

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5

1988

ÅRGANG 17



ALLTID BEREDT?

Kommunehelseloven forplikter enhver kommune å yte nødvendig helsehjelp både til dem som bor i kommunen og til dem som midlertidig oppholder seg der. Men hvordan dette skal administreres og finansieres når kommunens befolkning mangedobles pga. turisme eller spesielle arrangementer er uløste spørsmål og gjenstand for improvisasjon.

Kan f. eks. din kommune stille opp med helsetjeneste for 18. 000 speidere på leir? Ikke det??

I dette nr. presenterer vi Dag Brekke's omtale av organisering og forbruk av helsetjenester ved 3 større speiderleire. Oss bekjent har ingen beskrevet dette tidligere.

Med tanke på forpliktelsene i lov om kommunehelsetjeneste er det imidlertid svært så interessant å fokusere på hva arrangementer av ulik størrelsesorden krever av helsetjenester. Det er mange av dem og de kan ramme oss alle!

Mette Brekke/Berit Olsen
(ansv. red. nr. 5/88)

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

Eli berg Vepsveien 74 2250 ROVERUD	Mette Brekke 2640 VINSTRA	Marit Hafting NNyresbaret 19 5700 VOSS	Kirsti Malterud Institutt for allmennmedisin Ulriksdal 8c 5009 BERGEN	Berit Olsen Fylkeslegekontoret Damsveien 1 9800 VADSØ	Janecke Thesen 5890 LÆRDAL
K: 066 18880 P: 066 26239	K: 062 90100 P: 05 513685	K: 05 512410 P: 05 513685	K: 05 298119 P: 05 233955	K: 085 51761 P: 085 51443	K: 056 66100 P: 056 69333

Abonnement: kr 120,- pr. år.

Trykkeri: Røma Voss offset.

Lay-Out og sats på Desktop Publishing: ACT Reklame AS; Bergen.

KRAMPER - OG HVA SÅ?

Et uventet krampeanfall er dramatisk og skremmende for pasient og omgivelser. Som regel vil lege bli tilkalt umiddelbart.

Når så legen kommer til, er anfallet over og spørsmålet blir: hva dreier det seg om? Er det epilepsi eller noe annet - kanskje noe alvorlig? Vil det komme tilbake? Og hvilke undersøkelser bør pasienten gjennomgå?

I The Lancet av 2/4 88 står en artikkel med tittelen "The first seizure in adult life. Value of clinical features, EEG and CT in prediction of seizure recurrence".

Her ble 408 personer over 16 år fulgt opp i 3 år etter sitt første krampeanfall. (97,5 % hadde tonisk-kloniske kramper, resten partielle). 52 % fikk recidiv i løpet av denne tida. Recidivrisikoen var høyest de første ukene etter debutanfallet.

Man ville undersøke om det ved hjelp av kliniske variable og funn ved EEG og CT var mulig å forutsi hvilke pasienter som fikk recidiv.

Man fant at den eneste kliniske variable som viste signifikant korrelasjon med recidivrisikoen var tidspunktet på døgnet hvor anfallet opptrådte (høyest risiko ved anfall mellom kl. 24 og 08).

Alder under 50 år og familiær forekomst av epilepsi eller feberkramper var assosiert med økt recidivrisiko, men sammenhengen var ikke statistisk signifikant. Kjønn, anfallstype og EEG-funn var ikke prediktive. CT viste tumor

hos 3 % av pasientene. Disse hadde (som ventet) særlig hyppige recidiv.

Artikkelen er interessant også fordi den stiller spørsmål ved veletablerte - ja, nærmest selvsagte - undersøkelser som EEG og CT.



95 % av pasientene fikk utført EEG. Selv om EEG viste generalisert eller lokalisert epileptiform aktivitet var ikke recidivraten signifikant høyere hos disse pasientene. Og selv om mange pasienter (og leger?) har vanskelig for å tro det, utelukket ikke et normalt EEG at pasienten fikk stilt epilepsi-diagnosen i løpet av de 3 årene. Forfatterne konkluderer slik: "There is no justification for recording an EEG after an initial seizure in adults, as is now routinely practised". (!)

92 % av pasientene ble undersøkt med cerebral CT. Hos 13 av de 408 pasientene ble det funnet en tumor cerebri. Ellers ble det ikke gjort funn av betydning for behandling eller prognose. Forfatterne skriver: "Since intervention in the management of most cerebral tumours, except meningiomas, is notoriously unsatisfactory, whether or not an adult with a first seizure should be scanned or not is an economic (and perhaps medico-legal) question rather than a clinical one".

De anbefaler likevel - også basert på andres arbeider og konklusjoner - følgende: ".... to scan any adult individual after a first seizure if the seizure was clearly partial, or if there are focal neurological signs that are not clearly accounted for by known pre-existing neurological damage, such as cerebral palsy or embolus".

Forfatterne avslutter med å påpeke at et førstegangsanfall skaper stor bekymring hos pasient og pårørende og at legens (nevrologens) rolle er å undersøke klinisk, å forklare, rådgi og berolige.

I disse "prioriterings-tider" er det mer enn noen gang påkrevd å samle kunnskap om nytte-effekten av det vi foretar oss i helsevesenet. Det meste av vår virksomhet driver vi uten at vi eier slik kunnskap. Vi handler ut fra ønsket om å gjøre det beste for den enkelte pasient, ut fra hva som antas å være "lege artis" og ut fra hvilke tilbud som foreligger. Og særlig teknologi har en tendens til å bli brukt nettopp fordi den finnes, ikke fordi den har en dokumentert nytte-effekt.

Derfor er undersøkelser som denne verdifulle. De gjør det mulig for oss å begrunne våre valg.

HVA BØR ALLMENNPRAKTIKEREN KUNNE om epilepsi og andre krampetilstander?

(et forsøk på grenseoppgang - og en del praktiske tips)

EPILEPSIDIAGNOSEN - ER DEN ALLMENNPRAKTIKERENS ANSVAR?

Diagnosen epilepsi skal stilles av nevrolog. En slik diagnose har alvorlige medisinske, sosiale og juridiske konsekvenser, og skal først stilles etter full utredning.

Henvis derfor en person som har fått sitt første krampeanfall til nevrolog - (dersom ikke annen årsak er åpenbar - se nedenfor).

MEDISINERING - HVA BØR VI OVERLATE TIL SPESIALISTEN?

Start ikke opp med antiepileptisk medikasjon, dette er en spesialistoppgave.

Når epileptikeren har fått sin diagnose og medikasjon, så sørg for at en kontrollrutine blir etablert og fulgt opp, f. eks. hver 6. - 12. måned. Sjekk da den kliniske tilstand, forhør deg om medikamentbruken, mål serumspeilet.

Vær klar over symptomer som kan skyldes overdosering, reduser medisindosen hvis slike opptrer.

Vær oppmerksom på at interaksjoner mellom antiepileptika og andre medikamenter er vanlige. F. eks. gir både Fenytoin, Fenemal, Tegretol og Primidon induksjon av leverenzymene og øker derved metabolismen av bl. a. Marewan, p-pille og kortikosteroider. Orfiril derimot

hemmer leverenzymene og øker dermed virkningen av de nevnte medikamenter.

HVIS EN PASIENT FÅR ANFALL SELV OM HAN ER MEDISINERT:

- kontroller at han virkelig tar medikamentet.
- øk dosen til den forhindrer anfall, om nødvendig til pasienten får symptomer på overdosering. Monoterapi tilstrebes i det lengste!
- er ikke dette nok, så henvis pasienten til nevrolog. Å starte opp med et nytt medikament er en spesialistoppgave. (Dessuten kan manglende respons være tegn på strukturell patologi).

Seponering av antiepileptisk medikasjon er en oppgave for spesialisten.

KONTAKT MED DE PÅRØRENDE - ER DET NØDVENDIG?

Allmennpraktikeren må kunne veilede en epileptikers pårørende i hvordan de skal takle et anfall:

- ikke flytte pasienten
- ikke holde ham fast
- ikke presse noe inn mellom tennene hans
- ikke gi ham noe å drikke

- forsikre seg om at luftveiene er frie
- legge ham i stabilt sideleie og holde ham under oppsikt, være rolig og trøstende når han kommer til seg selv
- ikke ringe til lege med mindre anfallet varer over 10 min. eller det kommer nye anfall før pasienten kommer til bevissthet

BØR VI KUNNE BESVARE EPILEPTIKERENS SPØRSMÅL OM PREVENSJON, SVANGERSKAP, MISDANNELSER OG ARV?

Vi må kunne gi prevensjonsveiledning. Som nevnt øker de fleste antiepileptika omsetningen av både østrogen og gestagener. Derfor:

- anbefal ikke minipillen
- forskriv en p-pille med minst 35 mikrogram ethinyløstradiol. Skift til høyere østrogendosering hvis der kommer gjennombruddsblødning. Anbefal kondom til et stabilt blødningsmønster er etablert
- husk at p-pille kan svikte

En kvinne med epilepsi som ønsker å bli gravid, henvises til nevrolog for vurdering av medikasjonen.

Svangerskap øker omsetningen av antiepileptika. "Gjennombruddsanfall" kan derfor opptre, hvilket krever økning av medikamentdosen.

Det er ikke holdepunkter for fosterskade under et epileptisk anfall, dersom dette ikke er svært langvarig. De fleste vil nok likevel velge å legge en gravid epileptiker inn på sykehus etter et anfall.

En epileptiker kan og bør amme sitt barn. Unntak er hvis hun bruker en høy Fenemaldose.

Misdannelser forekommer noe hyppigere hos epileptikere enn i kontrollmaterialer. Bjerkedal fant at forekomsten var 1,25 ganger det forventede (4,5 % hos epileptikerens barn mot 3,6 % ellers).

Prevalensen av epilepsi i befolkningen er 1/2-1 %. Man mener at risikoen for at en epileptikers barn selv skal få epilepsi, er det dobbelte av den "normale" risiko.

HVA SVARER VI NÅR VI BLIR SPURT TIL RÅDS OM BILKJØRING OG YRKESVALG?

Vi må være klar over hva førerkortforskriftene sier:

- § 8: For å inneha førerkort i alle klasser må krampeanfall eller epileptiske symptomer ikke ha forekommet i løpet av de siste 2 år
- for førerkort kreves legeattest fra nevrolog (§ 9)
- en epileptiker kan ikke ha kjøreseddel for persontransport (§ 7)
- dersom en person som har førerkort får epilepsi, er den lege som stiller diagnosen pliktig til å melde fra om dette til politiet (§ 24)

Mange epileptikere har opplevd vansker med å få arbeid pga. gamle fordømmer og manglende kunnskaper i befolkningen. Dette bør allmennpraktikeren søke å motarbeide. Det finnes likevel en

del yrker som epileptikeren ikke kan ha:

- ikke persontransport
- ikke hyre i utenriksfart
- ikke arbeid i høyder
- ikke arbeid med maskiner hvor epileptikeren selv eller andre kan skades ved et anfall

REAGERER VI KORREKT VED STATUS EPILEPTICUS?

Dette er gjentatte epileptiske anfall uten normalisering av bevissthetstilstanden mellom anfallene. Dreier det seg om generaliserte tonisk/kloniske anfall, kan tilstanden være livstruende eller medføre permanent hjerneskade.

Den skal derfor behandles straks med Diazepam i. v. (eller rectalt, hvis i. v. tilgang er vanskelig). Sett 1 ml/min. i. v. til anfallsstopp eller til max. engangsdose.

Legg pasienten inn i sykehus umiddelbart, selv om du har stanset anfallene med Diazepam. Ofte vil anfallene komme tilbake. Sørg derfor for betryggende følge under transport.

ALLE KRAMPETILSTANDER VI SER I ALLMENN-PRAKSIS ER VEL IKKE EPILEPSI?

Vi kan se kramper ved en rekke andre tilstander:

- ved eksessivt alkoholinntak - både i intoksikasjons- og abstinensfasen
- ved hodeskader
- ved tumor cerebri. Dette er en aktuell diagnose hvis krampe-debuterer i voksen alder eller hvis en "epilepsi" ikke bringes under kontroll ved adekvat medisinerings

- ved hyperventilasjon - hvor krampene ofte er av bisarr karakter. Reflekser og pupillereaksjon er normale

Dessuten har vi feberkramper:

som typisk opptrer hos et barn mellom 1 og 4 års-alder, gjerne med en familieanamnese på tilstanden og oftest når temp. er stigende. Diskusjonen har gått livlig om hvorvidt alle barn med førstegangs feberkramper skal legges inn i sykehus som ø. hj. De fleste allmennpraktikere vil velge å behandle en slik tilstand hjemme. Det er da viktig å undersøke barnet grundig for ikke å overse en meningitt som årsak til krampene. Man må også forsikre seg om at forløpet er tilfredsstillende igjen etter to timer.

Bare sjelden vil man komme så tidlig til at det er aktuelt med anfallskupering (rectalt Diazepam). Det er imidlertid desto viktigere at foreldrene instrueres i å senke temperaturen på følgende måte:

- kle av barnet
- kjøle det ned med fuktige kluter
- gi Paracetamol rectalt el. p. o.
- gi rikelig med drikke

Dette må gjøres hver gang barnet får feber. Ev. kan foreldrene utstyres med rectalt Diazepam til bruk ved senere anfall. Anfallene vil ofte recidivere ved seinere feberepisoder. Kun unntaksvis er antiepileptisk medikasjon indisert. Ulempene og bivirkningen ved dette overskygger nemlig fordelene ved ev. å unngå anfall.

Dersom barnet er under 1 eller over 4 år gammelt bør det legges inn. Likedan hvis anfallet er langvarig (over 10 min.) eller er fokalt preget, hvis der kommer gjentatte anfall eller hvis barnet er påfallende somnolent etter 2 timer. Det samme gjelder selvsagt hvis

du ved us. finner tegn til CNS - patologi.

Foreldrene spør ofte om barnet har epilepsi eller om det vil utvikle dette seinere. Feberkramper er ikke epilepsi, og svært få av disse barna blir epileptikere når de vokser opp.

LITTERATUR.

1. Norsk Epilepsiforbunds pasientinformasjon.
2. Antiepileptika. Samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon 1986. Y. Løyning m. fl.
3. Svein I. Johannessen: Monoterapi el. polyterapi for epilepsi? TdNLF 7, 1982, 102, 436-439.
4. Karl Otto Nakken: Epilepsi og antikonsepsjon TdNLF 13, 1982, 102, 757-758.
5. Karl Otto Nakken, Svein I. Johannessen, Anders W. Munthe-Kaas, Yngve Løyning: Epilepsibehandling ved svangerskap og fødsel, TdNLF 22, 1984, 104, 1436-1439.
6. Erik Sindrup: Epilepsi. Medisinsk kompendium 1980, 1751-1760.
7. Wollert Krohn: Prognosen ved epilepsi, TdNLF 1974, 94, 2013-2015.
8. Anders W. Munthe-Kaas: Epilepsi i barnealderen, TdNLF 32, 1982, 102, 1701-1703.
9. Kjell Stenstadvoll & Sverre Hestetun: Feberkramper. Et 10-års sykehusmateriale. TdNLF 34-35-36, 1977, 1801-1803.
10. S. Hestetun & K. Stenstadvoll: Informasjon til foreldre hvor barnet har feberkramper, TdNLF 25, 1977, 1293.
11. Harald Siem: Skal barn med førstegangs feberkramper innlegges? TdNLF 9, 1978, 98, 464-465.

12. Stein Høyser: Barn med feberkramper, TdNLF 4, 1978, 224-225.

13. Eylert Brodtkorp & Arnulf Eide: Epilepsi og førerkort, TdNLF 23, 1983, 103, 1648-1650.

Lars Aaberge, kommunelege, Fagernes.

KASUISTIKK SPALTEN

EPILEPSI??

Pasienten er en 21 år gammel kvinne med ulcerøs colitt. Denne har hun hatt i 2 år, siste tiden oppblussing i form av blodig og slimete avføring. Rectoscopi har vist forandringer kun distalt i rectum. Subjektivt plaget med treg mage, kvalme og smerter i 3 uker. Hun har blitt behandlet med Salazopyrin tabletter og Predklyksma, uten at hun selv synes det har hjulpet. Mest plagsom har kvalmen og obstipasjonen vært. Hgb 14, 3 og SR 7.

Ved denne problemstillingen blir hun behandlet med Primperan tabl. og stikkpiller, noe varierende administrasjonsform, i doser på opptil 50 mg pr. døgn, tilsvarende 5 tabletter eller 2 1/2 supp. Har noe effekt av dette. Etter en uke får hun plutselig tonisk-kloniske kramper i ekstremitetene, varighet 3-5 minutter, men gjentatte anfall. Ikke bevissthetstap eller generelle kramper, ikke avgang av urin eller avføring ufrivillig. Anfallet blir kupert med Diazemuls i. v. som gir umiddelbar effekt. Imidlertid nye kramper igjen etter en time, påny effekt av Diazemuls. Etter dette ingen nye kramper. EEG-registrering viser fokalt preget aktivitet suspekt på epileptogen aktivitet. Pas. blir us. og vurdert av nevrolog.



VURDERING OG OPPFØLGING:

Primperan kan gi anfall av lignende karakter, men kan også utløse epileptiske anfall hos disponerte individer. Disse anfalletne blir vurdert som mulig Primperan-utløste, men EEG-funnene indikerer bakenforliggende årsak. Pasienten har tidligere ikke hatt epileptiske eller lignende anfall, og det er "rimelig" å se det hele an. Muligens har hun en "latent" epilepsi utløst av Primperan, muligens har hun ikke epilepsi, og muligens kan dette ha vært et anfall av epilepsi.

Pasienten skal på kontroll-EEG om 3 mndr, og holde seg borte fra Primperan. Hennes proctitt roet seg ned på Salazopyrin supp, og er ikke lenger noe problem.

HVORDAN BEHANDLER DU KRAMPER I DIN PRAKSIS ?

Benytt deg av Utposten's selvevalueringstilbud! Test dine kunnskaper om epilepsi og andre krampeformer! Opplegget er omarbeidet til norske forhold etter et temahefte om kramper i den engelske CASE-serien som er et postalt etterutdanningsprogram.

Bruk følgende skala: 1=fullstendig uenig, 2=delvis uenig, 3=usikker, 4=delvis enig, 5=fullstendig enig. Hvert forslag til løsning vurderes uavhengig av de øvrige.

På neste side vil du finne kommentarer til problemstillingen og en oversikt over hvordan 50 norske allmennpraktikere har svart. Det finnes naturligvis ikke fasitsvar, - og i mange tilfeller er kanskje variasjonsbredden svar god nok?

Lykke til!

PROBLEM 1:

Mary Hansen er 21 år. Hun har nettopp flyttet til distriktet, og medbringer et brev fra sin tidligere lege som forteller at hun for en måned siden hadde to anfall med generelle kramper. EEG har antydnet ideopatisk epilepsi. Hjernescanning har vært normal. Hun har fått 200 mg Karbamazepin daglig. Hennes første barn er nå 6 mndr, og hun spør om hun kan få P-pille. Til nå har mannen brukt kondom.

Ditt råd er:

- a) å anbefale Minipille
- b) å fraråde bruk av P-pille samtidig som hun bruker antiepileptika
- c) å anbefale P-pille med lavt østrogeninnhold
- d) å anbefale P-pille med høyt østrogeninnhold

PROBLEM 2:

38 år gamle Ruth har vært utredet pga. tre krampeanfall i løpet av 2 uker. Hun har tidligere alltid vært frisk. Isotopscanning var normal og EEG viste et fokus i venstre temporalområde. Til tross for gradvis økning av Karbamazepindosen til 400 mg 3 ganger daglig i de neste tre måneder, lykkes det ikke å få henne anfallsfri. Hun kommer nå for å få råd. Du merker deg at siste serumkontroll av Karbamazepin var innen terapeutisk område.

Du vil:

- a) øke Karbamazepindosen
- b) gi tillegg av Fenytoin
- c) henvise henne på ny til spesialist

PROBLEM 3:

Du drar i sykebesøk til 2 år gamle Petter, som nettopp har hatt et krampeanfall. Du finner ham febril, søvnig og irriterbar. Du finner ingen spesiell forklaring på feberen.

