIATOP.

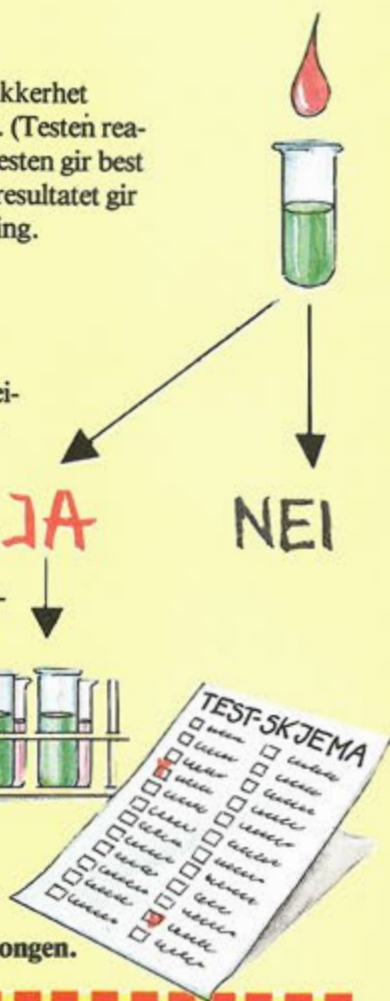
PHADIATOP

Phadiatop er en test som med stor sikkerhet stadfester/avviser inhalasjonsallergi. (Testen reagerer ikke på matvare-allgener.) Testen gir best resultat hos personer over 7 år. Testresultatet gir et godt grunnlag for RAST-rekvirering.

PHADEBAS RAST Allergenspesifikt IgE:

For å gi en optimal behandling og veiledning er det nødvendig å være sikker på hva pasienten er allergisk mot. Dette kan påvises med prikktest og/eller RAST. Det finnes nå mulighet til å teste på ca. 200 forskjellige allergener. (Den diagnostiske verdi er ikke like stor hos alle.)

For ytterligere opplysninger om Pharmacias allergitester ring (02) 54 90 95 eller send inn kupongen.



Ja takk, jeg ønsker mer informasjon om allergi-testsystemet fra Pharmacia.

pr. brev Ring meg

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ Poststed: _____

Telefon: _____

Kupongen sendes Pharmacia Norge A/S, Sandviksveien 26, Postboks 234, 1322 HØVIK. Merk konvolutten «Allergi».

omfattende og personlig forhold til våre pasienter. Primærhelsetjenesten trenger generalister. Det ligger da en fare i at vi blir altfor omfattende og ikke kjenner vår begrensning. I dag pleier jeg å si til turnuskandidatene at vi har gjort en god jobb også når vi klarer å få folk til spesialisten.

Spesialisering nødvendig

Men vi trenger også spesialister. Spesialister er nødvendig i 2. og 3. linjetjenesten. Se bare på det samiske spesialistlegesenteret i Karasjok. Jeg var opprinnelig skeptisk til opprettelsen, var redd for at senteret skulle fylles opp av 1.linjepasienter. Men min skepsis har heldigvis ikke holdt stikk. Senteret fungerer veldig bra. Vi får den hjelpen som vi trenger og på den måten som vi ønsker. Og hjelpen får vi raskt. Jeg håper og tror at de også holder koken etter at arbeidet begynner å bli rutine.

Konservatisme

Det første du legger merke til når du kommer inn på kontoret til Øyvind Vandbakk er at pasientsenga er full av saksmapper og dokumenter. Er det slik i dagens helsevesen at pasienten skal inn i arkivskapet?

-Det er en del av den nyere tid. Et forsøk på å kombinere stillingen som distriktslege og helsesjef. Andre steder har man avsatt særlige pasientdager og tider til administrasjon. Vi har ikke hittil funnet en god løsning. Men med riktig bemanning og alle stillingene fylt, så tror jeg at vi skal klare begge deler. Det ville være en bedrøvelig situasjon for en lege å ikke ha pasienter. Men jeg synes nok at reformene og den nye kommunehelsetjenesteloven har kommet svært raskt. Arbeidsområdet for den offentlige helsearbeider er i dag blitt så mye større. Du må huske på at vi i Norge har hatt offentlige leger siden midten av 1600-tallet. Denne

tradisjonen lar seg ikke rokke ved over natta. Folk må forstå vår konservatisme.

Sosialist og Lionsmedlem

Selv om jeg ikke er medlem av Sosialistisk legeförening, så har jeg aldri lagt skjul på mitt sosialistiske grunnsyn. Men jeg er ikke fanatiker og rir ikke på prinsippene. Jeg har vanskelig for å si nei, og da jeg ble forespurt om å danne et Lionslag i Kautokeino, så ble jeg med. Jeg må innrømme at jeg senere mistet medlemskapet på grunn av dårlig fremmøte. Men senere har jeg så smått begynt på igjen. Et lite lokalt Lionslag har mer det uformelle som sitt mål, og ikke det "snobberiet" som enkelte kanskje forbinder med Lions.

**Mindiab[®] gir
type 2 diabetikeren
mer normal insulinfølsomhet - med mindre
mulighet for langvarig
hypoglykemi.**

Kullkamerat med statsministeren

Nei, fanatiker kan ikke være betegnelsen for Øyvind Vandbakk. I yngre dager gjennomførte han befalsskolen for militærpolitiet. Han hoppet av og begynte på legestudiene sammen med bl.a. Gro Harlem Brundtland og Wenche Frogm Sælleg.

-I motsetning til mine to senere berømte medstudenter, så var ikke den politiske løpebanen strukket ut for meg. Jeg studerte til lege, og det var lege jeg ville være. Jeg har selv sagt en del ting som jeg ønsker kunne vært gjort annerledes, men akkurat valget om å bli lege og å arbeide innen allmennhelsetjenesten, det hadde jeg valgt om igjen. Hva med framtida? Du har jo rundet 50 og for en med din erfaring må det

vel finnes større utfordringer enn en helsesjefstilling i Guovdageaidnu?

-I "gamle" dager hadde distriktslegene 3 karriereveier: For det første kunne man begynne på sykehus, de kunne begynne i en eller annen administrativ stilling innen Helseledelse eller fylkeslegeembedet, eller man kunne flytte sørover. Når den yngste om noen år er ferdig med skolegangen, så vil vi måtte foreta en vurdering av vår situasjon. Kanskje flytter vi sørover da, fordi jeg vil alltid fortsette med pasientarbeide og allmennhelsetjeneste.

Jeg kunne også tenkt meg en periode med helsearbeide i et eller flere u-land, men dette er foreløpig bare strøttanker.

Jeg trives veldig godt i Kautokeino, og Kautokeino og Finnmark vil alltid være en viktig del av mitt liv.

Jeg vil ikke selge hytta i Vuorasjavre, den vil nok bli arvegods. Men jeg tror nok ikke at pensjonisttilværelsen vil bli tilbrakt her nordpå.

*Hvor stolt og gladelig den gror!
Men like nedenfor
står en sørgmodig eldre bror
og feller hvite hår.*

*Slik, vennerfarer livet med
all verdens løvetenner.
Først blir de ild, så blir de sne
og siden gamle menn.
(Inger Hagerup)*

JAN ERIK HENRIKSEN
sosialsjef Guovdageaidnu-
Kautokeino, leder i Samisk sosialarbeiderforening

Mindiabetes 2

Mindiab er et nytt tablettalternativ med virkestoffet glipizid. Mindiab gir mer normal insulinproduksjon, – følsomhet og blodsukker verdi. Og med en farmakokinetikk som gir mindre mulighet for langvarig hypoglykemi.



C Mindiab: Tabletter 2,5 mg og 5 mg: Hver tablett inneh.: Glipizid 2,5 mg resp. 5 mg, const. q.s.

Indikasjoner: Diabetes mellitus type II (ikke-insulin-avhengig) hvor blodsukkeret ikke lar seg normalisere med vektreduksjon eller mosjon alene.

T Kontraindikasjoner: Diabetes mellitus type I (insulin-avhengig), og ved følgetilstander som ketoacidose, særlig precoma og coma diabeticum. Graviditet og amming. Sterk nedsatt nyrefunksjon. Nedsatt leverfunksjon. Ved alkoholisme, dårlig ernæringsstilstand eller ved spesielle belastninger (store traumer, operative inngrep, febrile tilstander) kan omstilling til insulin være indisert.

Bivirkninger: Gastrointestinale besvær som diaré, gastralg og nauzea. Allergiske hudreaksjoner. Blodbildeforandringer: agranulocytose og trombocytopeni er i sjeldne tilfeller rapportert med sulfonylurea-preparater, og bivirkninger av denne type kan ikke utelukkes med glipizid.

Forsiktighetsregler: Hypoglykemi og følger kan opptre som følge av interaksjoner, overdosering, dårlig ernæringsstilstand, nedsatt leverfunksjon og nyreinsuffisiens. Ved alvorlige infeksjonssykdommer og større kirurgiske inngrep kan, i likhet med andre perorale antidiabetika, effekten være noe usikker. I slike tilfeller bør insulinterapi overveies.

Interaksjoner: Spesiell forsiktighet bør iakttas når glipizid administreres samtidig med visse andre legemidler som kan tenkes å potensere den blodsukkersenkende effekten. Dette gjelder fenylbutazon og oxyfenbutazon, probenicid, salicylpreparater, sulfonamider, kloramfenikol, kumarinderivater samt beta-reseptorblokkere.

Dosering: Det er viktig å begynne med adekvat diett i tilstrekkelig lang tid, gjerne i minst 4-6 uker, før glipizid gis i tillegg. Individuell dosering, som avhengig av sykdomstilstanden kan variere mellom 2,5 og 15 mg daglig oppdelt på 1-3 doseringer. Tablettene bør tas ca. 30 min. før måltid.

1) Nynnstilling: Gjennomføres som

regel ambulant. Passende initialdose er 2,5-5 mg daglig. Blodsukker og urinsukker kontrolleres etter 7-10 dager. Ved utilfredstillende virkning på blodsukkeret, økes dosen etappevis med 7-10 dagers mellomrom.

Pakninger og priser: Tabletter 2,5 mg: (hvite, uten delestrek): 100 stk. (trykkpakning) kr. 97,05. 250 stk. (glass) kr. 229,65. 5 mg: (hvite, med delestrek) 100 stk. (trykkpakning) kr. 143,05. 250 stk. (glass) kr. 343,00.

T:5

FARMITALIA CARLO ERBA

Postboks 53 - 1371 Asker
Telefon (02) 79 07 60



"IKKE PILLE FOR ALT SOM ER ILLE" OGSÅ VED SØVNVANSKER?

Man sitter på kontoret en travel formiddag. Klokka nærmer seg matpause. Kaffen er satt over det ser ut til at man faktisk har fått tømt venteværelset i rimelig tid. Kontorsøster banker på: "Er du ferdig da tar du vel reseptene i dag?" En sirlig skrevet bunke legges på bordet, leses igjennom og signeres. Faste blodtryksmedisiner, hjertemedisiner og p-piller, men også dette: anseelige mengder Rohypnol, Mogadon o.l. gjøres klar på apoteket og hentes av søvnløse damer og herrer. Dette er legesenterets "faste kunder", som år etter år ringer inn sin "faste medisin". Pent og pyntelig, ikke noe ukontrollert forbruk. Kaffetørst og lett oppgitt tenker man: Er dette nødvendig? Er det hensiktsmessig? Og kan man eventuelt gjøre noe med det? Etter gjentatte ganger å ha fortrent disse tankene og skyndet seg til kaffen, bestemmer man seg for

å se nærmere på saken. Man har følgende forutinntatte meninger:

- a) Vanlige friske folk trenger ikke bruke sovemidler år ut og år inn.
- b) Langvarig bruk av sovemidler kan ha uheldige konsekvenser.
- c) Ved felles innsats bør vi på legesenteret kunne påvirke våre pasienter til riktigere bruk av sovemidler.

Hva kan man gjøre?

1) Først må man få noen facts på bordet for å få vite om vi i NordFron kommune skriver ut mer sovemidler enn de gjør andre steder. Apoteket skaffer prompte salgstall som viser at det gjør vi slett ikke. Se bare:

Salgstall for NordFron kommune i aug./sept./okt. 1986 i DDD (definerte døgndoser) pr 1000 innbyggere fra felles katalogens kapittel N 05 C var 33.80.

- For landet som helhet: 41.6 DDD/1000.
- For Oppland fylke: 40,0.
- På topp Oslo med 67,0.
- På bønn Finnmark med 20,8.
- (kilde: Norsk legemiddelstatistikk.)

2) Dette må vi snakke sammen om! Registreringen legges fram for de andre 4 legene i kommunen og for de kontoransatte. Er det interesse for å prøve å påvirke? "Ja!/Jo'a/Mjaa..." (ingen direkte nei.)

Hva vil vi oppnå?

- a) Senke totalforbruket av sovemidler.

b) Bruke sovemidler riktigere, nemlig: minst mulig dose kortest mulig tid, evt. intermitterende, ikke fast "av gammel vane", minst mulig "kumulerende" langtidsvirkende stoffer.

c) Informere om søvn/søvnproblemer/søvnhygiene med særlig vekt på ikkemedikamentell behandling.

Hvilke midler tar man i bruk?

1) Man lar seg intervjuet i lokalavisen om søvn, søvnvansker, gode råd og fornuftig medikamentbruk.

2) Man lager en brosjyre om søvn, (se vedlegg). En slik finnes nemlig ikke i legekontorets eller apotekets ellers rik-

holdige brosjyreutvalg. Brosjyren vedlegges alle sovemiddelekspedisjoner fra apoteket. Den finnes på venterommet, og den brukes som utgangspunkt for informasjon i konsultasjonen.

3) Man blir enig om en felles strategi for alle 5 leger og hjelpepersonell. Denne går i korthet ut på:

a) For pas. med "nytt" søvnproblem: legg vekt på informasjon og rådgivning hvis nødvendig: gi en liten dose av et kortvirkende medikament i kortest mulig tid

b) For de "faste" brukerne:
• ikke reiterer sovemiddelresepten automatisk over telefon

- vurder hver gang om forbruket er hensiktsmessig. Ta pas. til en konsultasjon for å drøfte med. bruken, ev. skifte preparat/dose/intervall. Gi informasjon og alternative råd

Hvordan gikk det?

Et år etter registrerer man igjen og finner følgende:

For aug./sept./okt.87 NordFron kommune: 30.28 DDD/1000 innb, d.v.s en total nedgang på 10,4%

Man skriver ut andre stoffer enn før:

- flurazepam (Dalmadorm) tilbake 52%
- nitrazepam (Apodorm/Mogadon) tilbake 39%
- flunitrazepam (Rohypnol/Flunipam) tilbake 29%

SOV GODT!

informasjon til deg som bruker sovemedisin.

SØVNBEHOVET

Variere fra person til person. Hvis du ikke får sove mer enn 5 - 6 timer pr. natt, kan det godt tenkes at du ikke trenger mer.

— Eldre trenger mindre søvn enn unge. Tro derfor ikke det er noe galt når du ikke får sove så mange timer som i yngre år!

— Det har ingen hensikt å øke søvnmengden ut over det kropp og sjel trenger!

SOVEMIDLER

— Disse kan trygt brukes i korte perioder med akutte, forbigående søvnvansker.

— Bruk utover 3 uker anbefales vanligvis ikke.

— Langtidsbruk er uheldig og kan medføre at:

★ — Medikamentet hopper seg opp i kroppen og gjør at du blir trøtt utover dagen.

★ — Det kan virke på søvnen, slik at den blir annerledes enn den naturlige, og du blir mindre uthvilt.

★ — Eldre mennesker kan bli omtåket og tilmed få nedsatt hukommelse.

— Kanskje du bruker sovemiddelet mest av gammel vane? Kanskje du ikke tør slutte, eller tror det er vanskelig.

- triazolam (Halcion) fram 73%

Hva skal man si til dette? (og hva har man lært av det?)

En nedgang på ca 10%, er det bra eller dårlig? Tallene for forbruk i 1987 for fylket og for landet som helhet foreligger ikke ennå. Men fra 1985 til 1986 økte forbruket for hele landet med 16,5%, og for Oppland fylke med 11,4%. Så et klart brudd med "trenden" er det i alle fall.

Ble det protester når folk ringte for å bestille sin faste sovepille og så ble bedt om å komme til time? I følge kontorpersonalet ble det nok en del av det. Mange syntes det skulle være

unødvendig å diskutere noe som fungerte så uproblematisk som deres sovemiddelbruk. Det var på dette området det skjedde minst forandring. De som i flere år hadde tatt sin sovepille hver kveld fikk ganske visst informasjon og brosjyre, men at de dermed ville forandre sin gamle vane var heller tvilsomt. De fleste fortsatte som før, og ble heller ikke presset til noe annet.

Reseptbunken før kaffepausen ble dermed ikke så mye mindre.

Den største forandringen skjedde altså hos de nye/tilfeldige brukerne. Disse fikk mindre doser, mer kortvirkende preparater, mindre pakninger. Kanskje vil dette på sikt gi færre faste forbrukere? Vil det si at forbruket om 10 år blir ennå lavere enn i dag?

Det var en positiv erfaring å samle kolleger og hjelpepersonell omkring evaluering og forbedring av egen praksis. Apoteket ga utmerket hjelp med registrering og brosjyreforsending. Lokalavisa bidro med sitt. Metoden viste seg å være lite arbeidskrevende. Den kan ikke gi seg ut for å være "forskning" el. "vitenskap". Men den kan brukes til å evaluere og påvirke legepraksis i en liten kommune. Og hvorfor ikke prøve den på andre områder, som f.eks. analgetikafor-skrivning eller hjertesviktbehandling?

METTE BREKKE
2640 VINSTRA

HVORDAN SLUTTE MED SOVEMIDDELET ?

- La være å ta tablettene hver 3. kveld i 14 dager.
- La være å ta den annenhver kveld i 14 dager.
- Ta så bare ½ tablett annenhver kveld i 14 dager.
- Deretter klarer du deg uten sovemiddelet.

SAMTIDIG ER DETTE VIKTIG:

- Sov ikke om dagen!
- Stå opp til samme tid hver morgen!
- Drikk ikke kaffe el. te etter kl. 18.00!
- Spis ikke store måltider like før sengetid!
- Gå en tur, ta et bad el. gjør noe annet avslappende den siste timen før sengetid.
- Sørg for behagelig temperatur, ro og mørke i soverommet.
- Ikke les, spis eller se TV i senga.
- Sex er den eneste tillatte aktivitet i senga utenom søvn.
- Hvis du blir liggende våken 15-20 minutter, så gå ut av soverommet og gjør noe annet til du blir sovning.
- Avspenning, (autogen trening) kan hjelpe deg å sovne på en naturlig måte. Legen din eller en fysioterapeut kan undervise deg om dette.

HUSK:

- Alle trenger ikke 8 - 9 timer søvn!
- Du blir klarere i hodet uten sovemedisin!

LYKKE TIL

hilsen
KOMMUNELEGENE
I NORD-FRON



KURSKALENDER FOR SAMFUNNSMEDISIN

Bergen	11.04-16.04	Medisinsk statistikk. Påmelding: se kurskatalogen - kursnr 618. Påmeldingsfrist 15.02.
Oslo	13.04-15.04	Individrettet forebyggende medisin. Helseopplysning-helsekontroller. Påmelding : se kurskatalogen - kursnr. 1836. Påmeldingsfrist 21.02.
Oslo	18.04-20.04 og 02.05-04.05.	Innføring i statistikk. Påmelding: se kurskatalogen - kursnr. 1840 Påmeldingsfrist: 20.02
Trondheim	18.04-22.04	Forebyggende helsearbeid blant barn og ungdom Påmelding: se kurskatalogen - kursnr. 406. Påmeldingsfrist 25.03.
Bolkesjø	19.04-22.04	Ledelsesseminar for toppledere v. prof.dr.oecon. Erik Johnsen Påmelding HAF tlf (02)445730
Oslo	25.04-27.04	Forebyggende medisin i kommunehelsetjenesten. (Yrkesmedisinsk avd. Telemark sentr.sh. Porsgrunn) Påmelding: se kurskatalogoen - kursnr. 1847 Påmeldingsfrist 18.03.
Trondheim	01.05-07.05	Epidemiologi. Grunnleggende prinsipper og metoder. Påmelding: se kurskatalogen - kursnr. 408. Påmeldingsfrist 01.04.
Bergen	02.05-03.05	Fiskerimedisin. Påmelding: se kurskatalogen - kursnr. 625. Påmeldingsfrist 01.03.
Hamar	25.05-27.05	Økonomiseminar. Rica Olrud hotell. Påmelding HAF tlf (02) 44 57 30
Tromsø	30.05-03.06	Forskning i allmennpraksis Påmelding: se kurskatalogen - kursnr. 319. Frist 01.05.
Oslo	30.05-03.06	Kommunikasjon i helsearbeid med innvandrere og flyktninger. Påmelding: se kurskatalogen - kursnr. 1852 Påmeldingsfrist 01.05.
Hemsedal	06.06-09.06	Ledelse gjennom samarbeid (trinn 2) Skogstad hotell (evt. også 14.-17.06) Påmelding HAF tlf (02)445730
Trondheim	07.06-10.06	Informasjonsteknologi i helsetjenesten (Konferansen arrangeres i forb. med messen Medtech 88) Påmelding HAF (02) 44 57 33
Trondheim	15.06-17.06	Ledelse/organisasjonsutvikling. Myllerhotell Heimdal Påmelding HAF (02) 44 57 33

HVITE FLEKKER PÅ KARTET I KOMMUNE- HELSETJENESTEN

- Å dikte er å finne en historie til sin erfaring,
- forskning å prøve å finne en erfaring til sine fikse ideer,
sier Finn Carling et sted.

Det mangler ikke på ideer i norsk kommunehelsetjeneste,- både fikse og ufikse. Men systematiserte og kritisk evaluerte erfaringer mangler det på. Og slik jeg ser det er det ikke snakk om noen få enkeltstående hvite flekker på et kart hvor terrenget forøvrig er inntegnet og ferdig,- men nærmest et sjøkart hvor det meste er totalhvite flater bare med en og annen liten holme og en og annen båke avmerket : i det hele tatt altfor lite til å trygge seilassen.

For di dette er den virkelighet jeg forholder meg til, vil jeg i det følgende ikke gjøre noe forsøk på å gi noen helhetlig beskrivelse av terrenget, men nøye meg med å peke på noen områder hvor vi har stort behov for å få merka av grunner og mulige undervannsskjær, slik at innseilinga mot ei trygg havn kan fortone seg minst mulig hasardiøs.