Du vil:

- a) legge ham inn som ø. hj.
- b) instruere foreldrene i å gi ham Paracetamol og avkjøle ham
- c) gi et antibiotikum
- d) gi Diazepam rectalt

SVAR

SVAR PÅ PROBLEM 1:

Antiepileptika induserer enzymaktivitet som reduserer det effektive nivå både av østrogener og progestagener. Kombinasjonspille med 30-35 mikrogram er vanligvis adekvat, men Minipille er uheldig.

Fig. 1

	1	2	3	4	5
a					
b					
c					
d					

SVAR PÅ PROBLEM 2:

Rask henvisning til spesialist er påkrevet, ettersom hennes epilepsi har debutert seint, og ikke responderer på tilsynelatende adekvate doser Karbamazepin. (Endring i det medikamentelle regime er irrelevant i dette tilfelle, men normalt skal dosen av et antiepileptikum økes til toksisk nivå før midlet forkastes, og man prøver et nytt).

Fig. 2

	1	2	3	4	5
a					
b					
c					

SVAR PÅ PROBLEM 3:

Dette er den vanligste alderen for feberkramper. Men husk: det kan dreie seg om alvorligere ting! Rectalt tilført Diazepam er bare nødvendig hvis barnet fremdeles har kramper, antibiotika selvsagt bare hvis det finnes tegn til bakteriell infeksjon. Innleggelse er unødvendig med mindre diagnosen er usikker, eller foreldrene er særdeles engstelige. Vis dem hvordan de får temperaturen ned. Hvis barnet ikke kvikner helt til i løpet av undersøkelsen, kan du evt. dra tilbake seinere på dagen og forsikre deg om at tilstanden bedrer seg.

Fig. 3

	1	2	3	4	5
a					
b					
c					
d					

SPØRSMÅL

PROBLEM 1:

Et år senere kommer hun for å fortelle at hun og mannen har bestemt seg for et barn nr. 2. Hun har ikke hatt krampeanfall de siste 6 månedene. Nå er hun bekymret for hvordan medisinen vil virke på fosteret. Hun spør om barnet vil kunne få kramper og om hun selv vil kunne få anfall under fødselen.

Du vil:

- a) fortelle henne at sjansen for at barnet skal få epilepsi ikke er større enn for barn av mødre uten epilepsi
- b) fraråde henne et nytt svangerskap
- c) fortelle henne at medisinen bør seponeres før hun blir gravid

PROBLEM 2:

Du henviser henne til spesialist, men før hun får time tilkalles du i sykebesøk, og finner henne i status epilepticus.

Du vil:

- a) gi Fenobarbital intramuskulært
- b) gi Diazepam intravenøst
- c) legge henne inn øyeblikkelig

PROBLEM 3:

Du forklarer foreldrene hvordan de skal få ned temperaturen. Tre måneder seinere blir du igjen tilkalt fordi Petter har fått et nytt krampeanfall. Også nå har han feber, - ellers viser undersøkelsesundersøkelsen normale forhold.

Du vil:

- a) forklare foreldrene på nytt hvordan de skal å temperaturen ned
- b) starte profylaktisk behandling med et antiepilepticum
- c) legge ham inn som ø. hj.
- d) henwise ham til nevrologisk undersøkelse

SVAR

SVAR PÅ PROBLEM 1:

En kvinne med epilepsi frykter naturligvis både for seg selv og for barnet. Kontakt med andre epileptiske mødre kan være til stor hjelp. Allmennpraktikerens rolle er å gi pasienten råd om den relative risiko, og overlate til pasienten selv å bestemme hvorvidt hun vil gå et nytt svangerskap eller ikke. Hun bør informeres om den økte risiko for teratogenese (under 10%) ved antiepileptisk medikasjon, men bør ikke nødvendigvis seponere medisinen. Barnet vil ha noe høyere risiko for å få epilepsi, men hun bør ikke frarådes svangerskap av den grunn, da risikoen generelt er svært liten.

Fig. 4

	1	2	3	4	5
a					■
b	■				
c	■				

SVAR PÅ PROBLEM 2:

Det bør gis Diazepam intravenøst. Dersom det er problem med å komme intravenøst, er rectal administrasjon å foretrekke. Status epilepticus skal alltid medføre ø. hj. innleggelse - og det med blålys! Tilstanden er sjelden hos voksne, og skyldes vanligvis strukturell patologi. (Den teoretiske risiko for respirasjonsstans ved intravenøs tilførsel av Diazepam oppveies av hurtigst mulig å få stanset krampeanfallet).

Fig. 5

	1	2	3	4	5
a	■				
b					■
c					■

SVAR PÅ PROBLEM 3:

Profylaktisk medikasjon med antiepileptika er sjelden indisert, og skal bare startes etter utredning hos spesialist. Det er unødvendig med akutt innleggelse - med mindre foreldrene er svært engstelige, i og med at det her dreier seg om et nytt feberkrampeanfall. Det er nok nyttig å gjenta instruksjon om febernedssettende tiltak.

Fig. 6

	1	2	3	4	5
a					■
b	■				
c	■				
d					■

SPØRSMÅL

PROBLEM 1:

Mary Hansen blir gravid og er i fin form fram til 30. uke. Da ringer mannen og ber deg komme fordi hun har krampeanfall. Når du kommer fram er hun ved full bevissthet, men døsig. Blodtrykket er normalt og det er ikke tegn til ødemer.

Du vil:

a) legge henne inn på fødeavdelingen

b) berolige henne og mannen

c) øke dosen av Karbamazepin

PROBLEM 2:

Du legger henne inn som ø. hj. Fortsatt er det ikke mulig å finne en forklaring på krampeanfallene. EEG og hjernescintigrafi er uendret. Hun utskrives med økning i Karbamazepindosen og med tillegg av Fenytoin, men fortsetter med krampeanfall. To måneder senere blir hun reinnlagt i status epilepticus. CT viser nå en cystisk lesjon som ved operasjon viser seg å være et astrocytom. Hun dør andre postoperative dag. Mannen oppsøker deg og spør hvorfor svulsten ikke ble oppdaget før.

Du vil:

a) forklare at en normal hjerne scan ikke utelukker muligheten for tumor

b) berolige ham med at den beste behandling ble gitt

c) tenke for deg selv at diagnosen burde vært stilt tidligere.

PROBLEM 3:

Du understreker betydningen av å senke feberen, og ber foreldrene komme med Petter til kontroll på kontoret neste dag. De kommer, og mor sier: "I går var jeg for oppkavet til å tenke, men nå vil jeg gjerne få spørre om Petter har epilepsi? Kan en ikke gjøre noe for å hindre nye krampeanfall? Naboen's sønn hadde også krampeanfall, men ble helt kvitt dem da han fikk medisin".

Du vil:

a) forsikre henne om at Petter ikke vil utvikle epilepsi

b) henvise Petter til nevrolog

c) vise henne hvordan hun skal sette Diazepam rectalt

d) starte opp med Fenobarbital

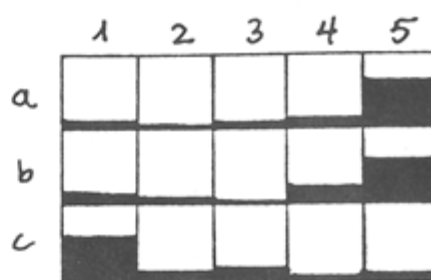
e) starte opp med Orfiril

SVAR

SVAR PÅ PROBLEM 1:

Et slikt krampeanfall vil ikke nødvendigvis medføre fosterskade. Dersom en kan høre normal fosterlyd, er innleggelse strengt tatt ikke nødvendig, men de fleste vil nok legge henne inn. Gjennombruddsanfall kan oppstå som følge av at det effektive nivå av antiepileptica reduseres ettersom svangerskapet skrider fram. Det er derfor nødvendig å øke dosen av antiepileptica. Det er videre nødvendig å ekskludere eklampsi. Hvis du ikke legger henne inn, er det nødvendig med tilsyn etter noen timer og ny kontroll av blodtrykk og evt. proteinuri.

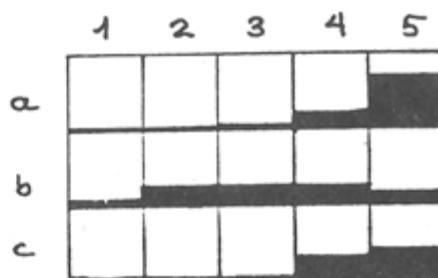
Fig. 7



SVAR PÅ PROBLEM 2:

Status epilepticus tidlig i sykdomsforløpet betyr stor sannsynlighet for en strukturell lesjon. CT ville utvilsomt ha påvist tumoren tidligere. Astrocytom er en langsomtvoksende og langsomtinfilerende svulst, som kan være ganske stor uten at en kan "fange den opp" ved isotopscanning. Allmennpraktikeren må prøve å hjelpe ektemannen til å akseptere dødsfallet og planlegge framtida. Legen bør også være på vakt overfor framtidige helseproblemer - ofte banale - i familien.

Fig. 8

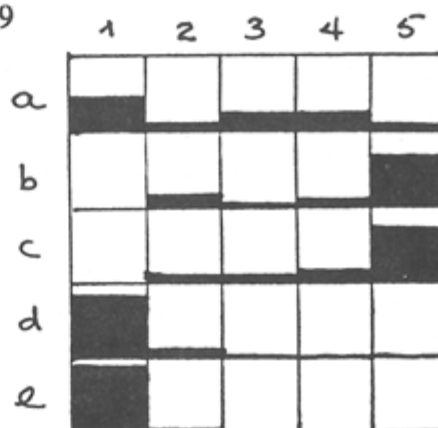


SVAR PÅ PROBLEM 3:

Allmennpraktikeren kan ikke med sikkerhet vite at barnet ikke vil utvikle epilepsi. Henvisning til nevrolog vil kunne avklare spørsmålet både for foreldrene og legen. Når anfallene gjentar seg og er langvarige (5-10 min.), bør foreldrene instrueres i bruk av rectalt Diazepam. Men husk å presisere at dette er for å stanse anfall, - ikke for å forebygge!

Allmennpraktikeren bør ikke la seg presse til å foreskrive et antiepilepticum. Ulempene ved dette er større enn gevinsten.

Fig. 9



Nytt fra Referansegrupper

FILOSOFGRUPPA

Er filosofi noe for oss ?

I vår daglige omgang med pasienter støter vi stadig på fenomenet angst. På doktorskolen lærte vi om Sigmund Freud og angstnevroser. Angst har vært forklart på mange vis. I Medisinsk Årbok 1988 kaller Lars Weiseth angst for "sjelens smerte". Han skriver om panikk-lidelse og det er kanskje en ukjent tilstand for mange norske leger. Amerikanernes psykiatriske klassifikasjonssystem DSM-III fra 1980 har ikke med angstnevrose, men derimot deles tilstander med åpen angst inn i to hovedgrupper: generalisert angstforstyrrelse og panikk-lidelse. Panikkangst regnes av mange for endogen og behandles forsøksvis med tricykliske antidepressiva. Den generaliserte angst-lidelse behandler vi vel ofte med benzodiazepiner, enda vi godt vet at dette ikke er noen løsning for pasienten på lengre sikt.

Men er egentlig angst uttrykk for noe sykelig som skal behandles? Ja, det kan være det. Fobiene er tilstander hvor angst ligger under og provoseres av spesielle situasjoner som pasienten har lært å unngå. Fobiene regnes som uhen-siktssmessig innlærte adferds-former, og desensibiliserende behandling er ofte vellykket. (Angst-trening).

Men hva med generell angst? I filosofien har angst vært et sentralt begrep og da helst hos de eksistensialistiske filosofer, og best kjent er vel Kierkegaard, Heidegger og Sartre.

De kalles også hermeneutiske og det kan oversettes med fortolkende, dvs. de er opptatt av hva fenomenene betyr for mennesket. Kierkegaard (1813-1855) skrev en hel bok om angst - "Begrebet Angst". Han mener at angst og fortvilelse er grunnleggende trekk ved nettopp det å være menneske. Han sier at "de mennesker...hvis sjel ikke kjenner noen uro eller melankoli, er de hvis sjeler ikke eier noen metamorfose" (evne til forandring). Også Heidegger mener at angst ikke primært er et sykelig symptom, men en tilstand som gjør personen i stand til å nå kunnskap om seg selv. Opplevelse av angst betyr at vårt forhold til verden omkring oss har brutt sammen og at vi har mistet kontakt og samhørighet med andre mennesker. Heidegger hevder at angsten kommer når vi ser inn i tomheten, og at vi da har en mulighet til å reorientere oss og finne en ny plattform i livet.

De hermeneutiske filosofer mener derfor at angst ikke alltid skal behandles som en sykdom. I vår tid har vi lett for å se på alt ubehag som sykelig. Mange mennesker velger å leve et avskjermet og virkelighetsfjernt liv og døyve uro og angst med medikamenter. Naturligvis kan angst være uttrykk for noe patologisk og skal da behandles. Men ofte er angst og depresjon uttrykk for en eksistensiell rådløshet, og da kan mennesket få mulighet for selverkjen-nelse og en ny retning til livet. Disse refleksjonene er hentet fra

boken "Philosophy of Medicine" av Wulff, Pedersen og Rosenberg. Den kom ut på Blackwell i 1986. En rekke filosofiske problemer har direkte og praktisk relevans for det vi daglig driver med. Slik som for eksempel vårt syn på angst. Boka er på 217 sider og vel verdt å lese. Det klages over at leger er snevre fagidioter med liten kulturell horisont. Leser du denne boken gjelder det ikke deg i alle fall!

Jørgen Jørgensen
Legehuset
3300 HOKKSUND



SIMG-JANSSEN PRIZE 1988

This prize aims to promote research in general practice. It is open to any general practitioner in Europe. Applicants should send a typed protocol of no more than 1000 words, in English, German or French to the address below. They should state the significance of their project, as well as its aims and methods. The work should be completed within 2 years.

The amount of the prize is 50 000 Bfr.

An international jury will select the best work in respect to specificity, feasibility and relevance for international general practice.

The prizewinner will receive 30 000 Bfr at the awarding and the remaining sum when the work has been completed.

The prizewinner should be prepared to present the results at a SIMG meeting.

This year the prize went to Dr. P. Ascher from Plzen, Czechoslovakia. For more than 20 years he has registered a large number of data related to sick leave in the factory where he is working in The Health Centre. Thanks to he prize these data will now be analyzed.

Applications can be sent before November 30 1988 to:

Prof. Dr. R. De Smet
Centrum voor huisartsopleiding
Rijkuniversiteit Gent
U. Z. - Blok A
De Pintelaan 195
B-9000 Gent

Gastrobitan®

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

GASTROBITAN «GEA» cimetidin.

A 02 B A 01

Histaminerg H₂ - reseptorantagonist

INJEKSJONS/VEŠKE/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. Utskilning: 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. Refluxsofagitt. 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 reversible forvirringstilstander er rapportert først og fremst hos eldre og pasienter med nyre- og leverinsuffisiens. Initialt forbigående stigning av plasmakreatinin som regel innen normalverdiene, uten klinisk betydning. Enkelte tilfeller av transaminasestigning og sjeldne tilfeller av hepatitt, pankreatitt og interstitiell nefritt, samtlige er reversible. Reversible blodbildeforandringer: Leukopeni sjeldent. Agranulocytose og trombocytopeni meget sjeldent.

FORSIKTIGHETSREGLER: Ulcus-diagnosen skal første gang verifiseres ved røntgen eller endoskopi, reflux øsofagitt ved endoskopi eller annen egnet metode. Institusjonering 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 serumkreatininerdiene. 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 sterilt vann eller fysiologisk saltvann. Ferdigløst løsning bør brukes umiddelbart (kan oppbevares i maksimum 12 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:

Injectable: 10 amp. a 2 ml	kr. 59,30	Tabletter 400 mg:	30 stk. kr. 149,30
Tabletter 200 mg:	30 stk. kr. 77,10		60 stk. kr. 293,40
	60 stk. kr. 150,50		100 stk. kr. 472,90
	100 stk. kr. 241,60	Tabletter 800 mg:	30 stk. kr. 282,10
			60 stk. kr. 557,30
			100 stk. kr. 881,80

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:	Dosering:	Kostnad pr. døgn
Gastrobitan	800 mg x 30 stk.	1 tabl. x 1	9.40
Antacid tabl.	100 stk.	4-6 tabl. x 8	8.64 - 12.96
Balacid mikst.	1000 ml	10-15 ml x 8	5.60 - 8.40
Link mikst.	1000 ml	5-10 ml x 4	2.20 - 4.40
Link tabl.	1100 mg 10x60 stk.	2-3 tabl. x 4	5.92 - 8.88
Link plastpute	96 x 10 ml	1 plastp. x 4	6.85
Novaluzid mikst.	500 ml	5-10 ml x 4	2.40 - 4.80
Novaluzid plastpute	5 x 10 ml	1 plastp. x 4	7.20

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



KJENNER DU NORSK EPILEPSIFORBUND?



Her er NEF's utfordring til landets primærleger.

Av Kjell Sørhus ansvarlig redaktør for "NEF-nytt", tidsskrift for Norsk Epilepsiforbund.

Norsk Epilepsiforbund, som er en støtteorganisasjon for landets 40.000 mennesker med epilepsi, gikk i mars i år inn i sitt femtende leveår og er vokst fra å være en sammenslutning av fire-fem små lokal-foreninger til en av de større legmannsorganisasjoner i Norge.

Til tross for tilbakeslag, og ett av dem er det manglende samarbeide med landets primærleger og nevrologiske avdelinger - til tross for tilbakeslag er Forbundets vekst og virksomhet stadig økende. Ikke minst takket være en omfattende frivillig og oppofrende innsats fra støtteorganisasjonens over 4000 medlemmer. Og kanskje like meget takket være et utstrakt samarbeide med spesialister på alle fagområder ved Statens senter for epilepsi.

Paradoksalt nok kjemper dette voksende forbundet en kontinuerlig kamp for sin økonomiske eksistens:

Medlemskontingenten (personlig: 80,-, familie: 135,- kroner) dekker kun en brøkdel av budsjettets utgiftsside. Så Forbundets økonomiske kamp må nødvendigvis bli intens - og mangeartet: Årlige søknader om statlige og kommunale øremerkede midler som aldri strekker til. Og det dreier seg om frivillig og ubetalt innsats fra Alta til Lista-landet med sosiale samvær, loddsalg og basarer som kunne minne om tredve-årenes blandede sangkor og deres finansieringsgrunnlag.

For Norsk Epilepsiforbund er dette ingen lystelig sang - det er en kontinuerlig Canossa-gang for å holde "skuta seilende" - og samtidig øke dekningen av det enorme behov for informasjon som dessverre fortsatt er tilstede når det gjelder det årtusener gamle handikap som kalles epilepsi. Selv i dag er denne funksjonshemming i brede samfunnslag omgitt av sosiale holdninger som synes å være basert på utstrakte fordommer og uvitenhet, angst og til og med overtro.

Og "skuta" seiler videre: Den startet sin ferd i marsdagene 1974 da interimstyret løp rundt med sin budstikke og sammenkalte til landskonferanse på Nesbyen. Ved utgangen av mars var Norsk Epilepsiforbund et faktum og går, blant kjentfolk, under navnet NEF.

I dag har NEF 46 lokallag, antallet fylkeslag vokser og som knoppskyting fra lokallagene gror det opp flere og flere ungdomslag som allerede har etablert seg på landsbasis. Forbundet er medlem av FFO (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon), er medarrangør av Frambu-kurser (om epilepsi) og er en av fem medlemsorganisasjoner som driver SFO (Studieforbundet for Funksjonshemmedes organisasjoner).

Men alt dette er bare en gren av NEF's mangegrenede tre: Landsmøtet hvert annet år trekker opp hovedretningslinjene for Forbundets videre arbeide og aktivitet i kommende periode. Blant hovedoppgavene de siste tre-fire år har vært å fokusere aktiviteten på målgrupper innen den offentlige sektor. Det er her

man i første rekke kan forvente å komme i kontakt med mennesker med epilepsi.