Å forske betyr å sette kritisk søkelys på;- i dette tilfelle kommunehelsetjenesten,- eller førstelinjetjenesten , som jeg vil foretrekke å kalle den for å utvide perspektivet ut over den lovbestemte, obligatoriske primære helsetjeneste og få med tilbud på "sida av" den stuerene skolemedisin, fordi virkeligheta nå engang er slik at både sosialtjenestene og alternative helsetilbud har en betydelig plass i befolkningas hverdagstilbud når det gjelder helsa.

Og da er det noen fundamentale spørsmål vi må ta stilling til og se på :

Vi må kritisk vurdere helsebegrepet. Inge Lønning sier vi må stikke hull på helseballongen. Den fungerer som livslønn både for pasienter og personell i mange sammenhenger. Er samfunnet - og det enkelte individ, tjent med et helsebegrep som innbefatter all menneskelig aktivitet fra vogge til grav, og som sykeliggjør ethvert avvik ? Hva betyr det f.eks for kvinners selvbilde og "kroppshistorie" at det å bli gravid når det ikke passer, og det ikke å bli gravid når det passer, defineres som sykdom som krever sykehusinnleggelse og utredninger fra helsevesenets side ? Gjør vi folk en bjørnetjeneste med et helsebegrep og en helsetjeneste som forutsetter profesjonell deltagelse i ethvert av dagliglivets problemområder ? Ivan Illich sier helsevesenet er helsefarlig fordi det gjør folk usjølstendige og avhengige av profesjonell hjelp.
- Jeg tror det er en kritikk vi bør ta på alvor. Rent samfunnsmessig er helsetjenesten blitt et konserverende element fordi sosiale problemer, som skulle ha vært kimen til politiske forandringer defineres som individuelle helseproblemer og tillegges det mangede voksende uhyre som helsetjenesten etterhvert er blitt. Det eksisterer i dag en vanhellig allianse mellom vår generelle kulturkrise, samfunnets iboende konserverende krefter og de profesjonelle helsetjenerne som motarbeider individets egne "overlevelseskrefter".

Det er den ene sida av problemet. På den andre sida vil det også samfunnsøkonomisk etterhvert stilles krav om at

vi legitimerer vår voksende virksomhet. Når det er slik at trivsel, sosial trygghet og stabile menneskelige relasjoner er de viktigste helsefremmende faktorer, ville en samfunnsøkonomisk riktigere prioritering være å satse mindre på helsetjenesten og mer på de menneskelige miljøene, kan hende.
- Eller på de helsetjenester som kan dokumentere effekt,- og effektivitet. Til dette trenger vi en forskning som ikke er fragmentert og oppstykket ned på individ-problem-nivå , men som også inkorporerer sosiologiske,- sosialpsykologiske og antropologiske perspektiver, og hvor "helsebiten" bare er ett enkeltelement.

For hva er det egentlig som foregår når eldre kvinner i mitt hjemfylke,- giktbrudne, husbundne og sykelige,- ja, tilnærmet totalt uføre ellers i året, i multebærtida stavrer seg lykkelig mot de fjerneste myrterreg med bøtte og spann,- til alltid samme undring fra omgivelsene ? - Jeg har en gang hatt den opplevelsen å møte ei fra gamlehjemmet i Havøysund på multemyra på naboøya, med gåstol fra tue til tue. Ho plukka like mye bær som meg i tida mellom de to lokalbåtrutene.
Hemmeligheten ligger naturligvis i motivasjonen. Og helse- tjenesten har neppe stort den kan bidra med her,- eller har den ? Burde den ha ?

Tilbake til helsetjenesten: Vi må legitimere vår virksomhet og vår faglige eksistens, det har samfunnet krav på. Dekker vi for det meste kunstige behov ? Og hvilke behov er egentlig kunstige ?
Når vi i Finnmark kan drive en psykiatrisk helsetjeneste stort sett uten

psykiatere- muligens kanskje ikke faglig helt idéelt, men hvor i dette landet fungerer psykiatrien faglig ideelt? - så må dette reise ubehagelige spørsmål til profesjonen. Og folk må med rimelighet kunne spørre: er vi blitt lurt? Er det bare tull at vi trenger psykiatere?

I Israel har de ikke fot-terapeuter. De har aldri hatt det, og vet forsåvidt ikke av at de mangler det heller, - og har følgelig ikke behov for det. Hva betyr det, hvis det stemmer at fotterapi er av så stor betydning for eldres funksjon og førlighet? Slike spørsmål burde interessere oss. De vil komme til å interessere de som har ansvar for å fordele stadig knappere ressurser på stadig flere eldre.

- I det hele tatt er det et problem, synes jeg, at vi interesserer oss så lite for å se til **sidene**: allmennmedisinsk forskning drives av allmennmedisinere, - annen medisinsk forskning av andre medisinerere, samtidig driver sykepleierne sykepleieforskning, psykologene psykologiforskning, etc.etc. Den såkalte **tværfagligheten** - oftest sterkere preget av første delstavelse enn av siste, - er i realiteten en "mangfaglighet" som består i at vi legger våre fag ved siden av hverandre, og vi taper derved gevinsten av gjensidig vekst og utvikling av hele fagspektra som kunne belyse helseeffekt via ulike veier. Forskning i førstelinjetjenesten burde være noe anna enn enkeltfagenes fragmenterte bidrag, - nettopp fordi nærheten til det uryddige, pulserende livet med alle dets mangfoldige og sammensatte problemer er felles for alle fagene. Og kanskje ikke minst fordi forholdet til dem som ikke søker helsetjenesten burde interessere oss mye mer.

Forskning i kommunehelsetjenesten er i stor grad anvendt forskning. Hovedmålsettinga må være å oppnå en bedret helsetilstand i en befolkning eller hos et individ, målt ved subjektive eller objektive parametre. Derfor må vi også fordomsfritt se på andre veier til målet enn den "stuerene" profesjonsorienterte fagtilknytte; hvis nevrotikeren får bedre hjelp av nabokona enn hos doktern, - trenger hun da doktern med sine valiumresepter og allmenngyldige lettvintheder? Hvis eksempleringen blir bedre av leseren i nabobygda, hvorfor bruke

steroidsalver? Har astmatikeren bedre effekt av homeopatiske midler? Hvorfor, i så fall? Og migrene-pasienten av akupunktur? Alt dette må det være førstelinjetjenestens oppgave å utrede: **den best mulige utnyttelsen av placeboeffekten**, - hvis det er det dreier seg om, da.

Historien om akupunktur er forøvrig et ypperlig læreeksempel på vår profesjonelle arroganse, håndhevet like til

Vi har for mange overleverte sannheter uten frugg av støtte i undersøkelser. F.eks.: Hvordan har de gjengse, "vedtatte" intervaller for undersøkelser på helsestasjonen, i skolehelsetjenesten, - og for den saks skyld: i svangerskapsomsorgen framkommet? Det er sannheter henta ned fra den blå himmelen, såvidt jeg vet. - Noen burde evaluere ulike alternativ.

Et annet, nærmest grotesk eksempel er helseopplysning. Her er



endorfinenes tilsynekomst på den vitenskapelige arena. At mange pasienter var blitt hjulpet ble ikke akseptert som "beprovad erfaring", - skolemedisinen ville gjerne ha monopol på empirien også. Inntil moderne smertefysiologisk forskning sannsynliggjorde effekten.

Men det er ellers det motsatte som er mitt hovedankepunkt: vi har for mye empiri og for lite eksakt viten om det vi steller med. Foucault sier det slik: *Folk vet hva de gjør, ofte vet de hvorfor de gjør det de gjør; men det de ikke vet, er hva det de gjør, gjør.*

kunnskapen om effekt og effektivitet i formidlingen av budskapet åpenbart omvendt proporsjonal med evangeliseringsiveren og fryktinduksjonen.

Så tilbake til draftet og noen områder hvor det haster med kartlegging-sarbeidet:

Først på den kurative siden:

"Ord er allikevel ånd og symptom er kjød, and never the twain shall meet.." sier Kurt Tucholsky
De møtes nå allikevel i bløtdels-rheumatismene og belastningslidelsene, - både de akutte og det fysiske/psykiske utslithetssyndrom. Ikke noe anna område av hverdagshelsetjenesten eller i hverdagen forøvrig har større

innvirkning på samfunnsøkonomien,- bare av den grunn haster det.

Bare innfor de akutte lidelsene.tendovaginit og peritendinit ville en avklaring og dokumentasjon for hvilken

behandlingsmetode som raskest gir lindring være av uvurderlig betydning. Valgmulighetene er som kjent legio :

- utelukkende immobilisasjon
- immobilisasjon kombinert med NSA/cortisoninj./heparininj./analgetika
- mobilisasjon kombinert med samme
- ultralyd alene eller i kombinasjon med en el. flere av de nevnte behandlings-former
- kortbølge , etc.etc.

Og innfor dette feltet mer enn noe anna ; sammenheng mellom sykkelighet og trivsel,motivasjon, ensomhet,personlighetstype o.l. Slike oppgaver burde ligge ypperlig til rette for samarbeid mellom flere faggrupper i førstelinjetjenesten;- og viktigst av alt : -det er bare vi som ser disse tilstandene!

Hva kan det komme av at to personer i samme ensformige arbeids-stilling er ulikt plaga ? Kanskje analyser av videostudier av arbeidssituasjoner vil le gi svar . Eller ligger svaret i våre livsbiografier, i eksistensielle forhold, i alt det som gir tilværelsen smak og lukt eller mangel på sådan. Vi trenger å vite noe eksakt om dette for å kunne vurdere helsetjenestens realistiske bidrag.

I geriatrien er det nå blitt vanlig å benytte funksjonstilstand som mål for helse.(Det burde det kanskje også være i andre aldersgrupper. Freuds definisjon av helse var : Helse er evnen til å elske og arbeide-det er en minst like god definisjon som de mer høyt-flyvende.)

Også innfor eldreomsorgen er det plagsomt mye synsing. Det haster med å kartlegge hvor mye en bedring i funksjonsnivået kan redusere behovet for institusjonalisering, og hvordan vi mest effektivt kan oppnå en bedring i funksjonsnivået.

Forebyggende helsearbeid blant eldre er i det hele tatt fortsatt langt på veg et tomt hull,rent vitenskapelig. Et annet eksempel : Lyskebrokk hos menn lærte vi på doktorskolen skulle

opereres. Sannsynligheten for incarcerasjon og strangulasjon blir oppgitt fra 1,7 - 6 % i ulike materialer. Haken er bare at tidsperspektivet mangler. I Paul Bergers studie av 10.000 pasienter var sannsynligheten pr år 0.4 %. Studier fra nyere tid fra USA viser det samme,dvs at komplikasjonsfaren ved operasjonen er større enn inkarerasjonsfaren. - Dette trenger en snarlig avklaring. Nesten alle som har vært i praksis en tid har unnlattelssynder her,- for gamlingene vil ikke,- mange eldre har bedre vett enn våre innlærte sentenser fra doktorskolen ! Samtidig er dette en tilstand som krever et stort antall liggedøgn i våre kirurgiske avdelinger. Ut fra et økonomisk perspektiv burde man først og fremst se kritisk på de vanligste tilstandene og behandlingen av dem .

Og generelt :

Norge er i ferd med å bli et flerkulturelt samfunn i mye større grad enn tidligere. Og godt er det . Men vi mangler kunnskaper om helseeffekten av flerspråkighet,diskriminering og minoritetstilhørighet.Ikke minst er det påtakelig i Finnmark. Etnisk medisin, som inkorporerer kulturelle og sosiologiske aspekt i helseforståelsen, er et felt som er i langsom oppbygging,- og hvor jeg i alle fall føler et sterkt tidspress. (Varianter over samme tema er naturligvis "innvandrermedisin" og "kvinnemedisin".)

Samfunnsmedisinsk trenger vi å systematisere våre erfaringer og evaluere ulike metoder for politisk feed-back. **Hvordan** fungere som svart samvittighet innfor en faglig ramme ? Hvordan greie å holde de svake gruppene på dagsordenen i egosamfunnet? Her mangler det både strategier,- og naturtalenter.

Og vi trenger å utvikle strategier for å styrke befolkningens og lokalsamfunnets deltagelse i planlegging / utforming og krav til helsetjenesten, og i evalueringa av denne.Når store grupper i befolkninga ikke føler at den offentlige helsetjenesten er deres tjeneste, må det være noe galt et sted.

Hele spekteret av levekårenes innvirkning på helse burde inspirere til **tverrfaglig aksjonsforskning**. Det samme gjelder for de helsemessige

konsekvensene av ulike forhold i arbeidslivet, slik som :

- tempo
- ensidighet
- kulde
- akkord
- ledighet
- ensidig næringsliv

Og ikke minst : Utprøving av ulike modeller for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, kanskje særlig innfor lokale forebyggende aksjonsprogrammer.

For ikke å gjøre lista alt for lang , skal jeg slutte her. Bare ett område til syns jeg må med: vi trenger en evaluering av ulike virkemiddel for å sikre den geografiske distribusjonen av helsepersonell. Dette er et område hvor mange land har forsøkt en rekke ulike tiltak. Og fra Norges ekstreme utkant er det et plagsomt behov for mer eksakt viten,ettersom vi snart er tom for eventuelle forslag til nye virkemiddel som iverksettes som stadig nye kiseløsninger uten den ringeste kunnskap om kostnad-nytte-effekt.

Hva slags forskning er det egentlig vi trenger ?

Tradisjonell medisinsk forskning og praksis bygger på en mekanistisk sykdomsmodell , som forutsetter at sykdom eksisterer uavhengig av offeret,- og kan kategoriseres og beskrives i generelle termer . Enhver sykdom antas å ha en årsak, som når den er avdekket, lar seg korrigere med en definert behandling. - Etter denne tankegangen, skyldes vanskeligheter med å diagnostisere eller helbrede en tilstand enten dårlig teknikk fra legens side , eller at pasienten ikke er virkelig syk.

McWhinney har påpekt følgende tre anomalier fra allmennpraktikerens hverdag som undergraver en slik tankegang :

- 1) mange pasienter har sykdommer som unndrar seg klassifikasjon
- 2) en sykdoms etiologi er ikke alltid spesifikk,men kan inkludere bidrag både fra psykologiske,sosiale og biologiske forhold
- 3) placeboeffekten er uforklarlig ut fra sykdomsmodellen, og antyder at

helbredelsen springer ut fra pasienten heller enn ut fra eksternt appliserte behandlingsformer.

Jeg synes Michel Foucault sier noe viktig om kunst, som like gjerne kunne vært sagt om forskning :

För oss är det enda verk och den enda konst som finns den som undslipper sin skapares dödlighet.

För antikens människor var levnadskonsten tvärtemot nogot som tillämpades på detta förgängliga ting som är livet. Att livet, just för att det er förgängligt, bör utformas till ett konstvärk -det är ett märkligt tema...

Det som förvånar mig är att konsten i vårt samhälle har blivit nogot som bara förknippas med ting och inte med människor eller med livet.

Konsten har blivit ett specialiserat område för de experter som konstnärerna utgör.

Men varför skulle inte vars och ens liv kunne utgöra ett konstvärk? Varför är en lampa eller ett hus ett konstvärk, men inte vårt liv ?

Legekunst i praksis og i forskning baserer seg også på erfaringer vi besitter fordi vi er mennesker, og vet noe om det

å være menneske. Å underkjenne dette faktum ville være uvitenskapelig. Men det betyr ikke at vi ikke har behov for en forskning som baserer seg på tradisjonell naturvitenskapelig metodologi, og som kan øke våre eksakte kunnskaper, f.eks. om kostnad og nytte i behandlingen av hverdagssykkeligheten. Men vi trenger også en forskning som øker visdom, som relaterer seg til menneskelige erfaringer med sykdom, ikke bare beskrivelser av sykdom, og som setter mennesket i sentrum; en subjektiv forskning, som knytter erfaringene til våre historiske og mytologiske forutsetninger.

BERIT OLSEN

SIMG-kongressen i Trondheim

Det er fremdeles mulig å melde seg til SIMG's vårkongress i Trondheim i dagene 29.5.-1.6.

SIMG, Societas Internationalis Medicinae Generalis er den europeiske allmennpraktikerorganisasjonen som med denne kongressen viser ansikt i Norge for første gang.

Til kongressen har det pr 20.mars meldt seg allmennpraktikere/deltakere fra i alt 18 nasjoner. Programmet omfatter henimot 50 foredrag og posters. Alle foredrag er på engelsk.

Kongressen er godkjent med 18 timer til spesialiteten i allmennmedisin, og det kan søkes om dekning av kursutgifter over Den norske Lægeforenings fond til fremme av allmennt praktiserende legers videre- og etterutdannelse.

Nærmere opplysninger hos

Ola Lilleholt, 6657 RINDAL. Tlf. 073-65217 (dag) eller 073-65125 (kveld).

FASTLØNN ELLER AKKORD?

Hva er forskjellen mellom bydelselegers og private allmennlegers praksisform i Oslo?

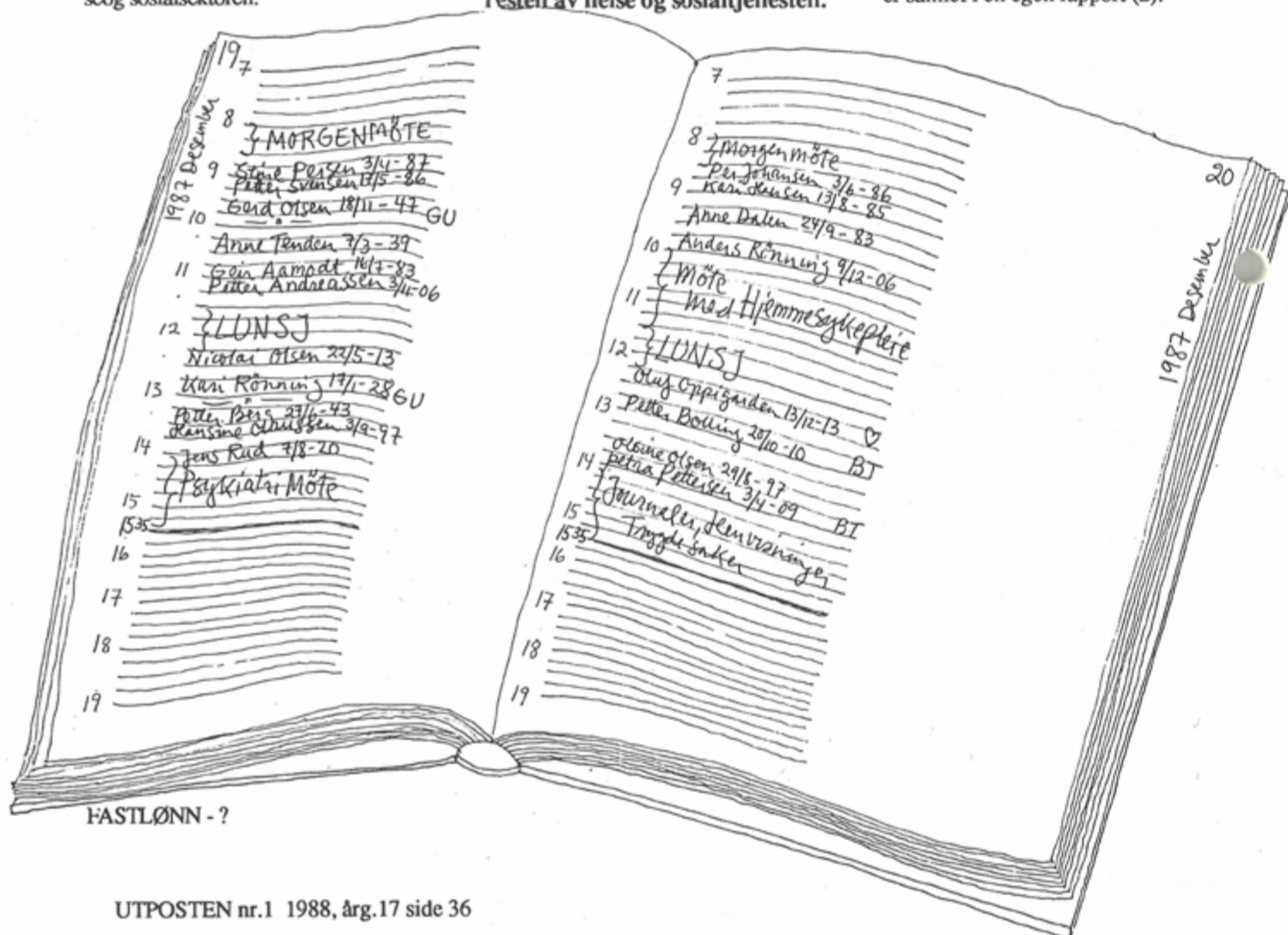
HANS KNUT OTTERSTAD er cand. med. i 68. Har arbeidet 11 år i primærhelsetjenesten som distriktslege og ass.fylkeslege. 1 1/2 år ved en MCHklinik i Bangladesh. Master of Public Health (John Hopkins) 1983. Ansatt i 2 år ved Gruppe for Helsetjenesteforskning SIFF med evaluering av helsetjenesten i Oslo som hovedoppgave. Fra 1986 helsesjef i Tønsberg, og fra 01.01.88 kommunaldirektør for hel- og sosialsektoren.

I Oslo arbeider fastlønnede bydelseleger side om side med privat praktiserende allmennleger som lønnes etter stykkprissystemet. Mange har reist spørsmål om det er noen forskjell på de to praksisformer. Dataene i denne artikkelen kommer fra flere undersøkelser av helsetjenesten i Oslo. De spørsmålene som dreier seg om allmennlegenes arbeid, er her samlet i en artikkel. Resultatene tyder på at stykkprislegene er mer "produktive", mens bydelselegene setter av mer tid til hver pasient og til samarbeid med resten av helse og sosialtjenesten.

Innledning

Spørsmålet om stykkpris og fast lønn handler om fag, lønn og politikk. Derfor blir temperaturen i diskusjonen gjerne høy. I et intervju uttalte Chr.F.Borchgrevink: "Jeg synes det er ille å se hvordan den evig innbyrdes krig om stykkpris kontra fastlønn stadig skaper ondt blod mellom kollegene.

Oslo Helseråd ba i 1983 Gruppe for helsetjenesteforskning, Statens Institutt for Folkehelse, om å foreta en evaluering av primærhelsetjenesten i Oslo. Til dette benyttet vi flere materialer, både gamle og nye. Resultatene er samlet i en egen rapport (2).



FASTLØNN - ?