Et eksempel på dette er naturligvis skolene. Etter langvarig og tålmodig press fra NEF gikk Kirke- og Undervisningsdepartementet i år med på å sende ut et "Rundskriv om epilepsi" til skoler og store deler av de sosiale og medisinske institusjoner og andre offentlige tjenester. Men NEF's aktivitet er mangfoldig - både internt og eksternt: Forbundet arrangerer hvert år en serie interne kurs for å utdanne egne informasjonsmedarbeidere, egne "eksperter" i organisasjonsliv og seminarer for lokallags-ledere.

Gjennom lokallagene arrangeres det årlig ti-talls åpne informasjonsmøter hvor man i samarbeide med SSE stiller til rådighet tverrfaglig ekspertise som innledere. Både sentralt og gjennom lokallagene distribueres informasjonsmaterieell til skoler og andre utdannessentra, til politi, apotek, trygde- og sosialkontorer osv, osv. Materiellet som tilbys er mangfoldig: Fra store og små brosjyrer til bøker - fra film og video til "over-head" plansjer og ferdigmonterte stands.

I Forbundets bredspektrede aktivitetsområde er det så mangt: Organisasjonen har en rekke underkomiteer som spesialbehandler og trekker konklusjoner av undersøkelser omkring problemer som finnes eller vil oppstå i sammenheng med epilepsi og dem som er rammet.

Et eksempel er dette: "Strategi-

komiteen" arbeider i disse dager med å utrede eventuelle problemer i forbindelse med Stortingsmeldingen om "hjemføringen og integrering av landets psykisk utviklingshemmede". Man regner med at mellom 35 og 40 % av denne handikapp-gruppen har epilepsi som et tilleggs-handikapp.

Forbundet har sin egen sosiale rådgiver som står til disposisjon for alle med tilknytning til epilepsi. Gratis. Og Forbundet har sitt egen tidsskrift (NEF-NYTT) som sendes hvert medlem. Gratis. Og sitt egen hovedkvarter: To små kontorer i Kristian Augustsgt. 19 i Oslo.

Etter initiativ fra Moss og Omegn Epilepsiforening etablerte NEF for to år siden sitt eget Forskningsfond (med statlig representant i styret). Fondet vil fra starten av nitti-årene stå til disposisjon for søkere med grunngitte forskningsoppgaver i epilepsi-sammenheng.

Og i disse dager tar NEF et vesentlig skritt videre: Man har utlyst jobben som organisasjonens Forbundssekretær - en nyopprettet heldagsstilling som vil få vesentlig betydning for Forbundets utvikling og profil i årene som kommer.

Og organisasjonen, som nå går i sitt femtende år, håper og tror at årene som kommer vil bli like betydningsfulle og fremskrittfulle som årene den har lagt bak seg. Både i medisinsk, sosial - og derved menneskelig-sammenheng.

Det er mangt som tyder på det: I årtusener har bildet av epilepsi og mennesker med epilepsi gjennomgått en slags - skal vi kalle det - "kaleidoskopisk" utvikling. Synet på og oppfatningene av symptomene uttrykksform og de bakenforliggende årsaker har stadig falt ned i nye mønstre. Det gjelder, naturligvis, både i medisinsk og i samfunnsmessig-sosial sammenheng. Fra den religiøst-inspirerte og halv-medisinske

betegnelsen "den hellige sykdom" til tredivetårenes "fallesyke". Fra betegnelsen "epileptiker" til dagens "person med epilepsi". Fra Alexander den stores og Cæsarenes medisinske viten til dagens telemetrisk EEG-stasjoner og en medikamentell utvikling som kan gjøre den store majoritet av epilepsi-rammede anfallsfri.

Kirurgien er også inne i bildet - og ingen vet: Kanskje vil også transplantasjonsteknikker komme til hjelp.

I dagens Norge har begrepet "Epilepsi" falt ned i et nytt og utvidet mønster - og ingen er mer klar over det enn Norsk Epilepsiforbund. Riktignok er man fortsatt, og med rette - av den oppfatning at epilepsi - eller epilepsiene - er symptomer på en hjerneskade. Men man er like klar over at de epileptiske symptomer øyeblikkelig følges av ofte store psyko-sosiale og pedagogiske problemer for pasienten.



USA var vel først ute med å innse dette. I Vest-Europa var Norge faktisk blant de fremste til å følge opp, takket være Statens senter for epilepsi, sterkt støttet av Norsk Epilepsiforbund.

I dagens norske samfunn er med andre ord epilepsi ikke bare et

symptom på en hjerneskade, men i tillegg et psyko-sosialt problem som krever tverrfaglig behandling. Det dreier seg altså ikke utelukkende om en epilepsi-diagnose med medikamentell behandling, men om tverrfaglig enhetsbehandling av medisinsk, psyko-sosial, pedagogisk og fysioterapeutisk art. "Comprehensive service", kaller amerikanerne det. Dette har Norsk Epilepsiforbund gått i bresjen for siden Statens senter for epilepsi introduserte "comprehensive service" som den første epilepsi-institusjon i Nord-Europa.

Dette er en av de ting Norsk Epilepsiforbund brenner for - og jobber for. Men det er også en annen ting blant de mange som denne frivillige støtteorganisasjonen brenner for - og som den hittil ikke har maktet å vinne gehør for:

La oss ta det litt langsomt, så man ikke risikerer å bli misforstått. I Norge finnes det ca. 40 000 mennesker med epilepsi. Til enhver tid. Den overveiende del av disse pasientene har vært i kontakt med den privatpraktiserende lege, kommunelege eller nevrolog ved fylkes- eller regionale sykehus. Det er med andre ord ca. 120 000 mennesker som har epilepsi i sin nærfamilie i dette landet - og de fleste har vært i forbindelse med en av de nevnte legekategorier. Så vil gjerne Norsk Epilepsiforbund stille følgende spørsmål: Hvorfor har Forbundet bare 4000 medlemmer?

Skyldes det at de epilepsi-rammede, selv i dag, har en frykt for å "vise ansikt" eller skyldes det manglende informasjon? Og hvor skulle den informasjonen komme fra? Fra Norsk Epilepsiforbund, naturligvis! Javel - men da trenger forbundet hjelp fra legene som først står ansikt til ansikt med en som har fått diagnosen "epilepsi".

Det er vel hverken juridisk, etisk eller moralsk uforvarlig å fortelle pasienten at det finnes noe som heter Norsk Epilepsiforbund, og at det kanskje finnes et lokallag av Forbundet rett nedi svingen?

LEIRLIV- BEHOV FOR HELSETJENESTER



Dag Brekke, f. 45. Kommunelege II i Molde og allmennpraktiserende lege. For tiden leder av samfunnsmedisinsk

utdanningsprogram for leger i Finnmark. Formann i Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin mm. Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Storstevner der en vesentlig del av deltakerne bor i telt eller på annet primitivt vis, er årvisst i Norge. Det er ikke gitt retningslinjer for organisering eller dimensjonering av helsetjenester for slike arrangementer, og det vanlige er å improvisere dette ut fra lokale muligheter. I det følgende omtales organisering av helsetjenester ved tre større leirer og registrering av forbruk av kurative helsetjenester fra disse.

ORGANISERING AV HELSETJENESTEN.

1. Landsspeiderleiren på Åsnes 1981 hadde 18 000 deltakere, jenter og gutter i alderen 12-16 år og ledere. De var innkvartert i 2-6-mannstelt og tilberedte sin mat over åpen ild. Der var organisert avfallsinnsamling, flere større åpne latriner og drikkevann fra flere vannposter rundt i leiren. Næringsmiddelkontroll, apotekservice og tannlegekontakt var avtalt lokalt. En sykestue med mulighet for 15-30 senger var innrettet i en nærliggende ungdomsskole. Der var det også etablert en enkel poliklinikk, og to poliklinikker var plassert ute i leiren. I alt 8 leger og sykepleiere og førstehjelpere var fordelt alle

tre steder. Sykestua hadde døgnvakt. Utstyr fra "hjelp plass" oppsetning var utlånt fra Forsvaret, og i tillegg hadde hver lege sin legekoffert. Det kunne gjøres mikroskopering av urin og tas SR på sykestua. Transport og sambandsberedskap ble etablert i samarbeid med Røde Kors Hjelpekorps.

2. Fylkesspeiderleiren i Møre og Romsdal 1983 på Setnesmoen hadde 900 deltakere i tilsvarende alder og med tilsvarende bo- og sanitærforhold som landsleiren. Der var en sykestue med mulighet for 3-8 senger tilknyttet en poliklinikk med en lege og en sykepleier. Døgnvakt. Ingen laboratorietjeneste. Ved siden av legekoffert var utstyr fra "hjelp plass" oppsetning lånt fra Forsvaret og Sivilforsvaret. Transport og sambandsberedskap ble etablert i samarbeid med Røde Kors Hjelpekorps.

3. Landsskytterstevnet på Skotten i Fræna 1983 hadde opptil 10-15 000 deltakere og tilstedeværende i alle aldre, innkvartering i telt og campingvogner, dels felles mattilberedning og bruk av moderne campingutstyr. Blant deltakerne var 400 vernepliktige fra Forsvaret som bodde i telt. Organisert søppelinsamling og flere felles vannposter. Tilsyn fra lokalt helseråd. Soldatene hadde egen lege. Ett midlertidig legekontor med sykestue ble innrettet i et bedehus ved stevneplassen og betjent av de faste legene i kommunen på omgang. Fire sykepleiere ledet sykestua. For stevneområdet ble det organisert egen legevakt utenom den for distriktet. Røde Kors bidro med utstyr, samband og transport og ekstra hjelpepersonell, dekket standplassene og døgnvakt på sykestua.



RESULTATER.

Forbruket av kurative helsetjenester ble registrert ved opplysningene på RTV's regningskort.

For Fylkesspeiderleiren og den militære kontingent ved Landsskytterstevnet er registreringene av legekontaktene tilnærmet fullstendig, men for de øvrige mindre fullstendige fordi leger og annet helsepersonell som ikke deltok i den organiserte helsetjeneste utførte tjenester blant deltakerne. Det er stor usikkerhet ved antallet besøkende og ledsagere på Landsskytterstevnet.



Tabell 1. viser registrerte legekontakter totalt. Det ga en dagsincidens på ca 1 % av deltakerne. Landsskytterstevnet viser utslaget av fullstendig (soldatene) og ufullstendig (de sivile) registrering. I utgangspunktet skulle alle deltakerne være friske personer. Speiderne var barn og ungdom. Fra skytterstevnet var 30 % av de legesøkende under 18 år.

Tabell 2. viser diagnosefordelingen av kontaktene prosentvis. Det er registrert en diagnose pr. person pr. kontakt. Den forkortede ICHPPC diagnosekode for allmennpraksis, er benyttet (1). Ikke benyttede diagnosekoder er utelatt i tabellen. 060 sykdom i nervesystem og sanseorganer, gjelder hodesmerter og infeksjoner i øyne og ører. 080 luftveienes sykdommer, domi-

neres av øvre luftveisinfeksjoner. Det var ellers to asthmatilfeller på landsspeiderleiren, ett på skytterstevnet, en pneumoni på fylkesleiren. Det var bare tredjeparten så mange luftveisinfeksjoner på landsspeiderleiren som på de to øvrige arrangementene. Det bør kunne settes i sammenheng med været som på landsspeiderleiren var tørt og varmt med dagtemperaturer opp mot 30 gr. Celsius. På de to andre arrangementene var det mye regn, vind og dagtemperaturer dels langt under 15 gr. C. 090 fordøyelsesorganenes sykdommer, omfatter 1 appendicit og 7 spredte gastro-

enteritter fra landsspeiderleiren. Ellers var det mer lette, diffuse abdominalia og en ulcusdyspepsi på skytterstevnet. Ingen epidemier med gastroenteritter. 130 muskel- og skjelettsykdommer, er overveiende myotendinitter med varierende lokalisering som følge av de daglige aktiviteter. 170 skader, er spesifisert i tabellen og må sees i sammenheng med leirlivets aktiviteter og levemåte. Den store andelen av insektstikk ved fylkesleiren skyldes flått (skaubjørn) - ixodes ricinus, men særlig knott - simuliidae - som ga plagsom lokalreaksjon. Forbrenningene skyldes uhell i forbindelse med matlaging over åpen ild. Sårene er småkutt med kniv og øks. En del av de registrerte kontaktene er skiftinger på infiserte gnagsår.

Tabell 3. viser innleggelser i sykestue og sykehus. Ved landsskytterstevnet ble en innlagt i sykehus med urinretensjon, en med asthma, en ulcusdyspepsi, en hjerteinfarkt og en av soldatene med smittsom meningitt. Sykestueinnleggelsene var observasjoner med til sammen 13 liggedøgn. Ved fylkesspeiderleiren ble ingen innlagt i sykehus, men de syke ble observert i sykestua pga. feber, abdominalia, en etter et epileptisk anfall og en bløder (og leirdeltaker) fikk satt kryopresipitat.

Tabell 4. viser innleggelser i sykestua på landsspeiderleiren. De 64 innleggelsene utgjør 6 % av legekontaktene og omfatter 0,3 % av leirdeltakerne i løpet av en uke.

Tabell 5. som gir data fra fylkesleiren, viser hva som ble gjort med alle henvendelsene. Alt ble avklart på stedet og den lokale helsetjenesten ble ikke belastet.

DISKUSJON.

Det er ikke tidligere publisert undersøkelse av tilsvarende forhold i Norge. Det foreligger heller ikke sammenlignbare undersøkelser om etterspørselen etter øyeblikkelig legehjelp. Foreliggende data viser at legesøkningen er noe lavere enn for en normalbefolkning og tilsvarer omkring 2,5 legekontakter pr. innbygger pr. år. Tross leirlivets spesielle belastninger, ville en forvente dette i så unge og selekterte populasjoner. I en normal bosituasjon ville noe av den legesøkning som er registrert, blitt tatt hånd om som egenomsorg. Bruker vi innleggelser ved sykestua som anslag for hva som ville påkalt sykebesøk under normale omstendigheter, får vi ca 0,3 sykebesøk pr. leirdeltaker pr. år, og dette er sammenlignbart med Brekkes funn på 0,3 fra Tingvoll (2) og Fugellis funn på 0,25 fra Værøy og Røst (3), og et større materiale fra Danmark (4) som viste 0,27. Det var ordinær kurativ virksomhet som ble registrert ved denne undersøkelsen. Sykdommer som en ville vente

mange av er gastroenteritter, sår og skader, forbrenninger og allergier. Nærmere vurdering av laboratoriservicen ble ikke gjort, men den var nyttig for den tryggere diagnostikk av sykestueobservasjonene.

Ingen av leirsamlingene hadde epidemier av gastroenteritter, hvilket tilsier at de hygieniske forholdsregler kollektivt (matvarekontroll og pass av latrinene) og individuelt (håndvask) fungerte tilfredsstillende. Allergier utgjorde heller ikke noe omfattende problem. De som var kjent med slike plager var enten under medikamentell behandling eller de deltok ikke i leiren. Forbrenninger forekom ikke på skytterstevnet der åpen ild ikke ble brukt, og i ubetydelig grad på fylkesleiren tross bålbruk 1-3 ganger daglig og kokketjeneste som gikk på omgang blant barna. På landsspeiderleiren var forbrenningene langt hyppigere og omfattet 5 % av alle henvendelser, men likevel bare 0,3 % av deltakerne. Dette tyder på bra kyn-dighet i omgang med ild, men i forebyggende sammenheng bør dette likevel vurderes nærmere. Gnagsår på bena og sår ved kutt var hyppig ved alle leirene. I prosenttallene inngår endel skiftinger, flest på skytterstevnet. Men siden bruk av kniv og øks inngår i de daglige leiraktiviteter, må det forventes en del skader av dette. Ingen av skadene var alvorlige. At bare 1,5 % av speiderne skader seg med kniv eller øks i løpet av en uke på leir, tyder på bra kyn-dighet ved bruk av redskapen. Men likevel: funnet her tilsvarer 13 000 skader pr. 1000 innbygger pr. år, hvilket står i grell kontrast til Tellenes funn tilsvarende 177 skader pr. 1000 innbyggere pr. år i en normalbefolkning på Værøy (5). Ved bedre trening og opplæring skulle skadetallet blant speiderne kunne reduseres markert.

PLANVURDERING.

Resultatene fra denne registrering godtgjør at det er behov for en organisert helsetjeneste under

storstevner. Den etablerte helsetjenesteorganisasjon fungerte tilfredsstillende alle de tre stedene, og dimensjoneringen av tjenestene dekket etterspørselen. Tilfredsstillende næringsmiddelkontroll, sanitærtekniske og miljøhygieniske forhold er nødvendig for epidemiforebygging. Det registrerte sykdomspanorama skiller seg lite ut fra normalbefolkningens når unntas det som følger av spesielle aktiviteter. Foreliggende data tilsier at 1 % av deltakerne ved storarrangementer vil søke lege daglig.



Speiderleir gir mange gleder og utfordringer - og noen sorger som en god helsetjeneste kan lindre.

I denne undersøkelsen ble helsetjenestene delfinansiert ved trygderefusjonene for utførte legetjenester. Etter 1984 er det vesentligste av disse midlene lagt inn i rammetilskuddet til kommunene. Gjeldende regler for rammetilskudd mv. tar ikke hensyn til den merbelastning et storarrangement representerer for en kommunes helsetjeneste. Etter 1984 er det kommunen som har plikt til å organisere og finansiere slik helsetjeneste etter lov 1-4 og 2-1 i kommunehelsesloven. En arrangør bør derfor på et tidlig tidspunkt, av hensyn til de kommunale budsjett rutiner, ta opp spørsmålet om organisering og finansiering av slike helsetjenester med kommunen.

Ved landsskytterstevnet organiserte distriktshelsetjenesten virksomheten og bemannet den med frivillige. Legene dekket dette på toppen av distriktets øvrige etter-

spørsel.

På speiderleirene arbeidet alt personell gratis og helsetjenesten var organisert uavhengig av det lokale tilbud i kommunen. Vertskommunene ville ikke hatt mulighet til å dekke opp denne ekstra etterspørsel uten å begrense tjenestetilbudet betydelig. Det ville medført hjemsendelse av flere som var syke bare 1-3 dager.

SAMMENFATNING.

Undersøkelsen støtter oppfatningen om at leirarrangementer med over 1000 deltakere bør ha en egen helsetjeneste dimensjonert til å ta hånd om 1 % av deltakerne daglig.

Ved siden av nødvendig lege- og sykepleiertjeneste bør det være en enkel sykestue med minimum 1-3 senger pr. 1000 deltaker. Tilgang til avtrede og vask er nødvendig og isolasjonsmulighet ønskelig. Døgnbemanning er nødvendig, men dette kan dekkes opp av førstehjelpere forutsatt betryggende bakvaktordninger. Denne undersøkelse viste at oppholdet i sykestua varte 1-3 dager og muliggjorde fortsatt leirdeltakelse istedenfor hjemsendelse.

Det er nødvendig å kunne sy og stelle sår og ønskelig å kunne gjøre urin micro og sette opp en SR.

Tilgang til tannlege, apotek og næringsmiddelkontroll bør være avtalt. Drikkevannsforsyning, sanitær- og miljøhygieniske tiltak forøvrig så som renovasjon, må være organisert i samråd med kommunens helsetjeneste og

LITTERATUR.

teknisk etat. Erfaringene fra disse tre arrangementene viser at egen leirhelsetjeneste avlaster kommunehelsetjenesten. Lederne avlastes for ansvar og et merarbeid som ellers ville gå på bekostning av de friske leirdeltakerne.

Takk til distriktslege Torbjørn Kvernberg og spesialsykepleier Elisabeth Gundersen for opplysninger om henholdsvis Landsskytterstevnet og Landsspeiderleiren.

1. International Classification of Health Problems in Primary Care. (WONCA's forkortede diagnoseliste). Norsk utgave 1977 ved Bent Guttorm Bentsen.
2. Brekke D: Behovet for øyeblikkelig legehjelp i allmennpraksis, forholdet mellom by og land. Stensil. Nordiska Helsovårdhøgskolan. Göteborg 1980.
3. Fugelli P: Helsetilstand og Helsetjeneste på Værøy og Røst. Universitetsforlaget. Oslo 1978.
4. Becker-Christensen F: Køge Lægevagt. Ydelsesproduktion og sygdomspanorama. FADL's Forlag: København 1982.
5. Tellnes G & Fugelli P: Skader og skadeforebyggende arbeid i lokalsamfunnet. Tidsskr Nor Lægeforen 1981, 101. 1454-7.