Som et biprodukt av denne evalueringen ble det samlet data om allmennlegers praksisform. Denne artikkelen sammenligner offentlig og privat allmennlegetjeneste. Siden 1972 har disse legegruppene arbeidet side om side i Oslo. Offentlige allmennleger kalles gjerne bydelsleger og arbeider i grupper, mens de fleste private allmennleger er solo-praktikere. Praksisorganiseringen er derfor ulik. Den geografiske lokalisering er også forskjellig. Det er likevel legitimt å sammenligne de to gruppene direkte. Hensikten er ikke å fortelle hvilken praksisform som er best, men å beskrive enkelte kjennetegn ved de to praksistyper.

Metode og materiale

Evaluering av legetjenester er en relativt ny virksomhet, og valg av metoder må tilpasses den konkrete problemstilling. Denne evaluering var den første omfattende evaluering av primærhelse tjenesten i Oslo, og vi ønsket derfor å benytte forskjellige

innfallsvinkler. For å se på kjennetegn ved de to typer allmennlegetjeneste, benyttet vi både harde data, representert ved epidemiologisk kartlegging av pasientpopulasjoner, faglig vurdering av pasientarbeid ved sykehusleger og sykepleiere og bløte data i form av pasientopplevelser.

Denne artikkelen bygger på i alt sju materialer, hvorav de fleste er publisert. De omfatter perioden 1978-1985. Den som ønsker mer utfyllende opplysninger om metoder og materialer, henvises til originalarbeidene. Framstillingen er ment som en oversikt over privat og offentlig allmennlegetjeneste i en storby.

Den største feilkilden ved evaluering av legetjenesten i en by på ca. 1/2 mill. innbyggere er vanskeligheten med å kontrollere alle variablene, fordi legetjenesten stadig endrer seg. Legetilbudet kan dermed ikke gis en fast verdi, men må baseres på gjennomsnittstall og noen ganger på estimater som kan grense opp mot antagelser. Antagelsene er imidlertid basert på de beste tilgjengelige opplysninger, og det er lagt arbeid i å gi

en mest mulig korrekt beskrivelse av forholdene.

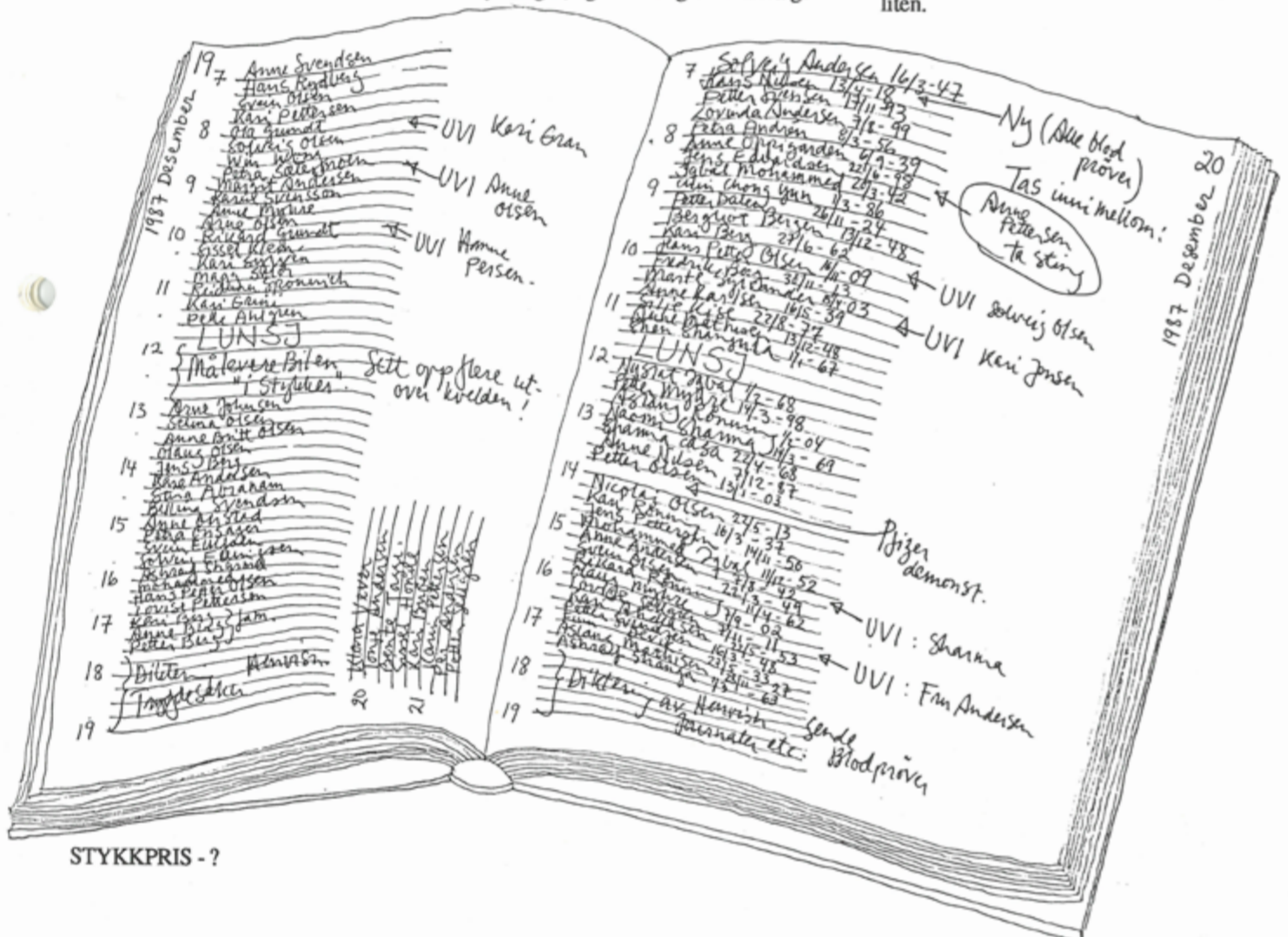
Enkelte av resultatene bygger på insidensberegninger. Her er det vanskelig å kontrollere om rådata er fullstendige og om innsamlingsperioden er representativ for lengre tidsrom.

Den viktigste opplysning er imidlertid ikke de absolutte verdier, men mellomresultatene for de to grupper allmennlegetjenster.

Resultater

Forskjellige pasientprofiler

Figur 1 viser alderssammensetningen for pasientene til de to allmennlegegruppene. Fordelingen er rimelig lik, bortsett fra fire aldersgrupper. Bydelslegene har mer enn dobbelt så høy andel i de to yngste tiårene, mens de private legene har tilsvarende høyere andel i alderen 50-69 år. Dette betyr at selv om gjennomsnittsalderen for pasientene er relativt lik, har bydelslegene flest barn, mens forskjellen for de aller eldste pasientene er relativt liten.



Hvilke konsekvenser dette har for det enkelte legeårsværk gir tabell 1 en bedre oversikt over. Vurdert ut fra legeregningskortene som sendes til trygdekantoret har bydelslegene 21 kontorkonsultasjoner pr. arbeidsdag omregnet til hel kurativ stilling, mens de private allmennlegene har 32. De private legene har flere pasienter i alle aldersgrupper bortsett fra de to yngste. Forskjellen i praksisprofil var størst i aldersgruppen 60-69 år, mens den avtok når pasientene ble eldre. I gjennomsnitt ble 60% av pasientene behandlet hos private allmennleger når sammen ligningsgrunnlaget er legeårsværk.

Tabell 1:

Gjennomsnittlig antall kontorkonsultasjoner i hver aldersgruppe pr. arbeidsdag. Andel i privat allmennhelsetjeneste. 1983.

Gjennomsnittlig antall kontorkonsultasjoner pr. dag			
Alder (År)	Privat	Offentlig	Andel i privat allmennhelsetj. (%)
0-9	1,0	1,8	34,6
10-19	1,4	1,9	42,5
20-29	5,3	4,2	55,7
30-39	4,1	3,4	54,6
40-49	2,7	2,0	58,2
50-59	4,2	1,6	72,2
60-69	6,1	1,9	76,2
70-79	5,1	3,1	62,2
80	2,1	1,1	65,0
Totalt	32,0	21,0	60,3

Forutsetninger:

1. Gjennomsnittlig fravær fra praksis: 5,3 uker pr. år.
2. Offentlig allmennhelsetjeneste har 80% kurative tjenester.
3. Tilsammen 140 heltidsstillinger i privat allmenpraksis. (101 heltid + 62 deltid), og 75 hele kurative bydelslegeårsværk.

Kilde: 3

Hvem er fast lege for ulike pasientgrupper?

"Fast lege" er et relativt uforpliktende begrep i norsk helsetjeneste, men det forteller likevel endel om hvilke leger som tar seg av ulike pasientgrupper. Ved å sammenligne hvem som er faste leger for pasienter som ble henvist/innlagt i barneavdeling (4) og medisinske avdelinger (5) eller er innskrevne pasienter i hjemmesykepleien (6), får en et bilde av legetjenesten i Oslo. Denne informasjonen er samlet i tabell 2.

Ved barneavdelingen er det en relativt stor andel som ikke har fast lege, og dette skyldes at mange er så unge at det ikke er etablert noen kontakt.

En av forskjellene mellom eldre pasienter som innlegges i medisinske

avdelinger og innskrevne pasienter i hjemme sykepleien er at de akutte episodene fører til innleggelse, mens de mer kronisk syke pasientene innskriveres i hjemmesykepleien. Tabellen viser at bydelslegene først og fremst har en høyere andel av kronisk syke pasienter.

Tabell 2 sier mye om hvordan legetjenesten i Oslo fungerer. For vår analyse er forskjellen mellom allmennlegene det primære. En klar konklusjon er at bydelslegene i særlig grad tar seg av de kronisk syke gamle, dvs. de som behandles i hjemmesykepleien. De private all-

mennlegene er særlig faste leger for hele gruppen av eldre. Dette er enda mer utpreget for de privatpraktiserende spesialistene, som har en meget liten andel av pasientene i hjemmesykepleien, men ca 40% av de eldre som innlegges akutt.

Tabell 2:

Fast lege ved henvisninger og innleggelse av barn 0-6 år i barneavdeling (1984/85), innleggelse av pasienter 70 år og eldre i medisinske avdelinger (1982-84) og pasienter i hjemmesykepleien (1986).

Fast lege for pas.	Barne-avd. n=2088	Medisinske-avd. n=1151	Pasienter i hjemmesykepleien n=1626
Off. allmennleger	13,6	8,0	40,4
Priv. allmennleger	13,5	36,8	37,9
Priv. spes.	11,2	9,6	2,4
Sykehusleger	13,7	10,3	9,0
Andre		6,1	3,3
Ingen fast lege	47,9	19,4	7,1
Totalt	99,9	100,2	100,1

Kilder: 4, 5 og 6

Tabell 3 viser forskjellen mellom de to gruppene av allmenn leger analysert på legeårsverknivå. Tabellen viser at i en gjennomsnittspraksis i Oslo ser bydelslegene flere barn, samt flere kronisk syke barn og gamle. Derimot har de private allmennlegene like mange gamle som innlegges i medisinske avdelinger.

Tabell 3:

Ulike pasientgrupper som har allmennleger som fast lege. Pasienter pr. legeårsverk.