TABELL 1.

Helsetjenester på leir. Registrerte legekontakter.

	Lands speider leir	Fylkes speider leir	Landsskytterstevne Sivile	Militære
Gutter	-	39	73	52
Jenter	-	47	27	-
Sum syke	1049	86	100	52
Sum deltakere	18000	900	ca 10000	400
Varighet i dager	7	8	7	7
Prosent syke	5,8	9,6	1	13
“ “ pr. dag	0,8	1,2	0,1	1,9

TABELL 3.

Helsetjenester på leir. Antall personer innlagt i sykestue og sykehus.

	Lands- speider- leir	Fylkes- speider- leir	Lands- skytter- stevne
Innlagt i sykestue	64	8	4
Innlagt på sykehus	1	0	5
Sum innlagte	65	8	9
Prosent av antall legekontakter	6	9	6

TABELL 2.

Helsetjenester på leir. Prosentvis fordeling av diagnosene. Registrert en diagnose pr. legekontakt.

	Lands speider leir	Fylkes speider leir	Lands skytter stevne
010 Infekt. og parasitt. sykd.	<1	-	<1
050 Mentale sykdommer	-	-	3
060 Nerves. og sanseorg. sykd.	10	13	8
070 Hjerter-karsyst. sykd.	-	-	<1
080 Luftveienes sykdommer	10	27	29
090 Fordøyelsesorg. sykd.	9	4	17
100 Urogenitale sykd.	<1	-	<1
120 Hudens sykd.	7	-	-
130 Muskel-skjelettsyst. sykd.	13	15	8
160 Symptomer og obs. tilf.	12	-	9
170 Skader mv: brudd	-	1	-
forbrenninger	5	<1	-
sår	27	17	17
insektstikk	5	21	6
forgiftn. (huggormbitt)	<1	-	<1
190 Sos. probl. og mistilpasn.	<1	<1	<1
N=100 % =	1049	86	152

TABELL 4.

Landsspeiderleiren. Innleggelser ved sykestua. Registrert en diagnose pr. innleggelse.

Diagnose eller symptom	Antall
Appendicit, post operativt	1
Asthma	2
Besvimelse - commotio	6
Conjunktivitt	1
Epilepsi	3
Feber	14
Gastroenteritt	7
Halsonde	5
Hodepine	6
Huggormbitt	1
Salpingitt	1
Seneskade	1
Urticaria	1
Vaginalblødning	2
Vannkopper	2
Diverse	11
Sum	64

TABELL 5.

Fylkesspeiderleiren. Fordeling av tiltak til 86 pasienter.

Råd	86
Bandasjering	39
Suturering	11
Medikamentell behandling	38
Innlagt observ. sykestua	8

Sorbangil®

isosorbiddinitrat

NYHET

Sorbangil® kan nå gis 2 ganger pr. døgn ved angina pectoris profylakse

Nitropreparat

TABLETTER: 5 mg, 20 mg

Hver tablett inneh.: Isosorbidi dinitras 5 mg resp. 10 mg, 20 mg og 40 mg, const. q.s.

Egenskaper: Klassifisering: Organisk nitratester med virkning på brystsmertorårskaet av koronar hjertesykdom. Sannsynlig virkningsmekanisme: Sulfhydrylgrupper i den glatte muskulaturs «nitratreseptorer» reduserer organiske nitratester, og dette gir relaksasjon av glatt muskulatur. Den tonusnedsettende effekten reduserer således den venøse tilbakestrømmingen til hjertet og hjertets arbeid minskes. Dette bedrer det misforhold som foreligger mellom hjertets oksygen-behov og -tilførsel. Dermed reduseres eller forsvinner anginoide smertor. Hjertets arbeid under svikt blir mer effektivt når fylningstrykket minsker. Ved oppstartning av behandlingen senkes også det arterielle trykk. Effekten er forbigående og gir liten vedvarende reduksjon av det arterielle trykk. Absorpsjon: Effekten inntreffer like hurtig som etter tilførsel av nitroglysering dersom man tygger tablettene, og effekten opprettholdes i 2-3 timer. Ved profylaktisk bruk skal tablettene svelges hele, da effekten på denne måten varer lenger enn når tablettene tygges. Metabolisme: Denitreres raskt ved hjelp av glutathion - organiske nitrat reductase - i lever. Utskillelse: Hovedsaklig i urin av de aktive metabolittene.

Indikasjoner: Angina pectoris. Hjertesvikt.

Kontraindikasjoner: Hypotensjon. Alvorlig anemi. Øket intrakranielt trykk. Nitratintoleranse. Cerebral arteriosklerose.

Bivirkninger: Blodtrykksfall, «flushing» og hodepine minsker vanligvis etter få dagers bruk eller etter dosereduksjon.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises hos pasienter med mekanisk obstruksjon av blodstrømmen, spesielt ved aorta- eller subaortastenose. Pasienter med akutt sviktende høyre ventrikel kan få kraftig blodtrykksfall av nitratester. Både start og seponering av behandling med høyere doser bør skje over noen dager. Kortvarig nedsatt effekt/toleranse kan utvikles ved hyppig eller høy dosering. Mekanismen er trolig forbruk av sulfhydrylgrupper i nitratreseptorene.

Interaksjoner: Nitropreparat i kombinasjon med alkohol kan gi utvidet hypotensjon som følge av vasodilatasjon. Barbituratmedikasjon kan øke metaboliseringshastigheten pga. enzyminduksjon. Metaboliseringen er glutathionavhengig - og inntak av større mengder organiske nitrat kan tømme leverens glutathionlagre og derved forsinke inaktiveringen i betydelig grad.

Dosering: Angina pectoris: Individuell. Som Profylakse: 10-40 mg 2-3 ganger daglig. Dosen bør fordeles slik at en symptomfri del av døgnet får et nitratfritt inter-

vall, for eksempel ved at siste dose tas før kl. 17. Hvis nattlig angina er et problem, kan det nitratfrie intervall legges til ettermiddagen. Tablettene svelges hele i forbindelse med måltid. Kupering av antall: 5-10 mg (tablettene tygges istykker og beholdes i munnen). Hjertesvikt: Individuell. Vanligvis 20-40 mg 3 ganger daglig. Tablettene svelges hele i forbindelse med måltid. Høyere dosering kan av og til være nødvendig for å oppnå ønsket effekt. For å unngå nitrohodepine kan det være nødvendig å begynne med noe lavere startdose og siden øke dosen gradvis til ønsket effekt.

Pakninger og priser:	5 mg	100 tabl.	kr. 35,40
		250 tabl.	kr. 64,40
	20 mg	100 tabl.	kr. 123,70
		250 tabl.	kr. 256,50

T: 12

688 E-Trykk a.s.

KabiVitrum



Ved diaré hos barn og voksne



GEM COLLETT
Glukose-elektrolyttmikstur

NY SAMMENSETNING

HELT UTEN SMAK

Pakningsstørrelse :
5 poser á 30 g

DIETTSKJEMA :
Kan fåes ved henvendelse
til oss.

DOSERING: Tallene nedenfor kan tjene som veiledning for dosering:

De første 6 timer gis: Vedlikehold pr. døgn:

VEKT	VOLUM	VOLUM
Under 5 kg	2,5 - 4 dl	4 - 7 dl
5 - 10 kg	4 - 8 dl	6 - 13 dl
10 - 15 kg	8 - 12 dl	10 - 20 dl
over 15 kg	12 - 16 dl	18 - 25 dl

Behandlingen bør vare inntil diaréen opphører, dvs. Vanligvis i 2-4 døgn.

**BØR VÆRE MED PÅ
SYDENTUREN.**



Collett-Marwell Hauge
Farmasøytisk a.s

Drammensveien 852, 1370 ASKER - Tlf. (02) 78 30 60

FERRO - RETARD COLLET

(ferrosulfat 100 mg Fe⁺⁺)



VELDOKUMENTERT EFFEKT
ved jernmangel.

PROFYLAKTISK hos gravide,
blodgivere og ventrikkelsecerte.

Pakninger :

Trykkpakning 2×20 tabl.

Glass 100 og 250 tabl.

For øvrige opplysninger,
se felleskatalogen.



Collett-Marwell Hauge
Farmasøytisk a.s

Drammensveien 852, 1370 ASKER - Tlf. (02) 78 30 60

Trimetoprim-Sulfa[®]

trimethoprim sulfamethoxazol

Indikasjoner:

Urinveisinfeksjoner og infeksjoner i øvre luftveier

NY TABLETTFORM

**Mindre kapsel-
formet tablett**

**Enklere tablett-
inntak**



KabiVitrum



Trimetoprim-Sulfa «KabiVitrum»

TRIMETHOPRIM OG SULFONAMID

Mikstur: 100 ml inneholdt: Trimetoprim 0,8 g, sulfamethoxazol 4 g, sorbitol 41 g, const. e aqua purif q.s.

Tabletter: Hver tablett inneholdt: Trimetoprim 80 mg, sulfamethoxazol 400 mg.

Egenskaper: Klassifisering: Antibakterielt middel med baktericid effekt.

Det antibakterielle spektrum er bredt og omfatter både Gram-positive og Gram-negativ bakterier. Ingen effekt overfor *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycoplasma* og *Treponem pallidum*. *Pseudomonas aeruginosa* er oftest resistent. Virkningsmekanisme: Inneholder to aktive substanser trimetoprim og sulfamethoxazol som blokkerer to påfølgende enzymatiske trinn i bakterienes folysyntese. Gir baktericid virkning i konsentrasjoner der enkeltkomponentene hver for seg kun har bakteriostatisk effekt. Denne virkningsmekanisme reduserer faren for resistensutvikling, og en oppnår ofte god effekt på mikrober som ellers er resistente overfor enkeltkomponentene. Absorpsjon: Begge komponenter absorberes raskt og nesten fullstendig. Proteinbinding: Plasmaproteinbinding for trimetoprim er ca. 45 % og for sulfamethoxazol ca. 65 %. Halveringstid: Trimetoprim ca. 11 timer, sulfamethoxazol ca. 11 timer. Fordeling: Vevskonsentrasjonen av Trimetoprim er vanligvis høyere enn konsentrasjonen i plasma, f.eks. prostatavæske, saliv, sputum og vaginalsekret. Særlig høye konsentrasjoner i lungevev. I kammervann og cerebrospinal væske er konsentrasjonen tilstrekkelig for antibakteriell effekt. Maksimale serumkonsentrasjoner: Oppnås etter ca. 1–3 timer etter inntak av to tabletter, og er for trimetoprim 4,5–6,5 µmol/l og for sulfamethoxazol 130–200 µmol/l. Utskillelse: Begge komponenter utskilles hovedsakelig via nyrene. 50 % av Trimetoprim og 25 % av Sulfamethoxazol utskilles i urinen i aktiv form. Overgang i placenta: Passerer placentabarrieren. Overgang morsmelk: Kan passere over i morsmelken, men i så små mengder at det ved terapeutisk doser er liten risiko for innvirkning på barnet.

Indikasjoner: Akutte purulente bronkitter. Akutte eksacerbasjoner av kronisk bronkitt. *Pneumocystis carinii* pneumoni. Urinveisinfeksjoner. Tyfoid og paratyfoid feber. Akutt salmonellos, dersom antibakteriell terapi er indisert. Infeksjoner i øvre luftveier. Gonorrhé, når medisinske/mikrobiologiske forhold tilsier dette (penicillinallergi, resistens). **Kontraindikasjoner:** Alvorlige leverskader, blodtrykskrises og alvorlig nyresvikt hvis regelmessige kontroller av plasmakonsentrasjonen ikke kan gjennomføres. Kjent sulfamid- og/eller trimetoprim-overfømtilighet. Graviditet er en relativ kontraindikasjon. Må ikke brukes i barnets første leveuke.

Bivirkninger: Allergiske hudreaksjoner, feber, kvalme, oppkast, anoreksi og dyspepsi. Hematologiske forandringer er observert, spesielt hos eldre. Det dreier seg om trombocytopeni, leukopeni, neutropeni og sjeldent agranulocytose. Aplastisk anemi er rapportert i kretus er rapportert i sjeldne tilfelle.

Forsiktighetsregler: I tilfelle hvor det foreligger sterkt nedsatt nyrefunksjon skal dosen reduseres eller intervallene forlenges for derved å unngå en kumulativ effekt. Det anbefales å bestemme plasmakonsentrasjonen av sulfamethoxazol i slike tilfelle. Følgende doseringsskema anbefales:

Kreatinin-clearance	Serumkreatinin	Dosering (normaldosering for voksne) er 2 tabl. hver 12. time.
Normalverdi: 70–130 ml/min.	Normalverdi: 45–115 µmol/l	
> 25 ml/min.	< 320 µmol/l	Normaldosering
25–15 ml/min.	320–405 µmol/l	Normaldosering i 3 døgn, deretter 2 tabl. hver 24. time så lenge kontrollanalysen tillater.
< 15 ml/min.	> 405 µmol/l	For ytterligere undersøkelser utført, skal prep. kun gis til pasienter som får regelmessig dialysebehandling. Standarddosen er 2 tabl. hver 24. time så lenge kontrollanalysen tillater.

Kontrollanalyse: Totalkonsentrasjonen av sulfamethoxazol i plasma bestemmes 12 timer etter tablettinntaket hver 3. behandlingsdag. Plasmakonsentrasjonen bør ikke overstige 600 µmol/l. Ved langtidsbehandling bør blodbildet kontrolleres regelmessig. Behandlingen seponeres straks hvis det opptrer eksantem eller blodforandring.

Interaksjoner: (I: 64e, sulfonamider).

Dosering:

Mikstur: barn:

6 uker–5 mndr.	½ måleskje (2,5 ml)	2 × daglig
6 mndr.–5 år	1 måleskje (5 ml)	2 × daglig
6–12 år	2 måleskjeer (10 ml)	2 × daglig

Tabletter: voksne og barn over 12 år:

Standarddosering	2 tabletter	2 × daglig
Langtidsbehandling (utover 14 dager)	1 tablett	2 × daglig
Høyeste dosering (i særlig alvorlige tilfelle)	3 tabletter	2 × daglig
Barn 6–12 år	1 tablett	2 × daglig

Gonore:

Standarddosering	4 tabletter	2 × daglig i 2 dager
Alternativt	5 tabletter	2 × daglig i 1 dag

***Pneumocystis carinii* Pneumoni:** ¼ tablett pr. kg legemsvekt fordelt på 4 døgndoser.

Korttidsbehandling av ukomplisert cystitt hos ikke-gravide kvinner: 2 tabl. 2 × daglig i 3 dager.

Ved akutte infeksjoner bør det doseres i minst 5 dager eller inntil pasienten har vært fri for symptomer i to dager.

Overdosering/forgiftninger: Symptomer: Kvalme, brekninger, svimmelhet, forvirringstilstander. Behandling: Symptomatisk. Kalsiumfolinat motvirker eventuelle påvirkninger av benmargen. Både Trimetoprim og Sulfamethoxazol kan dialyseres ved hemodialyse.

Andre opplysninger: Trimetoprim kan innvirke på serum/plasmakreatininbestemmelse hvis alkalisk pliktratereagens nyttes. Kombinasjonen benevnes i internasjonal litteratur ofte Co-trimoxazol.

KabiVitrum



Adresse: Postboks 22
Nesbruveien 33, 1362 Billingstad

Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

Pakninger og priser:

Tabletter 12 stk.	kr. 31,40
Tabletter 20 stk.	kr. 45,20
Tabletter 28 stk.	kr. 55,20
Tabletter 100 stk.	kr. 175,20
Tabletter 10 x 100 stk.	kr. 1283,60
Mikstur 100 ml	kr. 32,30

Pr. 01.03.88

ELDREUNDERSØKELSE UTFØRT AV TURNUSKANDIDAT I DISTRIKT



*Hovedforfatter:
Gunnar Rusten f.
1952. Arbeider
for tiden ved
Høybråten lege
kontor, p. b. 65
Høybråten,
1005 Oslo 10.*

*Medforfatter: Fredrik Clausen f.
1946. Cand. med. 1973. Spesia-
list i samfunnsmedisin 1986,
allmennpraktiker dNLF 1985.
Kommunelege II/helsesjef i Rælin-
gen fra 1981.*

Helse- og sosialstyret i Rælingen kommune ønsket en begrenset undersøkelse blandt de eldre i kommunen, som ledd i planlegging av tiltak for de eldre. Dette ble fulgt opp av en tverrfaglig gruppe bestående av helsesjef, sykepleiesjef, ledende helsesøster og turnuskandidat. 35 eldre over 75 år bosatt i Rælingen ble intervjuet og undersøkt av turnuskandidaten i sine hjem i tiden 7/5 - 30/7/86. I denne tiden var det avsatt ca. 1 arbeidsdag pr. uke til undersøkelsen.

PROBLEMSTILLING.

Hensikten med undersøkelsen var flersidig. I følge Helsedirektoratets målbeskrivelse bør turnuskandidaten i distrikt ha en spesialoppgave (1). Man forsøkte å finne en begrenset oppgave som både turnuskandidaten og kommunen kunne ha nytte av å få utført. Både for de eldre og for kommunen er det ønskelig å forebygge institusjonsplassering. Kommunene skal 1/1/89 overta det fulle ansvar for sykehjemmene. Økonomisk sett er det trolig besparende å ruste opp de eldres egne boliger og å bygge egnede boliger. Dette sammen med satsing på hjemmehjelp/hjemmesykepleie i tillegg til andre

tiltak i nærmiljøet, kan bidra til å holde de eldre lengre hjemme og redusere innleggelse i institusjon. I intervjuet ble det foruten boligens beskaffenhet lagt vekt på å kartlegge omsorgsarbeid fra familien, bruk av helsetjenester, medisinbruk og livsvaner. Den forenklete kliniske undersøkelse tok sikte på å diagnostisere vanlige, men ikke sjelden ubehandlede lidelser hos eldre.

MATERIALET.

Det ble sendt brev til alle de 120 hjemmeboende eldre over 75 år i et valgdistrikt i kommunen. Tidligere undersøkelser har vist at det største medisinske hjelpebehov finnes i gruppen over 75 år (2). Det ble tilbudt gratis hjemmebesøk med samtale og legeundersøkelse. 36 meldte sin interesse. 35 fikk hjemmebesøk, 1 døde før besøket var gjort. Det var 25 kvinner og 10 menn. Pga.

den lave svarprosenten er representativiteten i materialet usikker. Av erfaring fra tidligere undersøkelser er det sannsynligvis økt sykkelighet og dårligere sosiale og bomessige forhold i gruppen som ikke svarte.

METODE.

Undersøkelsen var delt i to, et intervju og en klinisk undersøkelse. Intervjuet hadde faste svaralternativer for senere databehandling. Den kliniske undersøkelsen bestod av: måling av blodtrykk og puls, auskultasjon av hjerte og lunger, undersøkelse med tanke på ødemer og ulcus cruris og måling av øyetrykk etter Schiøtz's metode. Det er kjent at det ikke sjelden er udiagnostiserte øyesykdommer hos eldre (3). Den kliniske undersøkelsen var enkel, men det kan være liten gevinst ved å gå særlig grundigere tilverks på dette felt (4).

RESULTATER.

Som ventet var andelen av menn med ektefelle og enker høy. (Tabell 1)

Tabell 1.	N	%
Enker	20	80
Giftede menn	9	90

Et betydelig omsorgsarbeid ble utført av den nærmeste familie. (Tabell 2)

Tabell 2.	N	%
Generasjonsbolig/huset ved siden av familien	24	69
Daglig familiekontakt	27	77

Det er påfallende mange som har daglig familiekontakt, hele 77 %. Mye av forklaringen er nok den utstrakte bruk av generasjonsbolig, 69 %.

Bruk av hjemmesykepleie og hjemmehjelp. (Tabell 3).

Tabell 3.	alle		gifte menn		gifte kvinner		enker	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hj.s.pl.	8	23	0	0	0	0	8	40
HJ.hjelp	13	37	1	11	1	20	10	50

Forskjellen i bruk av hjemmehjelp/hjemmesykepleie var liten mellom kvinner og menn, men stor mellom gifte og enker / enkemenn. Dette kan tolkes dithen at eldre i parforhold selv klarer å utføre de nødvendige pleie- og omsorgsoppgaver for hverandre.

Boligens beskaffenhet. (Tabell 4).

Vanskelig adgang		Bor i kjeller eller 2. etg.		Ikke bad/WC		Ikke separat soverom	
N	%	N	%	N	%	N	%
13	37	15	42	3	9	3	9

Det må bemerkes at flere av boligene ikke tilfredsstillet de eldres behov. En forbedring her vil kunne bedre livskvaliteten hos de eldre og forebygge/utsette institusjonsplassering.

Helse.

Fast lege		Karakteristikk av egen helse som god		Ikke lege siste år.		Faste med.	
N	%	N	%	N	%	N	%
27	77	14	40	9	26	28	80

Som ventet hadde det store flertall fast lege. Det må dog bemerkes at et betydelig antall ikke hadde konsultert lege siste året. Gledelig var det at hele 40 % karakteriserte sin egen helse som god.

KLINISK UNDERSØKELSE.

Som nevnt var den kliniske undersøkelsen relativt enkelt lagt opp. Ikke uventet fant man declive ødem hos ca. 1/3 av de eldre. Det må sies å være overraskende at ingen var plaget med ulcus cruris.

TONOMETRI.

3 av de eldre ble behandlet for glaukom, en mangelfullt. Ett tilfelle av glaukom ble oppdaget.

Trykk: hø. øye 42,1 mm Hg, ve. øye 35,8 mm Hg. Det ble funnet synsfeltutfall a. m. Donder. Pasienten ble behandlet på Rikshospitalet. Epikrise: Glaukoma capsulare med randekskaverte papiller og synsfeltutfall. Det ble også funnet en pasient med grensetrykk som ble henvist til sin faste lege for oppfølging.

DISKUSJON.

Turnuskandidaten i distrikt bør utføre en spesialoppgave i løpet av det halve året turnusen varer. Dette er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger. Uten å ha gjort noen undersøkelse på dette felt, må det kunne hevdes at arbeidsoppgavene for mange turnuskandidater begrenser seg til

kurativ praksis på kontor og evt. noe forebyggende medisinsk arbeid i form av helsestasjon eller skolehelsetjeneste. Å finne fram til en oppgave av begrenset omfang som denne eldreundersøkelsen er et eksempel på, kan virke berikende på det utbytte kandidaten får av sin distrikts-turnus.

I tillegg vil en oppgave av denne art kunne gå inn som et ledd i kommunens helseplaner. Denne us. ble for oss en kraftig påminnelse om nødvendigheten av øyetrykksmålinger. For eksempel bør tonometri innføres som fast rutine ved legeus. av de eldre. En stor andel av de us. hadde utilfredsstillende boligstandard. Nesten halvparten bodde i kjelleretg. eller 2 etg. Dessuten manglet ca. 10 % bad/WC og separat soverom. Dersom en del av målsettingen med eldreomsorgen er å beholde de gamle og syke lengst mulig i sine hjem, bør boligen for de eldre vies større oppmerksomhet, både med hensyn til planlegging og økonomiske virkemidler.

En interessant effekt av undersøkelser blandt de eldre er kommet fram i et dansk arbeid (5). Uten at man med sikkerhet kan si hva det kommer av, ser det ut til at regelmessige hjemmebesøk, selv i forskningsøyemed, reduserer mortaliteten og antall institusjoninnleggelse i undersøkelsesgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.

LITTERATUR.

1. Rundskriv fra Helsedirektoratet: Målbeskrivelse for turnustjenesten for medisinske kandidater. IK-34/85.
2. Bjertnes. Aa: Effekten av oppsøkende helsetjeneste for eldre i helse- og sosialdistrikt 4 - Trondheim - 1983.
3. Slagsvoll. J.E: Øyeomsorgen blandt eldre. T. n. l. 1983; 106: 1369-71.
4. Romøren. T. I: Helsekontroll for eldre T. n. l. 1982; 102: 1870-73.
5. Hendriksen, C. et al: Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. BMJ. 1984; 289: 1522-1524.

ENSOMHET

Hva har det med medisin å gjøre? Hør hva Karin Sveen lar dr. Ås uttale i boka "Kvinnen som forsvant" - boka om Tone, hvis "diagnose" er ensomhet: (s. 198). "Og ensomhet er ikke en sykdom, fortsatte han, det er et samfunnsproblem. Men ikke desto mindre havner dette samfunnet i våre senger, og vi må sende lidende mennesker tilbake til deres tomme leiligheter, overlate

dem til seg selv og håpe at ikke de verste ting skjer. Vi er leger og psykologer og kan lite gjøre. Vi er kvalifisert for arbeid med sykdom, og vet snart ikke lenger hva helse er. Kanskje fravær av ensomhet, opphør av isolasjon. Nesten halvparten av befolkningen bor alene, og myndighetene ter seg som om vi levde i femtidrener. Jeg er psykiater, og ville gjøre vold både på klienter i situasjoner som

din, og på meg selv, dersom jeg valgte å definere ensomhet som sykdom. Da er min siste rest av samfunnsforståelse forsvunnet, og min menneskelighet brakt til opphør. Da burde granskingskommisjoner nedsettes for å undersøke hvem vi holder innlagt bak sykehusets murer".

Les Per Isdahl's artikkel om temaet: ENSOMHET:



Per Johan Isdahl f.1946. Sjefspsykolog ved Oslo Hospital. Spesialist i klinisk psykologi. Utdanning i helse- og

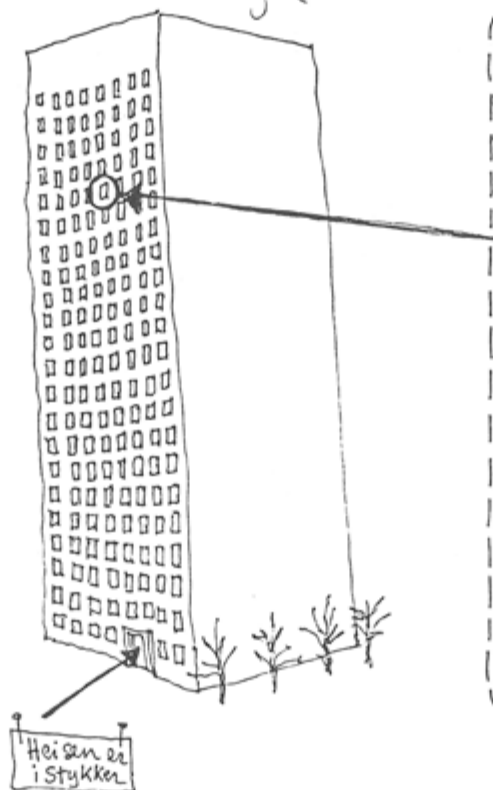
sosialadministrasjon ved London School of Economics. Utdanning ved Institutt for Psykoterapi.

FORMER FOR ENSOMHET.

Ofta vil samtaler om intimitet og dens variasjoner kunne si vesentlige ting om en av intimitetens motpolarer, ensomhetsopplevelser. I denne sammenheng skal vi fortelle direkte om ensomhetsopplevelser slik de framtrer hos pasienter.

For det første har moderne samfunn det strukturelle trekk at kollektive samværsformer uttæres og forsvinner. Det konstateres fravær av situasjoner hvor enkeltindividet kan gå opp i en meningsfull sammenheng utover seg selv. Individets største utfordring er å komme unna denne strukturelle føring. Både teorier og empiriske undersøkelser bekrefter denne tendens. Ensomhetsperiodene er en belastning i livet. Permanent ensomhet er dødelig, tragisk og et opprørende spill av menneskelige muligheter uansett når i livet den forekommer. Helsevesenet søker som alltid å løse problemer skapt andre steder.

"Ensomhusen"



Ja, ordtaket "for lite for sent" passer utmerket på hva terapeuter foretar seg ovenfor masseensomheten. Ensomhetserfaringer er en naturlig del av livet. Dessuten er mange ensomhetssituasjoner selvvalgte som nødvendig forutsetning for kreativt arbeid eller ritualer for fornyelse, endring og overgang.

Det vil være ensomhet skapt av strukturelle forhold ved samfunnet, som krigssituasjoner og



flyttinger og deres individuelle nedslag, som er viktig for oss her. Dessuten ensomhet ved de klassiske psykiatriske lidelser. Emosjonell isolasjon er et fenomen som en kan arbeide med psykoterapeutisk. Vedvarende ikke-ønsket sosial isolasjon presser individets tilpasningsreserver og kan lede til sammenbrudd og hjelpeløshet. Ensomhet p.g.a en dramatisk endring i sosial rolle, for eksempel ved sykdom, er et vanlig

forekommende fenomen. Den kan avhjelpes med en psykologisk behandlingsmåte. Et eksempel kan være klargjørende:

SJENANSE.

De personer som plages av sjenanse er svært ofte ensomme. Sjenansen må overvinnnes før personen fritt kan nå fram til andre mennesker. For meg ser det ut til at mennesker som er sjenerte, har en tendens til å finne partnere som er like sjenerte. Det oppstår da en isoleringsdynamikk i parforholdet. Sjenansen får en selvforsterkende effekt. Sjenansen bør dermed avhjelpes så raskt som mulig. Det er her viktig at en helsearbeider ikke lar være å arbeide for endringer, og ikke lar seg lamme av forestillingen om psykiatrisk ekspert-kurering. Det vil si at kur bare kan skje gjennom en omfattende og dyptgripende analytisk terapi. En må unngå mystifisering av hva som skaper endringer for folk med problemer. Det er mange veier til ulike mål.

Essensielt er å inngi pasientene håp om at endring er mulig via deres egen innsats i den aktuelle situasjonen. Jeg har funnet det fruktbart å se på voksne mennesker også som sjenerte, ikke bare barn og ungdom. Arbeidet med de voksne kan være et sekundært forebyggende arbeide, i og med at barna deres da kan unngå å ha sjenerte foreldre som modeller.

Sentralt i sjenansen finner vi redselen for å framstille seg sosialt. Det er ofte viktig å arbeide med aggresjoner og å motvirke mangel på selvhevdelse. Et eksempel på en prosedyre er følgende:

Lag et problemhierarki sammen med pasienten etter at du er blitt kjent med henne. Dette skjer via en skisse av livsløpet, og ved at pasienten inngår en kontrakt med seg selv om å skulle forandre seg selv og sin situasjon. Kontrakten skildrer detaljene i hvordan dette skal skje. Den inneholder også en beskrivelse av hva pasienten skal gjøre når hun står fast og ikke vil

kaste seg utpå for å møte de oppsatte utfordringer. Det å forbli ubevegelig må ikke langsomt betale seg i form av en sekundærgevinst. Mulige fluktmåter taes direkte opp på en ikke-straffende måte. Dessuten må vi gjenta at problemene må løses etter hvert - vi kan ikke løse alle samtidig. De letteste problemene bearbeides først. Går det bra får pasienten blod på tann og får lyst til å endre på andre ting i sin situasjon. Terapi kan være underholdende også for den det gjelder! Pasienten får lyst til å endre seg. For eksempel kan en starte en sjenanse-behandling ved å trene på å snakke i telefonen. Videre kan en endre seg klesmessig til å bli litt mer elegant. Stemme-volumet trenes på i anonyme situasjoner: snakk høyt og tydelig ved kjøttdisken på Domus. Et vanlig trinn i et terapihierarki er å trene på å gi og ta imot komplimenter. Å trene på å se folk i øynene og å ikke la seg avbryte hele tiden er også en bøyg for mange. Begynnelsen på samtaler er ofte angstvekkende, særlig om man ikke har noe å si. Altså skal en trene på å ha noe å fortelle. Det er likeså viktig å kunne si farvel - og si at det har vært fint å være sammen. For "viderekomne" tar man opp avtalenes subtile logikk og kunsten å tilpasse sine forventninger til den andres forventninger, uten å ødelegge det positive i situasjonen. For personer som har vært ensomme lenge er dette meget vanskelig - de har sine lengsler sterke krav i seg hele tiden. Videre vil selvhevdelse og konfliktmestring stå på dagsordenen.



All trening skjer i realiteten in vivo.

En sjenanseterapi viser til det essensielle ved ensomheten: spenningsforholdet mellom selvstendig enetilværelse og utviklende intimitet. Mangelen på sosiale ferdigheter preger ikke bare den sjenerte, men også den som har levd lenge isolert. En liknende framgangsmåte kan brukes også i slike behandlinger ved langvarig isolasjon som ikke er ønsket. En vanske underveis er at pasienten kan komme til å investere for meget i nyetablerte forhold, og ikke være i stand til å tåle eventuelle tidlige brudd i en relasjon. Tempoet og "timingene" i en relasjonsutvikling må taes opp i terapien underveis.

EN GENERELL MOMENTLISTE I ARBEIDET MED ENSOMHETSERFARINGER.

Ensomhet er en smertefull del av pasientens liv, og det er viktig å spørre om disse sidene av livet i et bredt orienterende intervju. Vi vet at ensomhet er en permanent belastning, dersom den er langvarig og ikke-ønsket.

I primærhelsetjenesten er det nærliggende å vurdere ensomhetsopplevelser ved psykiatriske problemer og ved somatiske sykdommer. Rolf Berg Larsen skisserer i en artikkel fra 1974 hvordan pasientens tidligere erfaringer i livet generelt, og sykdomserfaring spesielt, vil bestemme pasientens reaksjonsmønstre. (side 63) "En mann i 60-årene som ble henvist meg p.g.a depresjon, benekter selv denne opplevelse inntil han etter et par timers samtaler plutselig begynte å gråte. Da kunne han fortelle om sin stadig økende følelse av ensomhet. Han hadde følelsen av at arbeidet var tatt fra ham, hans kone hadde tatt "maten" fra ham, familien tillot ham bare å sitte i en stol. Ut fra de beste anvisninger om betydningen av ro og hvile, ble han nektet all aktivitet. Isolasjon med stadig økende følelse av ensomhet og depresjon var resultatet. Også pasientens kone ble isolert, både i

sitt forhold til mannen og til familie og venner.”

Andre sammenhenger hvor ensomhetsproblemer kan ha betydning for folks valg, er i konflikter i parforhold. Ensomhetsredsel holder kanskje personer i forhold som for dem som individ er ødeleggende. Denne redsel kan hindre en i å søke utover de grenser som forholdet setter, og dermed avskjerm personene fra erfaringer som kunne endre hele situasjonen til det bedre.

Vi nevnte eksempler på en behandling av sjenanse. Det kan være effektivt å holde følgende punkter klare i hodet i arbeidet med ensomhetsproblemer:

1. I samtale om pasientens liv spørres det etter hvem som har vært de viktigste personene for ham eller henne. Det nære persongalleri gir et inntrykk av intimitetsrelasjonene og hvordan

pasienten har levd i forhold til disse relasjonene.

2. Neste område som dialogen dreier seg om, kan være forholdet mellom det oppnådde og det ønskede av vennsforhold. Nettopp i det ønskede ligger styrken av pasientens bevegelse henimot andre og ut av en fastlåst situasjon.

3. I løpet av dialogen må terapeuten gi figur til personens ulike ensomhetserfaringer. Ensomhetserfaringenes kjerne er å bli avskjermet fra meningsfulle mellommenneskelige forhold. Den enkelte pasientens unike ensomhetserfaringer bør tre tydelig fram for begge i dialogen, og graden av pessimisme og håpløshet bør erkjennes før man antyder en måte å arbeide på sammen med pasienten. Det er muligheten for ønskede relasjoner og fantaserte farer ved disse som skal fokuseres på i en startfase av terapien. Hvilke trivielle forhold er pasienten inne i, hvilke er dype og vedvarende?

Terapeutens huskeliste her er slik:

- a) Tilknytningens art, trygghetsaspektene, graden av involvering.
- b) Hvor mye deles aktiviteter mellom personene reellt? Det kan være et misforhold mellom det en tror en gjør sammen og det en faktisk gjør. Få folk til å kartlegge dette grundig. Den ensomme er kanskje ikke så ensom som han eller hun framstiller seg for legen?
- c) Vedvarer forholdet? Faser i utviklingen.
- d) Hvor uforbeholdent synes pasienten å leve i sine forhold og hvordan forhandler pasientene om goder for seg selv? Altruistiske sider ved forholdene pasienten lever i.
- e) Får pasienten hjelp, råd, omsorg, kroppslig nærhet og hva gir pasienten av dette i sine relasjoner? Det er i løpet av den strukturerte samtale om relasjoner at en måte å hjelpe pasienten på trer fram - vi deler med pasienten våre synspunkter på forholdenes kvalitet, og samtaler om hvor utilgjengelige de ønskede relasjoner kan være for nettopp

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

denne pasienten. Terapien tar retning ut fra dette startpunktet.

4. Det ser ut til at kjønnsforskjellene slår sterkt ut i arbeidet med ensomhetsforhold. Menn trenger ofte mer grunnleggende trening i å kontakte andre, og i å utvikle vennskap enn kvinner. Det er særlig utenfor yrkeslivets grenser at dette er påkrevet. Kvinner arbeider mer med ambivalens i reellt eksisterende forhold. Menn har sterk investering i imaginære relasjoner. Det er det urealiserte og det uforståtte og uformidlete som plager dem. Ja, en ordløs fortvilelse i sin ensomhet. De ønsker å være nær uten å skulle åpne seg for "de andre". De prøver å unngå de krav dette stiller til gjensidighet. Farene ved intimitet er her ofte ikke uttalte, slik at terapeuten bør nærme seg dette uoppfordret. På overflaten kan disse pasienter oppføre seg feigt og dra seg unna mulige forhold. I denne sammenheng vil problemer som erfarnger med å bli forlatt være rele-

vante. Vi må spørre etter de tenkte og fantaserte farene ved intimitet. Dette kan være redselen for angrep på en selv, tap av kontroll og redselen for å bli røpet av en annen.

Terapeuten arbeider først og fremst med å påvirke tenkningen om ensomhetens selvforsterkende virkninger i den begynnende del av behandlingen som vi har skissert her.



LITTERATUR FOR SELVSTUDIER:

To kjernearbeider bør leses først: L. A. Peplau et al: *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, research and Therapy*. New York 1982.

Arne Fossum et al: *Sosial isolasjon i dagens samfunn*. Oslo 1974.

Kirsten Thorsens arbeider om ensomhet har jeg hatt stor glede av å lese, se for eksempel: *Ensomhet og depresjon i eldre år*. Rapport nr. 9 1983 fra Gerontologisk Institutt.

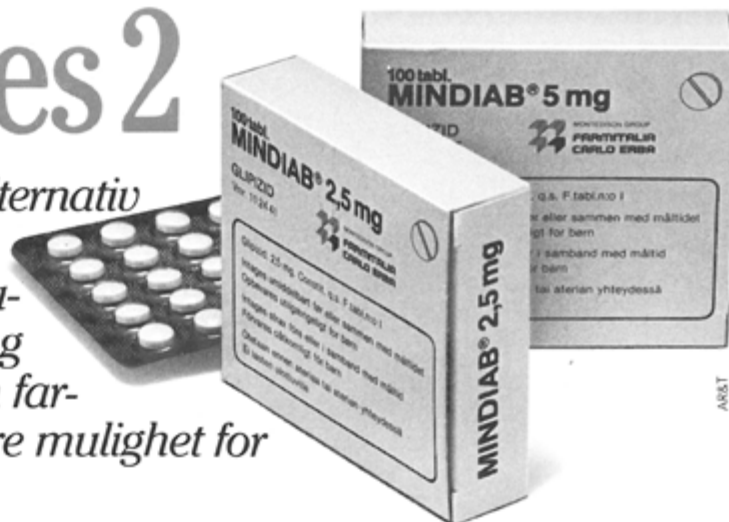
P. G. Zimbardo: *Shyness: What it is and what to do about it*. New York 1977. Den klassiske artikkelen om ensomhet i terapisammenheng er Frida Fromm Reichmanns artikkel i *Psychiatry* årgang 22 fra 1959: "Loneliness".

De literære verkene jeg anbefaler er Karin Sveen "Kvinnen som forsvant" fra 1987 og Antoine Saint Exupery: "Sanden, blæsten og stjernene" fra 1980. Dos-tojevskys "Notes from the underground" er helt uunværlig å lese for et grunnleggende studium av ensomhet og isolasjon.