Antall faste pasienter pr. legeårsverk		
Pasientgrupper	Offentlige allmennl.	Private allmennl.
Henviste og innl. i barneavd.	9,8	5,5
Henviste og innlagte i barneavd. med kronisk sykdom	2,7	1,2
Innlagte i med.avd.	22,0	22,1
Innskrevne pas. i hjemmesykep.	17,8	8,3

Kilde: 4, 5, og 6

Hva mener pasientene?

Tabell 4 viser foreldrenes oppfatning av legetjenestene for barn (0-3 år) (4). Foreldrene er relativt godt tilfreds med tjenestene, og det er liten forskjell på de offentlige og private allmennleger, bortsett fra at det var vanskelig å få tak i samme bydelslege hver gang. Det må registreres som et klart ankepunkt mot den offentlige allmennlegetjenesten at kontinuiteten er så pass dårlig.

Tabell 4:

Tilfredshet med helsetjenesten i forhold til legetilknytning n= 637 (22 angir annen tilknytning eller ubesvart). Prosent.

Andel som er fornøyd med legetilknytning		
Spørsmål	En lege* n=236	Ett senter n=234
Ventetid for å få time	60,2	66,6
Ventetid på venteværelset	44,1	45,7
Informasjon fra legen om barnet	67,4	53,8
Nok tid inne hos legen	64,9	57,3
Samme lege hver gang	64,5	29,0
Lytter legen til din oppfatning	73,7	64,1
Helsevesenets informasjon om hvor du skal gå med sykt barn	22,5	23,5
Hjelp fra helsestasjon når barnet er sykt	39,9	49,5
Prisen på helsetjenester	32,2	23,1

Kilde: 4

*I denne undersøkelsen arbeidet de privatpraktiserende legene i solo-praksis, mens bydelslegene arbeidet i et helsesenter.

Tabell 5 viser hvilke begrunnelser pasienter med allmennleger som fast lege hadde for å oppsøke legevakt på dagtid (7). Det var de positive begrunnelser som dominerte. Den vanligste var at pasientene hadde et annet problem enn det som deres faste lege pleide å ta seg av. De negative begrunnelsene har sin årsak i allmennlegenes manglende tilgjengelighet. Her scorer de private allmennlegene dårligere enn de offentlige, og den vanligste begrunnelse var lang ventetid. Endel kom imidlertid ikke i kontakt med sin lege i det hele tatt.

Tabell 5:

Ulike begrunnelser for at legevakt og ikke den faste legen ble brukt på dagtid. Offentlige og private allmennleger. Prosent. 1984.

Pasientens begrunnelse	Private allmennl. n= 164	Offentlige allmennl. n= 58
Positive		
Rask hjelp	42,7	34,5
Best hjelp	30,5	22,4
Henvist av egen lege	14,6	22,4
Avtalt kontroll	29,9	29,3
Annet problem	47,0	48,3
Negative		
Egen lege ikke tilgjengelig	9,1	5,2
Kom ikke fram på telefonen	9,8	5,2
Fikk ikke time	15,9	6,9
Lang ventetid for time	27,4	20,7
Lang ventetid på kontoret	12,2	22,4
Ønsker ny lege	9,8	6,9

Kilde: 7

Helsepersonellens vurderinger

Leger ved bameavdelingene i Oslo vurderte bl.a. de innleggende legenes forarbeid ved henvisning eller innleggelse. Resultatet for allmennlegene framgår av tabell 6.

De offentlige allmennlegene synes å få en bedre vurdering enn de private. En interessant observasjon er at privat allmennlegevirksomhet bruker mer særtakster (urin- og blodundersøkelser) uten at dette bedrer kvaliteten av legearbeidet.

Tabell 7:

Hjemmesykepleiens vurdering av samarbeidet med de faste legene.

Vurdering av Samarbeid	Legegruppe				
	Bydelsleger n= 657	Private allmennleger n= 616	Private spesialister n= 39	Sykehusleger n=146	Andre n= 59
Meget godt	29,4	17,0	10,3	8,2	5,6
Godt	41,9	38,8	38,5	26,0	38,9
Middels	16,1	16,4	17,9	29,5	25,9
Utilfreds.	7,9	16,2	17,9	27,4	13,0
Ubesvart	4,7	11,5	15,4	8,9	16,7
Totalt	100,0	99,9	100,0	100,0	100,1

Kilde: 6

Tabell 6:

Kvaliteten av legearbeid ved henvisning/innleggelsen av egne pasienter. Prosent.

Vurderingsgrunnlag	Private allmennl. n= 122	Offentlige allmennl. n= 164
Andel av henvisninger/innlegg.-skriv som generelt var mangelfulle	18,0%	7,9%
Andel av henvisninger/innlegg.-skriv som inneholdt:		
Sykehistorie	92,7%	99,4%
Organundersøkelse	71,2%	95,3%
Urinundersøkelse	17,2%	11,4%
Blodprøver	15,6%	12,2%

Kilde: 4

Tabell 7 viser hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien i Oslo vurderer samarbeidet med pasientens egen faste lege. Bydelslegene får bedre vurdering enn de øvrige, men de private allmennlegene har en bedre samarbeidsprofil enn de private spesialistene og sykehuslegene. (6).

Diskusjon

Denne undersøkelsen viser at offentlig og privat allmennlegetjeneste i Oslo har forskjellige pasientpopulasjoner. Bydelslegene har flere barn, og de har større andel kronisk syke barn og gamle. Dette har flere årsaker: Geografisk lokalisering, mer helsestasjonsarbeid, bedre fysisk tilgjengelighet, mer tid til hver pasient og mer samarbeid med resten av helse og sosialtjenesten (8). Denne konklusjonen gjelder som et gjennomsnitt for de to gruppene av allmennleger. Innenfor gruppene er det stor variasjon. De private allmennlegene har større produksjon målt som pasientkontakter pr. legeårsverk,

men de får som gruppe dårligere kvalitetsvurdering enn de offentlige. Det synes således å foreligge en "trade-off" mellom kvantitet og innhold/kvalitet. De private allmennlegenes økonomiske rammebetingelser fremmer stor pasientomsetning og "effektivitet". Ulempene blir mindre tid til hver pasient og liten tid til samarbeid med resten av helsetjenesten.

Legges noen enkle forutsetninger til grunn, kan det beregnes at de private allmennlegene hadde ca. 90% høyere inntjeningssevne gjennom folke-trygdmidlene pr. legeårsverk enn bydelslegene. Av dette var ca. 50% betinget av større pasientomsetning pr tidsenhet og ca 40% av større bruk av særtakster. Evalueringen av primærhelsetjenesten i Oslo viste at "effektivitet" mer eller mindre var integrert i legenes arbeidsform, idet bare en liten del av de private allmennlegene syntes de hadde for lite tid til hver pasient, og bare halvparten hadde behov for mer samarbeid (8).

Denne samleartikkelen gir ikke svar på spørsmålet: "Hva er best av privat og offentlig allmennlegetjeneste?" Resultatene viser at det er to forskjellige driftsmåter med store individuelle variasjoner innen hver gruppe. Enkelte private allmennleger gir seg god tid med pasientene og fungerer nærmest som de offentlige allmennlegene, mens enkelte bydelsleger trolig har en praksisform som minner om den private allmennlegens. Det er derfor ikke tilrådelig å generalisere fra gruppe til individnivå på bakgrunn av resultatene i denne artikkelen.

For helseadministrasjon og politikere blir det et spørsmål om hva som er den mest hensiktsmessige allmennlegetjenesten i en storby: Den raske, "produktive" lege som samarbeider lite med resten av helsetjenesten eller den mindre "produktive" lege som til gjengjeld har større mulighet til å arbeide mer med hver enkelt pasient og med helse og sosialtjenesten forøvrig.

Gruppe for helsetjenesteforskning ser fordeler og ulemper ved begge praksistyper og har foreslått å innføre listepasient systemet som vektlegger det som vi mener mangler mest i Oslos legetjeneste, nemlig et mer forpliktende og fast lege/pasientforhold (2).

LITTERATUR

1. Fugelli P, Johansen K. Langsomt blir faget vårt eget. Oslo, Universitets-forlaget, 1984.
2. Otterstad, HK, Buxrud EG, Hjort PF. Evaluering av allmennhelsetjenesten i Oslo. Sluttrapport. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning, Statens Institutt for Folkehelse. Rapport nr. 7/1986.
3. Holm S. Analyse av legeregningskort 1983/1984. Sykehusrådmannen i Oslo, 1987.
4. Haugen T, Otterstad HK. Kan jeg få en fast lege? Analyse av legetjenesteforskning, Statens Institutt for Folkehelse. Rapport nr. 4/1986.
5. Upubliserte data samlet av Steinar Holm. Sykehussjefen i Oslo. 1982/84.
6. Iversen A, Otterstad HK. Hjemme-sykepleien i Oslo. Pasienter og sykepleiere best tjent med offentlige allmennleger. Sykepleien 1986; 73: 811.
7. Hjortdal P, Otterstad HK. Hvorfor- brukes ikke allmennhelsetjenesten? Tidsskr Nor Lægeforen 1985;105:2080-4.
8. Buxrud EB, Forseen L, Otterstad HK. Hvordan de har det, hvordan de tar det. En analyse av drift og arbeidsmiljø i offentlig og privat allmenntjeneste i Oslo. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning, Statens Institutt for Folkehelse. Rapport nr. 4/1985.

HVILKE BØKER VIL DERE HA NÅ, DA??

Tre år har gått siden Utpostens lesere ble bedt om å gi sine synspunkter på hvilke bøker de ønsket utgitt for allmenn praktikere. flere av disse ønskene har senere blitt realisert som boktitler.

Vi ønsker på nytt å få synspunkter fra Utpostens lesere på hvilke bøker som kan være aktuelle for allmennpraktikere i årene frem over. Se derfor på våre forslag, fyll ut svarslippen og send oss din mening.

Fra sin spede start i 1983 har Allmennpraktikerbiblioteket vokst til en bokserie med i alt ni bøker. Intensjonen bak serien er å gi ut bøker skrevet spesielt for allmennpraktikere. Flere nye titler er i emning.

Allmennpraktikerbiblioteket utgis av Universitetsforlaget. Publiseringsutvalget i NSAM skal både ta initiativ til at aktuelle bøker blir skrevet, og samtidig sikre at disse holder faglig mål. En av de viktigste forutsetningene for serien er at faglitteratur for allmennpraksis er forskjellig fra de ordinære medisinske lærebøkene. Fagutvikling og fagbøker er intimt knyttet sammen, og vi ser det derfor som svært ønskelig å fange opp fagmiljøets ønsker når det gjelder relevant faglitteratur.

De ni bøkene som pr. i dag utgjør Allmennpraktikerbiblioteket er følgende:

Per Bergsjø, Sonja Irene Sjølie, Jo Telje og Janecke Thesen:
SVANGERSKAPSOMSORG I ALLMENNPRAKSIS (1985).

Per Fugelli og Kjell Johansen (red.):

LANGSOMT BLIR FAGET VÅRET
EGET (1984).

Per Fugelli, Jens R.Eskerud, Kjell Haug og Kjell Johansen:
Å LAGE GODE LEGER (1986).

Ole Fyrand og Per Hjortdahl:
HUDSYKDOMMER I ALLMENN-
PRAKSIS (1987).

Knut Laake:
GERIATRI I PRAKSIS (1987)

Jon Gunnar Mæland:
LEGENS ATTESTHÅNDBOK (1983).

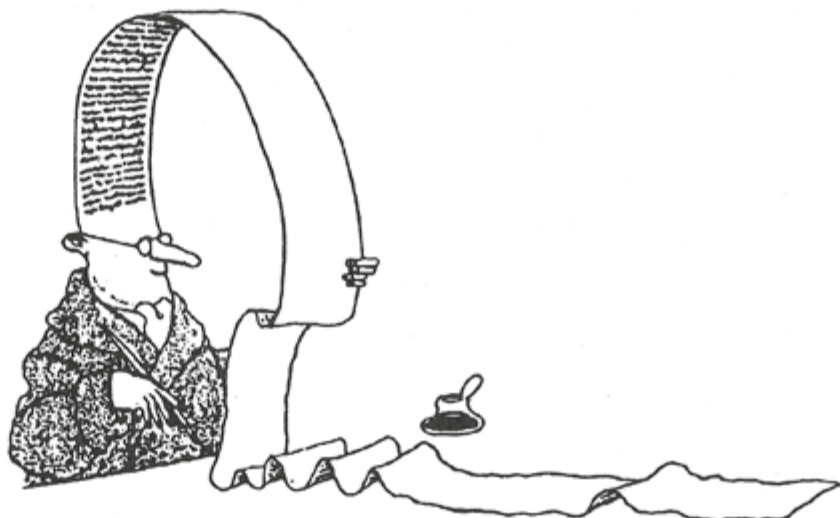
Magne Nylenna, Stein Gundersen og Jan Vincents Johannesen (red.):
KREFT I ALLMENNPRAKSIS (1985).

Tor Inge Tønnesen:
SMERTER OG ANDRE SYMPTOMER
HOS KREFTPASIENTER.
(1983) (uts.!).

Steinar Westin (red.):
FORSKNING I ALLMENNPRAKSIS
(1983) (uts.!).

Et nyttig redskap i arbeidet med å utvikle disse bøkene har vært leserundersøkelser i Utposten nr. 3 og 5 1984. Av de 16 titlene som da ble foreslått som aktuelle bøker for allmennpraksis, er fire senere realisert. Det tar imidlertid lang tid å utvikle en bok. Dette gjelder alle ledd i prosessen, og en god ide til en fagbok i 1984 er ikke nødvendigvis en god ide i dag. Siden leserundersøkelsen ble foretatt i 1984 er mange nye allmennpraktikere kommet til, og utviklingen av faget har tatt nye veier. Både medlemmene i Publiseringsutvalget og Universitetsforlaget synes derfor det nå er riktig å stoppe opp og påny spørre utøverne av faget om deres bokønsker. Vi ber derfor om at så mange som mulig av Utpostens lesere leser våre forslag til nye titler og besvarer spørreskjemaet. Vi håper svarene kan hjelpe oss til å velge ut de riktige prosjektene.

**Nye titler i allmennpraktikerbiblioteket.
Hvilke bør skrives?**



"- og noen av oss må skrive bøkene først, bare for å ha nevnt det."

Vi vil først gi en omtale av hver enkelt av de titlene vi mener er aktuelle. Disse titlene finner du så igjen i et spørreskjema som vi ber deg fylle ut og sende til oss. Titlene er nummererte slik at de skal bli lettere å finne igjen. Nummereringen er tilfeldig valgt. Vi lover at svarene vil bli benyttet i vårt videre arbeid, og de vil også bli presentert for Utpostens lesere i et senere nummer.

1. MUSKELSKJELETTSYKDOMMER I ALLMENNPRAKSIS

Praksisundersøkelser viser at disse tilstandene utgjør en stor del av allmennpraktikerens hverdag. Tilstandene er mangeartede og likedan forståelsen av dem. Flere andre medisinske spesialiteter tar hånd om definerte grupper av disse pasientene. Skaper dette behov for en bok som belyser allmennpraktikernes spesielle utfordringer i forhold til muskelskjelettsykdommer?

2. FAMILIEN I ALLMENNPRAKSIS

I allmennpraksis er ofte primærpasientens familie en viktig terapeutisk ressurs. Kunnskapen om familiens betydning for sykdom og helbredelse er endret og systematisert de senere årene. Er denne kunnskapen godt nok kjent blant dagens allmennpraktikere, eller vil en bok som tar utgangspunkt i allmennpraktikerens unike situasjon være nyttig?

3. HELSEOPPLYSNING I LOKALSAMFUNNET.

Helseopplysning er i skuddet. Hvordan den skal utformes og bli virksom i den enkelte leges praksis er imidlertid ofte uklart. En referansegruppe i NSAM har arbeidet med helseopplysning. Bør gruppens arbeid kunne ut i en bok som bl.a. kan hjelpe den enkelte lege i arbeidet med målrettet helseopplysning i sitt distrikt?

4. LABORATORIET I ALLMENNPRAKSIS

Nye analyseteknikker gjør i dag en rekke undersøkelser mulige i vanlig praksis. Dette stiller nye krav til vurdering av nødvendig utstyr, og grenseoppgangen mot spesiallaboratoriene og deres virksomhet må revideres. Vil med dette utgangspunkt en praktisk lærebok være på sin plass?

5. ORGANISERING AV EGEN PRAKSIS.

Med strammere økonomi i kommunene og større krav til effektivitet er tiden

blitt en viktig faktor. Dette stiller igjen krav til bevisste prioriteringer i den daglige driften av en lege praksis. Mange allmennpraktikere har her gjort nyttige erfaringer som sikkert kan komme flere til nytte. Samtidig oversvømmes vi av tilbud om "nyttige" hjelpemidler. Vil en samlet oversikt over nyttige tips og hjelpemidler være et fornuftig tema for en bok?

6. KRONISKE SMERTER I ALLMENNPRAKSIS

Det har kommet en bok om smerter hos kreftpasienter i Allmenpraktikerbiblioteket. Denne er revidert, men etter ønske fra forfatteren er den tatt ut av Allmennpraktikerbiblioteket.

Smertor er pasientenes viktigste inngangsbillett til helsevesenet, og kunnskapen om smerter og smertetilstander har blitt betydelig bedret. Kanskje er det derfor nå på tide å skrive en bok ikke bare om kreftsmertor, men om smerteproblemer i videste forstand.

7. YRKESMEDISIN FOR ALLMENNPRAKTIKERE.

I den kliniske hverdagen er dette temaet ikke bare forbeholdt bedriftslegene. I PU's forestillingsverden er ikke allmennmedisin og yrkesmedisin to atskilte deler av medisinen. Både som bedriftsleger på deltid og fordi vi mener yrkesmedisinsk kunnskap ofte er nyttig i den daglige klinikk tror vi at kunnskapsnivået i yrkesmedisin kan heves. Vil en bok derfor være ønskelig?

8. GASTROENTEROLOGI I ALLMENNPRAKSIS

I gastroenterologien er både diagnostikk og behandling i kontinuerlig utvikling. "Gastrogruppa" i Trondheim har vært aktive i lengre tid. De har samlet mye kunnskap. Er det ønskelig at den systematiseres og samles mellom to permer?

9. EDB I ALLMENNPRAKSIS

Det har allerede kommet en bok om EDB innen medisin men det er ikke sikkert at den er dekkende for vårt behov. EDB systemer for allmennpraksis har lenge vært selgers marked. Bør vi nå gjøre anstrengelser for å systematisere egen viten og egne krav på området?

10. URINVEISLIDELSER I ALLMENNPRAKSIS

Den kunnskapsorienterte og praktisk kliniske medisinen er fortsatt basis for en stor del av arbeidet på kontoret. Dessuten har det skjedd mye innenfor feltet

urinveislidelser siden de fleste av oss gikk doktorskolen. Er dette så omfattende at en oppdatert bok bør skrives?

11. DIABETES I ALLMENNPRAKSIS

En referansegruppe under NSAM har allerede nedlagt betydelig arbeid om diabetes. Spesialistene er nok ikke alltid like orientert om eller interessert i våre praktiske problemer. Kan dette gi grunnlag for en praktisk fagbok?

12. ALKOHOL I ALLMENNPRAKSIS

Alkoholproblemer er ofte skjulte, og de kan være forbundet med både økt sykelighet og sosiale problemer oftere enn vi erkjenner. Emnet berører også vårt privatliv slik at vi ikke alltid klarer å kartlegge denne siden av pasientenes problemer. Bør det derfor satses på å skrive en egen fagbok?

13. CHIRURGIA MINOR FOR ALLMENNPRAKTIKERE.

Det finnes allerede lærebøker og håndbøker. Er de oppdaterte og gode nok hva angår avgrensning mellom poliklinisk kirurgi og allmennpraksis?

Ikke minst vår geografi tilsier at solide kunnskaper på dette feltet er nødvendig i mange kommuner.

Er dette gode nok grunner til å skrive en praktisk håndbok?

14. HELSESTASJONSARBEID.

Boken om svangerskapsomsorg i allmennpraksis har blitt lest av mange, og den har forhåpentligvis bidratt til en standardisering av denne delen av det forebyggende helsearbeidet. Bør også helsestasjonsarbeidet dekkes av en slik fagbok?

15. GYNEKOLOGI I ALLMENNPRAKSIS

Det er kanskje uenighet om hva gynekologi i allmennpraksis egentlig er. De store variasjonene fra lege til lege fra ingen benk og intet mikroskop til tilnærmet spesialistservice kan tyde på dette. Det finnes gode lærebøker. Er det likevel behov for en egen bok om og fra praksis?

16. SEXOLOGI I ALLMENNPRAKSIS

Det finnes bøker, også nyere, som kanskje er brukbare. NSAM har en referansegruppe med kompetente folk. Vi vet de går svangre med en bok. Kan det tenkes at de bør inspireres til en



Jeg trodde



Jeg visste



Husker du sist du ble «tatt med buksa nede»? Fordi det var kommet ny informasjon du ikke kjente til? Fordi du manglet oversikt på et område du ikke arbeider med til daglig? Du kan tro du vet – men det skjer stadig nye ting som du trenger oppdatering på.

Artikler i fagpresse kan holde deg rimelig ajour, men de kan aldri erstatte de mer omfattende kunnskapsene en fagbok kan gi deg.

Fagbøkene fra Tano omhandler mange av problemstillingene du møter når du arbeider i helsesektoren. Tano er riktignok ikke det største fagbokforlaget, men vi satser stort på å bli det beste.

Derfor velger vi våre forfattere med omhu.

Finn ut hvilke bøker du trenger, legg kupongen i posten og tvilen på hylla. Fra nå av skal du vite, ikke tro!



Det lille fagbokforlaget med de store forfatterne



**KNUT A. HOLTEDAHL
KREFTDIAGNOSTISK HÅNDBOK FOR ALMEN PRAKSIS**

Boken inneholder bl.a. en konsentrert, systematisk organoversikt der vanlige symptomer, diagnostiske poeng og rutiner for oppfølging blir skissert for hvert organ.

Holtedahl har vært aktiv i den norske Kreftalmenpraktikergruppen, og de fleste av hans publikasjoner har handlet om kreftdiagnostikk.

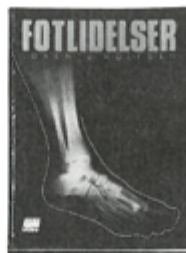
Pris kr. 98,- Antall sider 103

**EIMAR MUNTHE/ØIVIND LARSEN
REVMATISME**

Gamle plager – ny viten

I løpet av de siste 50 årene har revmatologien forandret seg dramatisk, ikke minst fordi man har fått nye kunnskaper om de mekanismene som ligger til grunn for at sykdommene utvikler seg. Forfatterne som er våre fremste eksperter på området gir et innblikk i denne spennende delen av medisinen.