En tysk terapeut gir nyttige terapeutiske anbefalinger i en bok fra 1986: *Die Angst vor Nahe*. Hans navn er Wolfgang Schmidbauer.

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[®]: Tablett 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 folgetilstander som ketoacidose, særlig prekoma 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 nausea. Allergiske hudreaksjoner. Blod-bildeforandringer: agranulocytose og trombocytopeni er i sjeldne tilfeller rapportert med sulfonyleurea-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, 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 kan variere mellom 2,5 og 15 mg daglig oppdelt på 1-3 doseringer. Tablettene bør tas ca. 30 min. før måltid.

1) *Nyinnstilling:* Gjennomføres som

regel ambulant. Passende initialdose er 2,5-5 mg daglig. Blodsukker og urinsukker kontrolleres etter 7-10 dager. Ved utilfredsstillende 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.

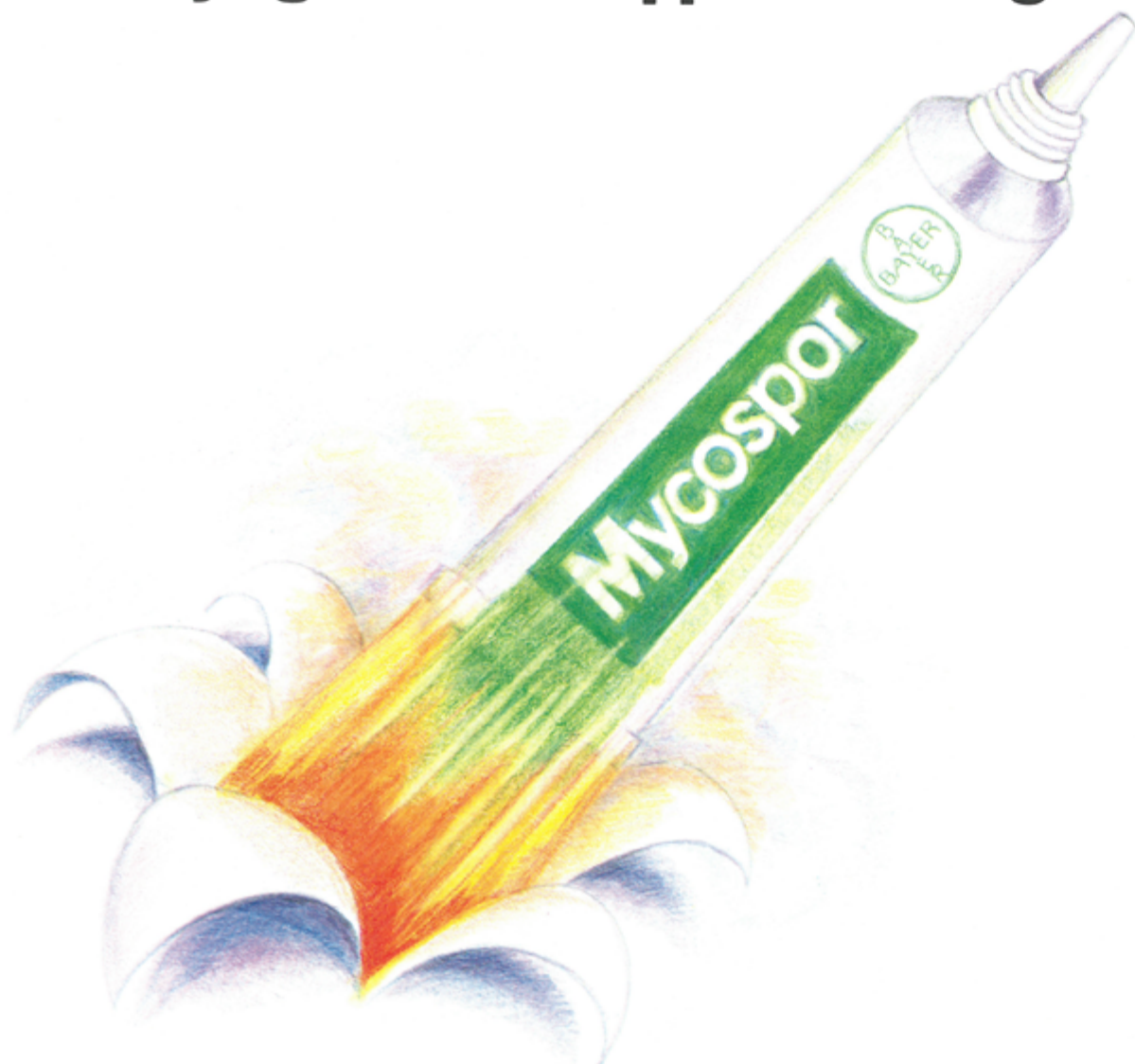
T:5

FARMITALIA CARLO ERBA

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

N · Y · H · E · T

Nå kan Bayer tilby en ny og raskere soppbehandling!



Arne Dahl & Kaland

Kun en applikasjon pr. dag fordi Mycospor absorberes hurtig.

ANTIMYKOTIKUM

KREM 1%: 1 g inneh.: Bifonazol 10 mg, sorb. monostear, polysorbat. 60, cetac. artifice., ceto-stearyl alcohol, 2-octylododecanol et alcohol. benzylic. q.s., aq. purif. ad 1 g.

EGENSKAPER: Klassifisering: Imidazolderivat til dermatologisk bruk med bredt antimykotisk virkningsspekter. Virksomt mot dermatofytter, gjær-, mugg- og andre sopparter. Ved angitt dosering har bifonazol fungicid effekt. **Virkningsmekanisme:** Bifonazol bevirker en hemming av ergosterolsyntesen, og griper inn på to forskjellige trinn. Ergosterol er en essensiell bestanddel i soppenes cellemembran. Idet tilstrekkelig høye konsentrasjoner av bifonazol i huden kan gjenfinnes mer enn 24 timer etter applikasjon, kan bifonazol doseres en gang daglig. **Absorpsjon:** Kremen penetrerer lett huden, men absorberes i meget

liten grad over i blodbanen.

INDIKASJONER: Alle dermatomykoser forårsaket av dermatofytter (Trichophyton-, Epidermophyton- og Microsporumarter), gjær- (Candida-), mugg- og andre sopparter. Pityriasis versicolor, Erythrasma. Dermatoser med sekundærinfeksjon av sopp.

KONTRAINDIKASJONER: Overfømflighet overfor bifonazol.

BIVIRKNINGER: Tolereres vanligvis godt. I sjeldne tilfeller kan en se hudreaksjoner.

FORSIKTIGHETSREGLER: Krem skal ikke komme i berøring med øynene.

DOSERING: Påsmøres tynt på de aktuelle hudområder en gang daglig, fortrinnsvis før sengetid, gnis godt inn. Som regel vil en liten mengde (1/2 cm fra tuben) være nok til å dekke en flate tilsvarende en håndflate. Behandlingen fortsettes selv

om de subjektive plagene forsvinner. Vanlig behandlingstid: Mykoser på kropp, hender og hudfolder: 2-3 uker. Fotmykoser, mykoser mellom tærne: 3 uker. Overflatiske candidamykoser på huden: 2-4 uker. Pityriasis versicolor og erythrasma: 2 uker.

ANDRE OPPLYSNINGER: Av hygieniske grunner bør huden vaskes og tørres godt før behandlingen.

PAKNINGER OG PRISER: Krem: 15 g kr. 59,30.

Bayer



KUNNSKAP OG EGENOMSORG DEN BESTE MEDISIN?

Norsk Fjernundervisning (NFU) er en institusjon under kirke- og undervisningsdepartementet som utvikler undervisningsopplegg for voksenopplæringen og skoleverket. NFU har tidligere laget flere undervisningsprogram for helse- og sosialsektoren.

I høst kommer en undervisningspakke om to av "folkesykdommene": revmatisme og diabetes. Ved disse tilstandene vil en vesentlig del av behandlingen være det pasienten selv kan gjøre i det daglige. Det er derfor viktig at det finnes tilgjengelig og god informasjon om sykdommen og hvordan man best lever med den.

DET FINNES NÅ MATERIELL TIL:

Kurs for revmatikere og deres pårørende med hovedvekt på revmatoid arthrit og morbus Bechterew.

Kurs for diabetikere og deres pårørende med hovedvekt på type 2 diabetes.

KURSENE BESTÅR AV:

- pasientbøker
- veiledningshefte for kursleder
- videogrammer
- 6 radioprogrammer, sendes i høst
- 5 fjernsynsprogrammer, sendes i høst

Norges diabetesforbund og Norsk revmatikerforbund vil arrangere lokale kurs og samtalegrupper. Andre interesserte fora kan skaffe kursmaterieil via Statens Filmsentral (pris: ca. 400 kr. for videogram, bok og veiledningshefte for ett av emnene). Bøkene kan også kjøpes i bokhandelen.

Ytterligere informasjon fåes fra:

Norsk Revmatikerforbund, Postboks 566 & Briskeby, 0209 Oslo 2, tlf. 02-557216.

Norges Diabetesforbund, Østensjøveien 29, 0661 Oslo 6, tlf. 02-654550.

Norsk fjernundervisning, Prinsensgt. 6, 0152 Oslo 1, tlf. 02-410290.

Reidun Førde.

NYTTIGE BROSJYRER FRA AMMEHJELPEN:

NÅR DU MÅ PUMPE UT MELK: av Anne Karin Paulsen, Oslo des. 1986.

AMMING AV BARN MED FUNKSJONSHEMNINGER: av Gunilla Takamatasu, Ammehjelpen Oslo, 1984.

Organisasjonen Ammehjelpen er 20 år. Denne organisasjonen har sannsynlegvis betydd svært mykje for den positive utviklinga i ammefrekvensen vi har sett dei siste åra.

I brosjyra "Når du må pumpe ut melk" av Anne Karin Paulsen blir det gitt jordnære og praktiske råd rundt ulike metodar for pumping av brystmjølk. Brosjyra forklarar sentrale begrep som utdrivningsrefleks og oxytocinvirkning. Brosjyra omtalar i detalj spesielle problem som mødre med kuvøsebarn og barn med dårleg utvikla

sugerefleks møter. Detaljerte og praktiske råd blir gitt.

Brosjyra "Amming av barn med funksjonshemninger" er skreven av Gunnilla Takamatasu. Den er oversett av ammehjelpa og utgitt med støtte av Helsedirektoratet. Brosjyra omtaler spesielle problem og kjensler som foreldre med funksjonshemma barn møter. Ulike måtar å stimulere sugerefleksen blir omtala. Likeeins ulike måtar å stimulere kontakten mellom mor og funksjonshemma barn. Spesielle problem som gulsott hos nyfødte og amming av desse barna blir gjennomgått. Brosjyra omtalar også bruk av brystglass, matting med flasker dersom mjølka kjem seint igang og amming etter keisersnitt. Problem som brekningar hos nyfødte blir gjennomgått, både brekningar som skuldast banale årsaker og meir patologiske tilstandar som pylorusste-

nose. Til slutt blir det detaljert beskrevet problem som møter foreldre med hjertebrann, Downs syndrom og barn med leppe-/ganespalte. Kvart problem blir belyst med små oppmuntrande kasuistikkar. Omgivnadens rolle blir gjennomgått, kjensler hos søsken og fedre og praktiske råd rundt heimkomst og overgangen til fast føde blir gitt. Sist i brosjyra ligg det føre ei fyldig litteraturliste.

Begge brosjyrene er letlesne og oversiktlege og supplert med små taltalende illustrasjonar. Det er imponerende og viktig arbeid ammehjelpa har gjort med desse to publikasjonane. Brosjyrane kan anbefalast som grunnlag for råd hos alle som arbeider i dette feltet. Begge brosjyrane bør såleis finnas på alle helsestasjonar.

BOKANMELDELSER



BOKANMELDELSE - NORSK OBSTETRISK KONSENSUS?

Per Bergsjø, Jan Martin Maltau, Kåre Molne og Britt-Ingjerd Nesheim (red.). Lærebok i obstetrik. Universitetsforlaget 1987. 416 s. 400,- kr.

Anmeldt av: Petter Øgar, kommunelege, 6790 HORNINDAL.

Dette er en ny, etterlengtet lærebok i obstetrik og tilgrensende områder av medisinen fra A til Å. Målgruppe for boka er medisinske studenter, jordmødre og leger i primærhelsetjenesten.

Den omhandler på tradisjonelt vis alle vesentlige sider ved det normale og patologiske svangerskap, fødsel og barseltid. I tillegg er det egne kapitler om aktuelle problemområder som f. eks. misdannelser - genetisk sykdom - genetisk veiledning, psyko-sosiale aspekter ved svangerskap og fødsel, medikamentbruk under svangerskap og barseltid, organisatoriske sider ved svangerskapskontroll og perinatal omsorg, oversikt over aktuelle lover og regelverk m.m.

Som primærlege i utkantstrøk satte jeg spesielt pris på det lille kapitlet om førstehjelp ved fødsel utenfor institusjon. En befriende nøktern og beroligende framstilling til å komme fra en professor ved en universitetsklinikk.

Boka er ikke så avskrekkende som sidetallet skulle tilsi. Det er uvanlig mange instruktive figurer og illustrasjoner. For likesinnede som alltid har hatt problemer med pilsømmer, likevidder, lange og korte rotasjoner, tror jeg problemet nå skulle kunne la seg løse.

Når emnedekningen kan være så omfattende, skyldes det en imponerende stram redigering med en gjennomført nøktern framstilling av det som må kunne kalles en norsk obstetrisk konsensus, - så langt det er grunnlag for en slik.

I mange henseender er boka lite detaljert når det gjelder praktiske prosedyrer. Faglige diskusjoner og spissfindigheter er nær fullstendig utelatt. I det store og hele er dette en god løsning, sett på grunnlag av bokas målgruppe. Imidlertid savnes da sterkt litteraturreferanser for dem som måtte ha lyst til å gå dypere i enkelte emner. Disse mangler fullstendig.

Boka har et meget godt stikkordregister som gjør den velegnet som oppslagsbok.



BOKANMELDELSE - RYDDIG LÆREBOK I PSYKIATRI

Raben Rosenberg, Jan-Otto Ottesen, Karin Dahlberg: Moderne psykiatri. Munksgaard. København 1988. 250 sider. Dansk tekst. Dansk pris: Kr.248,-.

Anmeldt av: Turid Støvring, Psykiatrisk sykepleier / lærer, rektor, Hjelpepleierskolen i Lærdal, 5890 LÆRDAL.

Forfatterne er henholdsvis 1. reservelege ved psykiatrisk avdeling, Rikshospitalet København; professor i psykiatri ved universitetet i Gøteborg, og psykiatrisk sykepleier og lærer ved Avelsborg vårdskole i Borås.

Moderne Psykiatri er beregnet brukt som lærebok for studenter i omsorgsyrker, psykologi og sosialrådgivning og for medisinske studenter, som introduksjon til psykiatrien. Den utvalgte og kommenterte litteraturen bygger på nordiske lærebøker, internasjonale håndbøker og oppslagsverk, sykepleielitteratur, forskningsmetodologi og engelske, amerikanske og skandinaviske tidsskrifter.

Boka gir oversiktlig og lett tilgjengelig overblikk over de store forandringene psykiatrien har gjennomgått de senere årene, og grunnleggende og systematisk innføring i psykopatologi, psykofarmakologi og psykoterapi, behandling og pleie. Et særlig verdifullt trekk er bokens drøfting av holdnings- og samfunnsmessige problemer og forebyggende aspekter knyttet til psykiske problemer. Innledningsvis gir boka en sammenfattet og ryddig introduksjon til grunnleggende begreper innen moderne psykiatri, så som menneskesyn, holdning, helse og sykdom.

I de følgende kapitlene kan leseren oppnå en rask innføring eller oppsummering av teorier innenfor utviklingspsykologi, psykodynamikk og innlæringspsykologi, med diagnose, forekomst, behandlingsformer, pleie og hva sekundære og tertiære forebyggende tiltak vil kunne omfatte. En konsis språkføring gjør stoffet lett tilgjengelig, og sammen med en systematisk redigering virker boka ryddig og klargjørende i et område av medisinen som ellers

kan være vanskelig tilgjengelig for målgruppen.

Moderne Psykiatri anbefales som lærebok for studenter ved høyskoler med omsorg- og holdningsfag i sin fagkrets. Boka anbefales også som oppslagsverk ved legekontorer og institusjoner der personalet har behov for å styrke og klargjøre sin forståelse for menneskers psykiske reaksjons- og læremåter.



BOKANMELDELSE - MANGE SPØRSMÅL - FÅ SVAR.

Bjørn Westlie: I grenselandet - når forskning flytter grensen mellom liv og død. TANO 1988, 168 s, Pris: 158,-.

Anmeldt av: Inger Marie Steinsholt, allmennpraktiker, Kongsberg.

Medisinsk forskning skaper nye etiske spørsmål. Nesten daglig kan vi se at disse problemstillinger berøres i media. Spørsmålene er viktige og vanskelige, og det angår alle, ikke bare oss leger. Avgjørelsene må i siste instans bli politiske, det er derfor viktig med debatt om dette, og at det er tilgang på god informasjon.

Bjørn Westlie er journalist og har skrevet denne boka fordi han ønsker perspektiv på hva vi egentlig vil med medisinsk forskning og utvikling i grenselandet mellom liv og død, og fordi det er lite skrevet om disse spørsmålene på norsk. Boka tar etter tur for seg aktuelle områder innen emnet. Hele veien beskriver han det teknisk-medisinske, han går grundig inn i etiske problemstillinger og tar også for seg lovverket på

områder der slikt finnes. Først gir han en god innføring i problemene rundt dødsdefinisjonen, både hvordan kriteriene for hjerne-død kan være problematiske, og hvor forskjellige lover man har om dette fra land til land. Sammenhengen mellom nye dødsdefinisjoner og transplantasjonskirurgiens behov trer tydelig fram. Deretter følger en bred omtale av transplantasjonskirurgien. Så følger fosterdiagnostikk, hvilke muligheter som finnes for å fastslå sykdommer hos fosteret, og problemene rundt provosert abort på disse indikasjoner. Problemet "ultralud uten styring" omtales. Han hevder at det forekommer provoserte aborter etter 18 uke pga. mistanke om feil ved fosteret etter ultralydundersøkelse. Han hevder også at ingen kjenner omfanget av dette, og heller ikke i hvilken grad dette gjelder fostere som faktisk er friske. Kjønnselektering etter chorionbiopsi (i 8-10 uke) er alt svært utbredt i land som India og Sør-Korea. Også her hos oss vil det være mulig hvis chorionbiopsi blir allment tilgjengelig. Vi har jo selvbestemt abort før 12. uke. I Danmark har dette alt forekommet. Han ser også på sannsynlig videreutvikling, kartlegging av gener og derav prognoser for fosterets muligheter i livet, og at provosert abort pga. "dårlig prognose" kan bli en realitet hvis man får resultatene før 12 uke.

Deretter følger en oversikt over mulighetene for kunstig befruktning på forskjellig vis. Eksempler på dagens kombinasjonsmuligheter nevnes og eksemplifiseres - de er mange. Etiske problemer rundt foreldre/barn relasjoner under disse omstendigheter, f. eks sædgivers anonymitet. Utvikling av egg- og spermiebanker, mulighet for utvelgelse av de "beste" gener, konstruksjon av genetiske supermennesker og eksempler på at motforestillinger kan være små, alt i dag. Han går inn på genteknologiens utvikling, kloning og mu-

ligheter for genterapi.

Så omtales fosteret som pasient, hvilke muligheter som i dag finnes for å behandle syke fostre, og deretter hvilke muligheter man har for å redde barn som er født alt for tidlig. Det bizarre i at vi på den ene side investerer mye i å hindre barn med handicap i å bli født gjennom tidlig diagnostikk og provosert abort, og på den annen side setter like mye inn på å redde for tidlig fødte barn som så overlever med kanskje vel så store skader, illustrerer med all tydelighet de konfliktene vi befinner oss i. Til slutt omtaler han problemene rundt passiv og aktiv dødshjelp.

Jeg synes boka gir en saklig, grundig og samtidig lettfattelig framstilling av dette. Man kunne ønske seg samme journalistiske nivå i diverse sensasjonsoppslag som dessverre altfor ofte preger massemedia når disse ting omtales. Westlie stiller mange spørsmål og gir få svar, og dette er nettopp hensikten. Man får et godt inntrykk av hvor uhyre komplisert dette er, hvordan teknikken følger sin egen utvikling og hvordan i og for seg positive nyvinninger fort skaper større problemer enn de løser. Det er ganske åpenbart at vi er inne i en utvikling som ikke lar seg stoppe - analogien til "Trollmannens læregutt" er helt åpenbar. Man føler at ett sted må man sette grenser, men å gjøre det lar seg nesten ikke gjøre uten at noe blir skjævt. Dessuten skjer utviklingen så fort at debatten og lovgivningen nødvendigvis vil henge etter. Boka kan trygt anbefales til alle som er interessert i utviklingen på dette felt, og etter å ha lest den er jeg overbevist om at det bør vi alle være, dette angår oss alle.



ERFARINGER MED SKRIFTLIG PASIENTINFORMASJON I ALLMENNPRAKSIS.



Torunn Grønvik er cand. med. fra Oslo 1979. Hun har turnus fra Lovisenberg-sykehus 1979-80, og distrikts-turnus i Hurum. Fra høsten 1980

har hun arbeidet ved Markveien legesenter i Oslo. I 1984-1985 hadde hun permisjon for å ta sykehustjeneste (med. avd. Lovisenberg, sos. med. avd. Aker, nevr. avd. SIA). Fra mars 1985 har hun vært ved Markveien legesenter. Allmennpraktiker Dnlf 1985. Hun hadde en måned allmennpraktikerstipend høsten 1986, med arbeidssted Institutt for allmennmedisin i Oslo. Fra høsten 1987 begynte hun på ettårig kurs i helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.

Det blir ofte hevdet at leger gir pasienter for lite informasjon. Undersøkelser av pasienttilfredshet i USA viser at mellom 11-65 % (gjennomsnitt 35 %) av pasientene er misfornøyde med den informasjon de får (1). Petter Jensen's undersøkelse fra hudavdelingen, Rikshospitalet i Oslo viste at dette også er et problem i Norge (2).

Pasienter forstår kun en del av den informasjon de faktisk får, og ofte glemmer de hva de er blitt fortalt (1). Mer informasjon leder ikke til uønskede reaksjoner slik mange leger frykter (1). Tvert imot kan mer informasjon lede til høyere compliance og raskere tilfriskning (3).

KAN SKRIFTLIG INFORMASJON NYTTE?

Det er mange måter å forbedre pasientkommunikasjon og

pasientinformasjon på. En av dem er å bruke skriftlig informasjon i tillegg til muntlig. Dette har vært brukt en del ved medikamentinformasjon i USA, og en oversiktsartikkel viste at i 11 av 14 undersøkelser fikk pasienter mer kunnskap når de fikk både skriftlig og muntlig informasjon (4). Ved utskrivning fra sykehus fikk en gruppe pasienter signifikant mer kunnskap om diagnoser, råd og behandling når de fikk skriftlig informasjon i tillegg til muntlig (5).

I vår kultur har det skrevne ord en slags magisk effekt ved at det tillegges større autoritet enn det muntlige. Den reelle effekten er at det skrevne ord kan repeteres slik at forståelsen kan økes ved ny gjennomlesning.

HVA MED ALLMENNPRAKSIS?

Det er relativt få undersøkelser om bruk av skriftlig informasjon i allmennpraksis, men Russel og medarbeidere viste i 1979 at råd fra allmennpraktikere om å slutte å røyke, ble etterfulgt i større grad når det ble gitt skriftlig informasjon i tillegg til muntlig råd om røykeslutt (6).

DET FINNES MANGE BROSJYRER I NORGE.

En rekke offentlige instanser, private organisasjoner og farmasøytisk industri, utgir brosjyrer som er aktuelle i allmennpraksis. De fleste av disse er samlet i Brosjyreoversikten som utgis årlig av Statens informasjonstjeneste (7). Mange legekontorer har en del av disse brosjyrene. De ligger ofte og flyter på venterom, spiserom eller inne på det enkelte legekontor. En annen måte å bruke

brosjyrer på, er å ordne dem oversiktlig etter tema og bruke brosjyrene aktivt i konsultasjonen.

HVILKE KRAV SKAL VI STILLE TIL BROSJYRENE?

Brosjyrene må være faglig korrekte og omtale tilstander som er hyppige i allmennpraksis. Brosjyren bør omtale både kurative og forebyggende faktorer og stimulere til egenomsorg. Innholdet må være forståelig for leseren. I Norge har 64 % av den voksne befolkning ni års skolegang eller mindre (8), og derfor er det viktig at vanskelighetsgraden ikke er for stor. Detaljerte og lange utredninger må unngås til fordel for forenklinger (korte setninger, korte ord og ingen fremmedord) (9). Teksten må være interessant for leseren. Hvor interessevekkende en tekst er, har sammenheng med i hvor stor grad teksten henvender seg direkte til leseren med stoff som angår ham og føles kjent. Slike interessante tekster vil karakteriseres av direkte tale, spørsmål, oppfordringer eller ufullstendige setninger (9, 10). Informasjonsmengden må heller ikke være altfor stor. I tillegg bør brosjyrene være små, gratis, greie å få tak i og det bør helst være et system for oppdatering og ajourføring.

EGNE ERFARINGER.

Jeg satte opp følgende liste for aktuelle brosjyretemaer: allergi, barn, bevegelsesapparatet, diabetes, ernæring, geriatri, gyn/prevensjon, hjerte-kar, hud, innvandrere, kreft, legemidler, mage-tarm, nyre-urinveier, rusmidler, sosialmedisin, svangerskap og fødsel, tobakk, trygd, vaksinasjon/infeksjoner, øre-nese-hals, øye, diverse.

Jeg skrev brev til 32 statlige/private organisasjoner (institusjoner) og alle farmasøytiske fabrikanter i Norge (formidlet ved NOMI, NO-RE-FARM og NAF). Jeg henviste til temalisten og ba om å få tilsendt et prøveeksemplar av alle brosjyrene som kunne være aktuelle i allmennpraksis. Jeg fikk inn i alt 530 brosjyrer, og har valgt ut 103 som vi bruker på vårt legesenter, og som står i brosjyrelisten nedenfor (tabell 1). Listen er ordnet slik at den viktigste brosjyren i hvert tema står øverst, deretter følger den nest viktigste osv. Unntak er svangerskap, der blir brosjyrene gitt etterhvert som graviditeten skrider framover. Omen brosjyre er viktig eller ikke, er basert på om den tilfredsstillende krav som er nevnt ovenfor. I tillegg er den basert på vår erfaring med hvilke temaer det er naturlig at våre samarbeidspartnere dekker (apotek, trygdekantor, sosialkontor, sykehus). Spesielt skal nevnes at apotekene har fått et meget godt brosjyreutvalg. Både de vanlige brosjyrene (eks. overgangsalderen hos kvinner) og de nye utleveringssedlene med legemiddelinformasjon, er av høy kvalitet. Det er nyttig å være orientert om apotekets brosjyrer og bruke disse aktivt.

HVORDAN BRUKER VI VÅRE BROSJYRER?

I Markveien legesenter har vi satt opp brosjyrehyller i gangen i kontorfløyen. Brosjyrene står ordnet etter tema, og hver brosjyre har sin faste plass i hyllen. Når en pasient kommer for en lidelse,

engstelse eller problem som vi har skriftlig informasjon om, avbryter legen konsultasjonen, går ut på gangen og henter den aktuelle brosjyren (Fig. 1). Så går legen gjennom innholdet i brosjyren sammen med pasienten, og understreker det som er spesielt viktig for akkurat denne pasienten. Pasienten oppfordres så til å lese brosjyren hjemme og komme tilbake med flere spørsmål senere. Forutsetningen for å bruke brosjyrene på denne måten, er at legen kjenner innholdet godt.

Å nå alle pasientene i allmennpraksis er praktisk umulig, men målet hos oss er at flest mulig av pasientene skal få både skriftlig og muntlig informasjon.

PRAKTISKE TIPS OG ØKONOMI.

Det anbefales å bruke en brosjyrereol med flyttbare skillevegger mellom hver brosjyre. Det gir bedre utnyttelse av brosjyrehyllen og hindrer rot. Vi har valgt Orden brosjyre veggreol nr. 107. Hver enhet har plass til 24 forskjellige små brosjyrer. Fem enheter kostet i 1986 ca. 3000 kroner. Det anbefales å ha et baklager, det letter administrasjonen av brosjyrene og hindrer at man går "tom". Det er lurt å alliere seg med en av medarbeiderne, som kan sørge for påfylling fra baklageret og bestilling av nye brosjyrer. De som ønsker et mindre utvalg enn vårt, anbefales å bestille de brosjyrene som står øverst innen hvert tema. Effektiv bruk av få brosjyrer er bedre enn tilfeldig bruk av mange. Startfasen er arbeidskrevende. Det tar tid å

bestille og montere brosjyrehyller og baklager, merke brosjyrehyller og bestille brosjyrer. Men vedlikeholdsarbeidet krever neppe mer enn en til to timer pr. uke, avhengig av hvor stor praksisen er. De fleste brosjyrene på listen er heldigvis gratis. Unntak er følgende fire brosjyrer: 2.4, 17.10, 20.2 og 23.4. Prisen på disse varierer mellom kr. 1 og kr. 5 pr. stk.

KONKLUSJON.

Vår erfaring etter ett års bruk av brosjyrer i konsultasjonen er at pasientene blir meget godt fornøyd. Legene synes dette er en morsom måte å arbeide på, og mener at brosjyrene er et nyttig hjelpemiddel i en travel allmennpraksis.

LITTERATUR.

1. Ley P. Giving information to patients, in Eisen R (ed). Social psychology and behavioral science, John Wiley and sons, New York. 1982: 339-73.
2. Jensen, P. Er pasientene fornøyd med oss? Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 2077-8.
3. Ley P. Psychological studies of doctor-patient communication, in Rachman S (ed). Contributions to medical psychology. Pergamon Press, Oxford, 1977; 1: 9-42.
4. Morris LA, Halperin J. Effects of written drug information on patient knowledge and compliance: A literature review. Am J Public Health 1979; 69: 47-52.
5. Ellis DA, Hopkin J, Leitch AG, Crofton J. "Doctors orders": controlled trial of supplementary, written information for patients. Br Med J 1979; 1: 456.
6. Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners advice against smoking. Br Med J 1979; 2: 231-5.
7. Brosjyreoversikten 1986, Statens informasjonstjeneste.
8. Statistisk årbok 1982. Statistisk sentralbyrå.
9. Vinje FE. Moderne norsk. 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
10. Björnsson CH. Lesbarhet. Liber AB, Stockholm 1968.



TABELL 1.

TEMA	NR	TITTEL	BESTILLES FRA
Allergi	1.1	Spørsmål og svar om allergi	Norges Astma- og Allergi forbund, Industrigaten 36, 0357 Oslo 3
	1.2	Gode råd til høysnuepasienter	Phisons Pharmaceutical, Postboks 24, Østeruddalen 27, 1345 Østerås
	1.3	Orientering om astma	Norges Astma- og Allergiforbund
Barn	2.1	Barn og luftveisallergi	Norges Astma- og Allergiforbund
	2.2	Er barnet ditt funksjonshemmet?	Rådet for funksjonshemmede, Postboks 5938 Hegdehaugen, 0308 Oslo 3
	2.3	Hva vet du om akutt mellomørebetenn?	Astra Farmasøytiske A/S, Postboks 1, 1473 Skårer
	2.4	Behandlingsprins. ved akutt mage/tarm-katarr	APLF, Colbjørnsensgt. 1, 0256 Oslo 2
Beveg. app.	3.1	Råd for pas. med ryggbesvær, del 1-4	Nycomed A/S, Nycoveien 2, 0485 Oslo 4
	3.2	Råd for nakkesmerter	Nycomed A/S, se over
	3.3	Råd og øvelser for pasienter med hoftearthrose	Astra-Syntex A/S, Postboks 44, 2011 Strømmen
	3.4	Råd og øvelser for pasienter med kroniske skulderlidelser	Astra-Syntex A/S, se over
	3.5	Råd for selvtræn. ved arthrose i kneleddet	Astra-Syntex A/S
	3.6	Råd og øvelser for pasienter med kroniske ryggsmert.	Astra-Syntex A/S
Diabetes	4.1	Praktiske råd til diabetikere som ikke bruker insulin	Norges diabetesforbund, Østensjøveien 29, 0661, Oslo 6
	4.2	Hva er diabetes?	Norges diabetesforbund, se over
	4.3	Hva skal jeg spise?	Norges diabetesforbund, se over
	4.4	Det er viktig å bevege seg	Norges diabetesforbund, se over
	4.5	Råd om fotpleie for diabetikere	Norges diabetesforbund, se over
	4.6	Egenkontroll av urin	Norges diabetesforbund, se over
Ernæring	5.1	Hverdagsmaten betyr mest	Statens ernæringsråd, Postboks 8139 Dep, 0033 Oslo 1
	5.2	Kosthold og hjerte/kar sykdommer	Nasjonalforeningen for folkehelsen, Postboks 7139, Homansbyen, Oslo 3
	5.3	Kostråd fra Oslo- undersøkelse.	Ciba-Geigy A/S, Postboks 124, 2011 Strømmen
	5.4	Matpyramiden, gjør det lettere å velge riktig	NKL, Revierstredet 2, 0151 Oslo 1
	5.5	Trening og kosthold	Brødfakta, Hoffsbakken 1, 0277 Oslo 2
Geriatrici	6.1	Å være pensjonist	Statens elderråd, Postboks 8011 Dep 0030 Oslo 1
	6.2	Forberedelse til pensjonistalderen	Fellesutvalget for forberedelse til pensjonistalderen, Oscarsgt. 36, 0258 Oslo 2
	6.3	Alle trenger mosjon, også vi som er eldre	Norges bedriftsidrettsforb, Hauger skolevei 1, 1351 Rud
Gyn/prevensj.	7.1	Hva vet du om prevensjon og abort	Helsedirektoratet, Grubbegata 10, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo 1
	7.2	Opplysning om sterilisering	Helsedirektoratet, se over
	7.3	Overgangsalderen hos kvinner	Nærmeste apotek
	7.4	Seksuelt overførbare sykdommer	Helsedirektoratet, se over
	7.5	Hva alle bør vite om AIDS	Helsedirektoratet, se over

	7.6	Undersøk brystene selv	Kreftforeningen, Kongensgate 6, 0153 Oslo 1		10.4	Innvandrere i Norge (norsk, urdu)	Kommunaldepartementet, Møllergata 43, Postboks 8112 Dep 0032 Oslo 1
	7.7	Brystkreft	Landsforeningen mot Kreft, Huitfeldtsgt. 49, 0253 Oslo 2	Kreft	11.1	Kreftens tidlige faresignaler	Landsforeningen mot Kreft, Huitfeldtsgt. 49, 0253 Oslo 2
	7.8	Alle kvinner bør vite at	Landsforeningen mot Kreft, se over		11.2	Svar på dine spørsmål om kreft	Landsforeningen mot Kreft, se over
Hjerte/ kar	8.1	Du og ditt blodtrykk. Pasientveiledning	Astra Farmasøytiske A/S, Postboks 1, 1473 Skårer		11.3	Sol ute, sol inne. Kunsten å redde sitt eget skinn	Landsforeningen mot Kreft, se over
	8.2	Angina pectoris	Nasjonalforeningen for folkehelsen, Postboks 7139, 0307 Oslo 3	Lege midler	12.1	Riktig tablett inntak	Løwens kjemiske fabrikk, Hegdehaugensveien 36, 0352 Oslo 2
	8.3	Hjerteinfarkt	Nasjonalforeningen for folkehelsen, se over		12.2	Smertestillende midler uten resept	Nærmeste apotek
	8.4	Noen ord om hjertet	Landsforeningen for hjerte og lungesyke, Postboks 4375 Torshov, 0402 Oslo 4		12.3	Informasjon om legemidler får du gratis på nærmeste apotek	Nærmeste apotek
	8.5	Hjerneslag	Nasjonalforeningen for folkehelsen, Postboks 7139, 0307 Oslo 3	Mage/ tarm	13.1	Avførende midler	Nærmeste apotek
	8.6	Medisiner mot høyt blodtrykk	Nærmeste apotek		13.2	Når magen er sur, noen gode råd	Astra-Syntex A/S, p.b. 44, 2011 Strømmen
Hud	9.1	Mildt eksem som du kan behandle selv med hydrocortison	Nærmeste apotek		13.3	Midler mot sur mage og halsbrann	Nærmeste apotek
	9.2	Til deg som bruker glukokortikosteroid til utvortes bruk	Nærmeste apotek		13.4	Spørsmål og svar om magesår	Nyco, divisjon legemidler, p.b. 4220 Torshov, 0401 Oslo 4
	9.3	Kviser, årsak og behandling	Nærmeste apotek	Nyre/ urinvei	14.1	Urinprøvetaking, kvinner	Colett-Marwell Hauge, p.b. 205, 1371 Asker
	9.4	Midler mot lus	Nærmeste apotek		14.2	Urinprøvetaking, menn	som ovenfor
	9.5	Midler mot skabb	Nærmeste apotek		14.3	Urinprøvetaking, piker	som ovenfor
Innvand.	10.1	Innvandrerkvinnenes rettigheter i Norge (norsk, urdu, tyrkisk, vietnamesisk)	Statens informasjonstjeneste, Youngstorget 3, Postboks 8026, Dep 0030 Oslo 1		14.4	Råd til pasienter med urinveisinfek.	The Wellcome Foundations, Gamle Drammensvei 107, 1322 Høvik
	10.2	Mor og barn (norsk, tyrkisk, engelsk, spansk, arabisk)	Kommunaldepartementet, Innvandringssekretariatet, Postboks 8112 Dep Oslo 1		14.5	Råd til pasienter med prostatitt	som ovenfor
	10.3	Nova T. Pasientinformasj. på utenlandske språk	Kabi Vitrum, Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 Billingstad		14.6	Hjelpemidler ved ufrivillig urinavgang	Saba Mølnlycke A/S, Grensesvingen 9. Økern, 0509 Oslo 5

Rus- midler	15.1	Hvordan drikke mindre alkohol?	Statens edruskapsdirektorat, p.b. 8152 Dep 0033 Oslo 1	17.12	Spise for to. Kostråd til gravide	Nasjonalforeningen for folkehelse, Inkognitogaten 1, 0258 Oslo 2		
	15.2	Fakta om hasj	Statens edruskapsdirektorat, se over	17.13	Om Å leve sammen, seksuelt	som ovenfor		
	15.3	Hva vet du om alkohol, hasj og rusvirkninger?	som ovenfor	17.14	Sjalusi	som ovenfor		
Sosial	16.1	Trenger du hjelp? Informasjon om hjelpetiltak for mishandlede kvinner	Justisdepartementet, Akersgata 42, p.b. 8005 Dep 0030 Oslo 1	Tobakk	18.1	Hvordan bli ikke-røyker	Landsforeningen mot Kreft, Huitfeldtsgate 49, 0253 Oslo 2	
	16.2	Støttesenter mot incest	Støttesenter mot incest, Tøyenbekken 1, 0188 Oslo 1		18.2	Kvinner og sigaretter	Norsk forening til kreftens bekjempelse, Kongenstgate 6, 0153 Oslo 1	
Svanger- skap	17.1	Graviditet, fødsel og spedbarnstell	A/S Saba, p.b. 410, 3101 Tønsberg		18.3	Hvordan unngå å gå opp i vekt når du slutter å røyke?	Nasjonalforeningen, p.b. 7139 Homansbyen, 0307 Oslo 3	
	17.2	Hvilke rettigheter har småbarnsforeld.	Statens informasjonstjeneste, p.b. 8026 Dep 0030 Oslo 1		18.4	Astma/allergi, tobakksrøyk	Statens tobakkskaderåd, p.b. 8025 Dep 0030 Oslo 1	
	17.3	Ikke bare for din egen skyld	Statens tobakkskaderåd, p.b. 8025 Dep 0033 Oslo 1		18.5	Ikke røyk på oss	som ovenfor	
	17.4	Nei takk, jeg er gravid (til gravide)	Statens edruskapsdirektorat, p.b. 8152 Dep 0033 Oslo 1		18.6	Stump røyken, stopp hosten	som ovenfor	
	17.5	Legemidler under svangerskap	Nærmeste apotek		18.7	Dette har ikke magen godt av	som ovenfor	
	17.6	Utgifter som folketrygden dekker ved sykdom, uførhet o.s.v.	Nærmeste trygdekontor		18.8	Når røyken blir hjertesak	som ovenfor	
	17.7	Stønad fra folketrygden til aleneforeldre	som ovenfor	Trygd/ arbeid	19.1	Arbeidsmiljøloven og ferieloven, også for deg som ikke er norsk	Arbeidstilsynet, p.b. 8103 Dep Oslo 1	
	17.8	Dette kan bidragsfogden gjøre for deg (på norsk og engelsk)	Bidragsfogden i Oslo, Sagveien 21, 0458 Oslo 4		Øre/nese/ hals	20.1	Legemidler og forkjølelse	Nærmeste apotek
	17.9	Alene med omsorgen for barn?	AFFO, Bogstadveien 34, 0366 Oslo 3			20.2	Allmennt om bihulebetennelse	A/S Mekos, Drammensvn. 342, 1324 Lysaker
	17.10	Hvordan du ammer ditt barn	Ammehjelpen, St.Olavsgt. 5, 0165 Oslo 1	20.3		Tenk på helsen når du arbeider i støy	Arbeidstilsynet, Fr. Nansensvei 14, 0369 Oslo 3	
17.11	Om å forebygge allergi i svangerskapet	Norges Astma- og Allergi forbund, Industrigaten 36, 0357 Oslo 3og første leveår	Øye	21.1	Midler mot øyelidelser	Nærmeste apotek		
Diverse				Vaks/ inf.	22.1	AIDS angår alle	Helsedirektoratet, Grubbevt. 10, p.b. 8128 Dep 0032 Oslo 1	
					23.1	Å være pasient. Dine rettigheter og ditt ansvar	Forbrukerrådet, p.b. 8104 Dep 0032 Oslo 1	
					23.2	Separasjon og skilsmisse	Justisdepartementet, Akersgt. 42, Postboks 8005 Dep 0030 Oslo 1	
					23.3	Vi som har et barn for lite	Nasjonalforeningen for folkehelse, Inkognitogaten 1, p.b. 7139, 0307 Oslo 3	
					23.4	Dødsfall i familien	S. og Jul Sørensen, Gjerdrumsvei 10 B, 0486 Oslo 4	

2.-7. oktober 1989

Har du ikke krysset av den uken sier du?