Pris kr. 180,- Antall sider 156



**LORENTZ ROLFSEN
FOTLIDELSER**

Boken omfatter såvel lokale lidelser som fotsymptomer ved generelle sykdommer. Kapitlene behandler anatomi, fysiologi, biomekanikk, samt de enkelte lidelser – med symptomer, diagnose og behandlingsforslag. Boken inneholder nærmere 1000 av forfatterens egne illustrasjoner.

Pris kr. 348,- Antall sider 278

BESTILLINGSKUPONG

Ja! Jeg/vi bestiller

_____ eks. Kreftdiagnostisk håndbok for almen praksis, kr. 98,-

_____ eks. Revmatisme, kr. 180,-

_____ eks. Fotlidelser, kr. 348,-

FORSENDELSKOSTNINGER KOMMER I TILLEGG

FIRMA: _____

NAVN: _____

ADRESSE: _____

POSTNR./STED: _____

SKRIV TYDELIG ELLER BRUK FIRMASTEMPEL

Kupongen sendes

studia
UNIVERSITETSBOKHANDEL
P.B. 2627 5026 Bergen

BOKEN ER TILGJENGELIG I ALLE TANO-UTVALGTE BOKHANDLER

kraftanstrengelse i form av en bok spesielt beregnet på norske forhold?

17. ALLERGI I ALLMENNPRAKSIS
Fagområdet har ikke blitt mindre aktuelt med årene. Behandlingsprinsippene er betydelig endret, og allergi er blant våre store folkelidelser. Spesialistene kan ikke ta seg av alle pasientene. Bør det derfor skrives en praksisbasert fagbok?

18. PSYKIATRI I ALLMENNPRAKSIS

Psykiaatri er et av de fagfeltene hvor det skrives høyest etter mer ressurser. Samtidig er det åpenbart at hovedbyrden må bæres i primærhelsetjenesten. Nyere ideer om behandlingsformer innen psykiatrien tilsier også en betydelig innsats fra allmenpraktikerne i årene framover. Det finnes lærebøker, men er de dekkende for vårt behov?

19. HIV/AIDS I ALLMENNPRAKSIS

Det har allerede kommet mye litteratur på området, og vi må som yrkesgruppe helt sikkert engasjere oss mer og mer i dette problemet etterhvert. Men fortsatt er det flere som lever av AIDS enn som dør av sykdommen i hvertfall her i Norge. Det har ennå ikke blitt utviklet noen faglig strategi for hvorledes AIDS skal takles av oss den dagen supereksperterne ikke lenger kan være interessert i hver enkelt pasient. Bør dette arbeidet påbegynnes nå og i form av en bok?

20. LEGEVAKTLEGENS TRØST.

"Legevaktlegens trøst" er foreslått skrevet bl.a. for å roe pulsen i drosjen på vei til dårlige pasienter. Akuttmedisin er imidlertid mer enn bare medikamenter. Man skal kunne både håndgrep, juss og andre tricks for å være en god legevaktlege. Kanskje en bestselger?

21. LÆREBOK I ALLMENN-MEDISIN.

I de medisinske fagenes utvikling har lærebøkene vært milepæler. Allmennmedisinens innhold og fundament er nå kanskje så avklart at en lærebok bør skrives, eller er faget av en slik karakter at lærebøker ikke fyller det samme behovet som i andre medisinske spesialiteter?

Publiseringsutvalget består nå av følgende medlemmer: Steinar Westin, Trondheim; Irene Hetlevik, Ranheim; Anne Wyller Shetelig, Klæbu; Jostein Holmen, Værdal; Eilif Rytter, Oslo.

Hvordan svarer du?

Svar ved å sette det riktige tallet i boksen ved siden av det foreslåtte emnet. Deretter klipper du av høyre del av siden, bretter og stifter. Svarslippen returneres innen 10 dager. Frimerke må du spandere selv.

MIN ALLMENN-MEDISINSKE ØNSKELISTE

Jeg tror norsk allmennmedisin har størst behov for nye utgivelser etter nedenstående prioritering, der tallene betyr:

1. Uten interesse • 2. Tvilsom interesse • 3. Kanskje en god ide ? • 4. Av stor interesse
5. Midt i blinken!

Jeg har vurdert emnene ut fra spørsmålet: Tror jeg mine kolleger vil ønske å skaffe seg en slik bok selv?

- | | |
|--|----------------------|
| 1. Muskelskjelettsykdommer i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 2. Familien i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 3. Helseopplysning i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 4. Laboratoriet i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 5. Organisering av egen praksis | <input type="text"/> |
| 6. Kroniske smerter i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 7. Yrkesmedisin for allmennpraktikere | <input type="text"/> |
| 8. Gastroenterologi i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 9. EDB i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 10. Urinveislidelser i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 11. Diabetes i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 12. Alkohol i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 13. Chirurgia minor for allmennpraktikere | <input type="text"/> |
| 14. Helsestasjonsarbeid | <input type="text"/> |
| 15. Gynekologi i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 16. Sexologi i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 17. Allergi i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 18. Psykiatri i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 19. HIV/AIDS i allmennpraksis | <input type="text"/> |
| 20. Legevaktlegens trøst | <input type="text"/> |
| 21. Lærebok i allmennmedisin | <input type="text"/> |
| 22. Andre forslag til utgivelser i Allmennpraktikerbiblioteket:
Skriv emneområde og evt. forfatter til høyre og fortsett evt. på
baksiden. | <input type="text"/> |

For å vite litt om de som svarer, ber vi deg også fylle ut disse spørsmålene:

Kjønn K M
Alder År:
År i allmennpraksis: År:

Spesialisering:
Ja Nei
Allmennpraktiker Dnlf
Spesialist i allmenn.med.
Spesialist i samf.med.

Stillingstype:
Privat allmennpraktiker m. avtale
Privat allmennpraktiker u. avtale
Kommunelege
Bydelslege

Praksissted:
By
Tettsted (mer enn 5000 innbyggere)
Landdistrikt

Tilleggsopplysninger:
Hvis annen hovedstilling enn allmennpraksis, spesifiser stilling og fagområde:

Andre opplysninger:
Abonnerer du på Allmennpraktikerbiblioteket?
Hvor mange av bøkene i serien har du?

STIFTES SAMMEN HER

Brett her!

Frimerke
kr. 2.90

**PUBLISERINGSUTVALGET
NSAM
FR. STANGSGT. 11/13
0264 OSLO 2**

KURSKALENDER FOR ALLMENNEMEDISIN

Bergen	våren 88	Lørdagskurs for allmennpraktikere. kursleder: komm.l. Dag Pedersen, Voss.	Trondheim	9.5-10.5 88	Påmelding: Universitetet i Trondheim Det med.fakultet, Eirik Jarlsgt.10, 7030 Trondheim.
Bergen	våren 88	legen/medarbeider kurs kursleder: lege Kjell Johansen, Årstadv.27H, 5009 Bergen.	Bergen	24.5-26.5 88	Cancer mammae- utredning og behandling. kursleder: kst.overlege Steinar Lundgren,onkolog.avd, Haukeland sykehus, 5000 Bergen.
Møre&Romsdal	våren 88	Emnekurs i lab.teknikk/hematologi. kursleder: lege Kjell Nordby, 6400 Molde.	Tromsø	26.5-27.5 88	Den kvinnelige pasient. kursleder: stip.Anne Tollan, Kvinneklubben, 9012 Regionsykehuset, Tromsø.
Lillehammer	7.4.-9.4 88	Emnekurs i akuttmedisin. kursleder: lege Odd R.Solheim, 2692 Bismo.	Tromsø	27.5-28.5 88	Laboratoriebruk i allmennpraksis. kursleder: prof. I.J.Sundsford, 9012 Regionsykehuset, Tromsø.
Trondheim	11.4-12.4 88	Emnekurs i akuttmedisin. påmelding: Universitetet i Trondheim, adresse se tidligere.	Tromsø	30.5-3.6 88	Forskning i allmennpraksis. kursleder: lege Hasse Melbye, Instit. for samf.medisin, postboks 417, 9001 Tromsø.
Trondheim	11.4-13.4 88	Emnekurs i lab.medisin. påmelding: Universitet i Trondheim, adresse se tidligere.	Oslo	30.5-3.6 88	Kommunikasjon i helsearbeid med innvandrere og flyktninger. kursleder: bydelslege Berit Austveg, Arendalsgt.3, Oslo 4.
Bergen	fred.15.4.88	Infeksjoner hos gamle. påmelding: et med. fakultets sekretariat, postboks 25, 5027 Bergen Universitet.	Bergen	30.5-4.6 88	Solstrandkurset 1988. påmelding: APLF,fagutvalget, Colbjørnsensgt.1,0256 Oslo 2.
Voss	18.4-22.4 88	Grunnkurs I kursleder: lege Dag Pedersen,Voss.	Trondheim	29.5-1.6 88	SIMG'88 International Congress. kontakt: kommunelege Ola Lille- holt, 6657 Rindal
Oslo	21.4-23.4 88	Ortopedi for allmennpraktikere. kursleder: Carl Erik Næss, Sophies Minde Ortopedisk Hospital, Oslo.	Molde	25.5-28.5 88	Grunnkurs i allmennmedisin IV kursleder: lege Kjell Nordby, Legesenteret, 6400 Molde
Bergen	28.4-30.4 88	Medisinsk genetikk for primærleger. påmelding: Det med. fakultets sekretariat, postboks 25, BergenUniversitet.	Volda	mai 88	Svangerskapsomsorg i allmenn- praksis.
Bergen	2.5-3.5 88	Fiskerimedisin. kursleder: prof. Per Fugelli, Institutt for allmennmedisin, Ulriksdal 8C, 5009 Bergen.	Tromsø	2.6-3.6 88	Gynekologi i allmennpraksis. kursleder: kst.overlege Leif Bungum, 9012 Regionsykehuset, Tromsø.
Bergen	2.5-4.5 88	Obstikk og gynekologi i allmennmedisin. kursleder: allmennpraktiker Tone Hauge, Legesenteret, Loddefjord torg, Bergen.	Harstad	3.6-4.6 88	Vårkurs. kursleder: lege Kjersti Brønne, Box 2154, 9405 Kanebogen.
Tromsø	2.5-4.5 88	Øre-Nese-Hals i allmennpraksis. kursleder: prof. I.W.S.Mair, ØNH-avd, 9012 Regionsykehuset, Tromsø.	Bergen	6.6-8.6 88	Aktuell psykiatrisk terapi, spesielt behandling av depre- sjoner og angst. påmelding: Det med.fakultets sekretariat, postboks 25, 5027 Bergen.
Tromsø	5.5-6.5 88	Dermatologi i praksis. kursleder: overlege Daginn Moseng, Hudavd,9012 Regionsykeh.,Tromsø.	Alta	medio juni	Grunnkurs i allmennmedisin III. påmelding: Den norske læge- forening, sekretariatet, Inkognitgt.26,0256 Oslo 2.
Lillehammer	5.5-6.5 88	Diagnostikk og behandling av rygg- sykdommer. kursleder: Finn Moen, LSR, 2600 Lillehammer.	Tromsø	24.6-27.6 88	Hvordan kan klinisk arbeid med systemer, f.eks. familier beskrives og forståes? kursleder: prof.Tom Andersen, ISM,boks 417, 9001 Tromsø.