Vet du ikke hvorfor du skulle gjort det?

Nei, nei - men da skal du få vite det nå.

Da arrangerer NSAM

Allmennmedisinsk uke 1988

Hva er det?

Jo, det er den uka i 1989 da Soria Moria står i allmennmedisinens tegn. Der vil det bli kurs, seminarer, utstillinger, posters, frie foredrag og kulturelle opplevelser. Det sosiale er også viktig. Her vil du møte en mengde allmennpraktikere som du kan diskutere med og slappe av med,

Ta det med ro, du skal få påmeldingskjema senere. Bare sett av den uka nå. Så har du mye å glede deg til.

Til slutt: Alt er ikke planlagt i detalj

enda. Delvis fordi vi ønsker at dette skal bli en allmennmedisinsk happening. Har du ideer til hva en slik uke bør inneholde? Vi tar gjerne imot forslag.

Enda en ting til. Vi ønsker kontakt med kollegaer som driver med kunstnerlige aktiviteter på si. Gi oss et vink om deg selv eller en kollega du kjenner.

Adresse: O. Rutle, Institutt for allmennmedisin, Fr. Stangsgt. 11/13, 0264 Oslo 2

Telefon: (02) 55 92 10 Priv. (06) 97 10 18

STIMULERER HELSEVESENET TIL SUNN LIVSSTIL ?



Dr. Erik Ekker Solberg, cand. med. 1979, p. t. ass. lege med. avd. Diakonhjemmets sykehus, Oslo. Bl. a. 2 års psykiatri ved SiA. Har

skrevet om narkotikaproblemer i allmennpraksis. Redaktør av helsemagasin på ACEM TV/radio fra 1985.

SAMMENDRAG

Et firma fremhever sitt produkt i alle ledd av selskapets oppbygning. Helsevesenet fremstår imidlertid mer som et sykdomsvesen som behandler, enn et helsevesen som markedsfører sunn livsstil. Man bør integrere forebyggende viten i helsevesenets struktur, drift og dermed signal til befolkningen slik at produktet, bedre helse og sunnere livsstil, like selvfølgelig som i næringslivet preger vårt firma i alle ledd.

INGRESS

Det er en utfordring for helsepersonell å påvirke folks levestil i sunnere retning. Fedme, røyking, stress, kosthold, rusmidler, fysisk aktivitet og seksuell atferd er tradisjonelle angrepspunkter. Men møter befolkningen et helsevesen som selv tar hensyn til kunnskap om sunn livsstil?



THE IMPAIRED PHYSICIAN

Er leger med sunn livsstil mer oppmerksom på sykdomsskappende livsstilsforhold hos pasientene? En amerikansk undersøkelse (1) kan tyde på det. Man sammenlignet spesialitet, egne helsevaner, tro på og rådgivning om røyking, fedme, fysisk trening og alkohol hos 201 tilfeldig utvalgte mannlige indremedisinere, kirurger, gynekologer og allmennmedisinere. Man har detaljert undersøkt frekvens, varighet og initiering av livsstilsrådgivning. Bare 21 % visste hvordan de skulle rådgi, bare 12 % syntes de var effektive i dette arbeidet. Det var klar sammenheng mellom legenes egne helsevaner og grad av rådgivning. Jo flere dårlige helsevaner hos legen, desto dårligere rådgivning. Forfatterne skriver at leger med dårlige vaner på alle parametre sannsynlig ikke ga råd om alkoholavhold til selv pasienter med leversykdom. De betegner leger med dårlige helsevaner som mulige "subclinically impaired physicians" og sier at deres helsevaner ikke bare kan påvirke deres livslengde, men også deres medisinske praksis.

Berufsverbot.

Mange reagerer vel på betegnelsen "impaired physicians". Ønskes det en form for livsstilpåbud slik at bare leger med sunn livsstil kan kalle seg gode doktorer? Det vil vel de fleste ta avstand fra. På den annen side, er det slik at pasienter som røyker, går til en doktor som selv røyker eller ihvertfall aksepterer røyking? De som selv trener går til en doktor som trener? Man danner mykt en form for gjensidig akseptering i lege-pasient forholdet og unngår potensielle konflikter, men også resultater,

som kan komme ut av livsstilsdrøftelser. Undersøkelsen peker også på at leger vet lite om hvordan de skal handle for å forandre livsstil hos pasienter. Man burde kunne analysere livsstilsrådgivning like selvfølgelig som man analyserer et medikaments virkning og bivirkning for å forstå hvordan bruke livsstil i praksis, på samme måte som vi vet en del om hvordan bruke medikamenter som medisinsk remedium.



Sunn livsstil i sunn praksis?

Er det viktig at helsepersonell føre en sunn livsstil for å bedre sin medisinske praksis? Hvis svaret er ja, vil arbeidsgiverne sende oss på livsstilskurs på samme måte som de sender oss på kurs om somatiske sykdommer? Tvilsoomt. Imidlertid er det kanskje mer fornuftig enn hva det i dag ville være akseptert som. I næringslivet er man tiltagende blitt oppmerksom på den negative betydningen lederstress kan ha på produksjonen. Erfaringene med å la ansatte trene i arbeidstiden har så langt vært gode. Bedriften ser ut til å tjene mer på økt produktivitet og mindre sykefravær enn kostnaden til investeringen for trim til ansatte. Vel kjent er legers belastende arbeidsforhold: stress, mye ansvar,

i perioder lite søvn og uregelmessig kosthold. Interesse for utbredthet hos leger synes økende (2). Helsepersonell er overforbrukere av narkotika, som kan være en indikasjon på en presset yrkesgruppe. Å rokke på arbeidsforhold kan imidlertid være vanskelig både av systemkonservative, økonomiske og individuelle grunner. Helsepersonells egen livsstil har kanskje en viss betydning for hvordan våre pasienters livsstil og dermed delvis deres helse blir. Man hva med det system vi arbeider i?



STIMULERER HELSEVESENET TIL SUNN LIVSSTIL?

Det kan føres god argumentasjon for at pasientene ikke lærer sunne levevaner i helsevesenet. Spesielt der dette viktig for dem som er i institusjon over lengre tid. Det er imidlertid også lett å argumentere mot at pasientene for eksempel kan aktiviseres mer i institusjon. Mange er for syke, man har ikke råd til å ansette nok personell, pedagogikk oppfattes ikke som institusjonens oppgave, pasientene må ha individuell frihet til å avstå fra for eksempel trim, sykehusrutinene kan vanskelig endres.

Man vet ikke i dag hva et mer livsstilsorientert institusjonsvesen vil føre til. Heller ikke hva det vil koste. Eksperimenterende insti-

tusjoner og praksiser bør komme slik at man kunne høste erfaringer med hvordan et slikt system ville virke.

Sykehusene er tradisjonelt behandlingsinstitusjoner. Men det er et spørsmål om man ikke burde profilere sunne livsstilsaspekter ved sykehusene tydeligere og integrere forebyggelse i behandlingen. Et firma profilerer sitt produkt i alle ledd. Dette er en selvfølge. Ingen ser noe rart i det. Snarere tvert om. Man ville bli forbauset hvis det ikke gjorde det.

På samme måte burde et sykehus profilere sunn helse i sin struktur og daglige drift. Ikke utfra moral som en livsstilsdebatt kjedsommelig kan ende i, men utfra faglig profesjonell vurdering. Vi arbeider med helse og forebyggende tiltak som på sikt kan øke vår produksjon av bedre helse bør prege vårt produksjonsapparat. Denne profesjonelle argumentasjon bør være bakgrunn for at turgåing eller ergometersykkeltrening inngår i programmet til pasienter som kan delta. Kostholdet tilrettelegges mest mulig helsestøttende. Pasienter deltar i eget stell når det er mulig. De bor under rimelig avstressende forhold. Institusjonen er røykfri.

Behandle og forebygge.

Man kan si med rette at behandlingsvesenet ikke har tid til å involvere seg i forebyggelse. Det

må holde seg til sin oppgave, å behandle. Men forebyggelse behøver ikke å gå på bekostning av behandling. Forebyggelse bør integreres i rammene til sykehusdriften. Det koster ikke noe økonomisk eller av menneskelige ressurser å ha røykfri institusjon! Man kunne tvert om stille spørsmål ved hvor mye man taper ved å delvis separere forebyggende intensjoner og kampanjer fra det eksisterende behandlingsapparat.

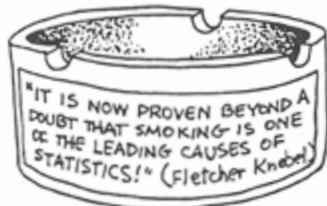
Gjør som mora di sier.

Man bør på ingen måte undervurdere den signaleffekten institusjon kan ha. Spesielt ikke i et mindre miljø, hvor helseinstitusjonen, sykehuset eller distriktslegen, ofte spiller en sentral rolle i det lokale samfunnsliv. Både pasienter og befolkning vil antakelig ta hensyn til at deres helseautoriteter tar livsstilsspørsmål på alvor og retter inn aktivitetene deretter. Det sykehus som tør føre en aktiv og synlig livsstilspolitikk, ville antakelig få mye fortjent PR i en sykehuskritisk samtid. Befolkningen ville kanskje forstå og akseptere at en helseinstitusjon la seg på en slik linje. De ville skjønne samsvaret mellom sykehusets formål og røykfrihet. Det kan se ut til at pasienter i praksis regner med og aksepterer å bli spurt om livsstilsforhold (3). Når man kommer til lege er man spesielt opptatt av helsen fordi noe har sviktet. Som sådan også motivert for å bøte på dette, inkludert alternativet å legge om livsstil.

Frisk luft på Soria Moria.

Legeforeningen har som målsetting "Røykfritt Norge år 2000". Men hvem skal få dette til? Hvem skal gå foran, dra og danne røykfri mote? Det må ha foregått en interessant og prinsipielt viktig debatt i Legeforeningen bedømt utfra innlegg i Tidsskriftet (4-7). Først argumenterte man (5) fra Soria Morias styre at forretningsmessige prinsipper for driften følges og at det derfor ikke ble aktuelt med røykfritt kurssted. Senere vedtar man (7) at Soria

Moria skal være røykfritt. Vedtaket er viktig fordi det skaper konsistens med målsettingen om røykfrihet, i et helsevesen som på dette området er splittet. Når Helsedirektøren står fram i VG (19/12-87) og er positiv til røyking, er det i strid med norsk helsevesens bedriftskultur som arbeider for det motsatte. Analogt skulle direktøren i Norsk Data fortelle at hjemme hos ham brukte de kule-ramme, datamaskiner synes han egentlig ikke noe om?



LIVSSTILSMEDISIN EN UTFORDRING

En økt livsstilsfokusering er vanskelig og vil ikke komme uten motstand. Man kunne hevde at livsstilsfokusering i helsevesenet er å legge ekstra press på syke mennesker. Det åpner for manipu-

lasjon. Det kan også ansvarliggjøre enkeltindividet for sykdom det ikke kan noe for. Det vil sette spørsmålsteget ved årelange kulturelle tradisjoner og drikkeskikker man ikke uten videre forandrer. Man berører et vanskelig psykologisk felt av lyst og frihet til å leve som en vil.



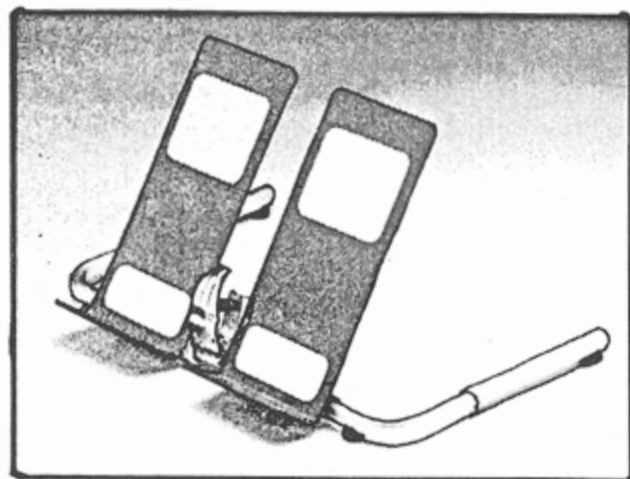
Leger som interesserer seg for livsstilsmedisin har imidlertid solid støtte i litteratur og i deler av fagmiljøet. Det er også nødvendig av økonomiske årsaker å få ned sykdomsforekomsten. Helsevesenets utgifter kan ikke fortsette å aksellerere. Viten om livsstil

finnes for en del i dag. Hvordan nå frem med informasjon og mobilisere folk, samfunnsliv og helsevesenet selv er kanskje en like stor utfordring som videre utdypende forskning om livsstil.

REF:

- 1) Wells KB, Lewis CE, Leake B, Ware JE. Do physicians preach what they practice? A study of Physicians health habits and counselling practices. JAMA, 84, 252, 2846-8.
- 2) Fugelli P. Den utbrente legen. Nord Med, 87; -102: 360-2.
- 3) Bruusgaard D, Rutle O, Aasland OG. Alkohol, livsstil og helse i allmennpraksis. TdNLF, 84; 104: 1427-31.
- 4) Rømsing J. Et Røykfritt Norge år 2000? TdNLF, 87; 107: 1822.
- 5) Red. Et røykfritt Norge år 2000, TdNLF, 87; 107: -2472.
- 6) Grimsrud TK. Soria Moria røykfritt før år 2000? TdNLF, 87; 107: 2889.
- 7) Lund B-L. Soria Moria røykfritt?! TdNLF, 88; -108; 344.

TROMBO-TRÅKK®



Produksjon: **WITCO A-S**

Distribusjon: Karin Skallsjø
Langgt. 30
0566 Oslo 5
Tlf. 02/35 66 26

TRENINGSSAPPARAT

- Aktiverer venepumpen i bena
- Bidrar til stimulert blodsirkulasjon
- Forebygger venetrombose/blodpropp

Aktuell for:

- alle pasienter i postoperativ fase
- alle pasienter bundet til sengen pga. alvorlig eller langvarig sykdom
- alle gamle og syke på institusjon eller i hjemmet.

Idè og konstruksjon:
Lege og fysioterapeut Karin Skallsjø



TETRALYSAL®

(lymecyclin)

Tetralsal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

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

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

Lymecyclin er en videreutvikling av tetracyclin hydroklorid. En aminosyre er tilsatt, slik at absorpsjon skjer tidligere i G.I.-tractus. Fordelene er: Mindre G.I.-bivirkninger, bedre lipidløslighet og hurtigere absorpsjon.

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

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

Priser pr. 1. mars 1988 (30 pkn. eller 14 pkn.)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg × 1	kr. 143,60
DOXYLIN	100 mg × 2	kr. 268,20
DUNOXIN	100 mg × 2	kr. 279,10
VIBRAMYCIN	100 mg × 1	kr. 169,70
VIBRAMYCIN	100 mg × 2	kr. 318,80
TETRALYSAL	300 mg × 2	kr. 143,10

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralsal

d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin – farmakokinetikk:

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

- Tetralsal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. (2).
- Behandling blir også rimelig for pasienten med Tetralsal x 2: a) for pasient + partner v/chlamydia-infeksjoner 7–10 dager (1).

Fra kr. 71,55 tilsv. $\frac{30 \text{ pkn}}{2}$ til
kr. 105,10 (20 pkn.) pr. person.

- b) Bronkitt 10 dager: kr. 105,10 (20 pkn.) (3)
- c) Salpingitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (5)
- d) Sinusitt 14 dager: kr. 143,10 (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).

Imidlertid styrkes oppfordringen i en senere studie (6) av D. Danielson, Ørebro. 5. dag lå alle som fikk 100 mg doxycyclin × 1 under Mic-verdien (1 µg/ml)

(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. *Chemothrapy* 31:261–65, 1985. (3) A. Pines et al.: Antiviot. Regimes in Severe and Acute 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. (6) D. Danielsson et al.: Vilket tetracyclin bör väljas. *Läkartidningen volym* 83–nr. 6–1986.

Olav Rutle
Slettmark 2

1341

C

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

2050 JESSHEIM

INNHold: Nr. 5, 1988

-
- KRAMPER - OG HVA SÅ ?** side 187
Mette Brekke
-
- HVA BØR ALLMENNPRAKTIKEREN KUNNE
om epilepsi og andre krampetilstander?** side 188
Mette Brekke
-
- KASUISTIKKSPALTEN** side 190
Lars Aaberge
-
- HVORDAN BEHANDLER DU KRAMPE I DIN PRAKSIS ?** side 190
Mette Brekke / Berit Olsen
-
- FILOSOFIGRUPPA** side 197
Jørgen Jørgensen
-
- SIMG-JANSSEN PRIZE 1988** side 198
Prof. Dr. R. De Smet
-
- KJENNER DU NORSK EPLEPSIFORBUND?** side 200
Kjell Sørhus
-
- LEIRLIV - BEHOV FOR HELSETJENESTER** side 202
Dag Brekke
-
- ELDREUNDERSØKELSE UTFØRT AV TURNUSKANDIDAT I DISTRIKT** side 212
Gunnar Rusten
-
- ENSOMHET** side 214
Per Johan Isdahl
-
- KUNNSKAP OG EGENOMSORG DEN BESTE MEDISIN?** side 219
Mette Brekke
-
- NYTTIGE BROSJYRER FRA AMMEHJELPEN** side 219
Reidun Førde
-
- BOKANMELDELSER** side 220
-
- ERFARINGER MED SKRIFTLIG PASIENTINFORMASJON I ALLMENNPRAKSIS** side 222
Torunn Grønvik
-
- STIMULERER HELSEVESENET TIL SUNN LIVSSTIL ?** side 228
Dr. Erik Ekker
-