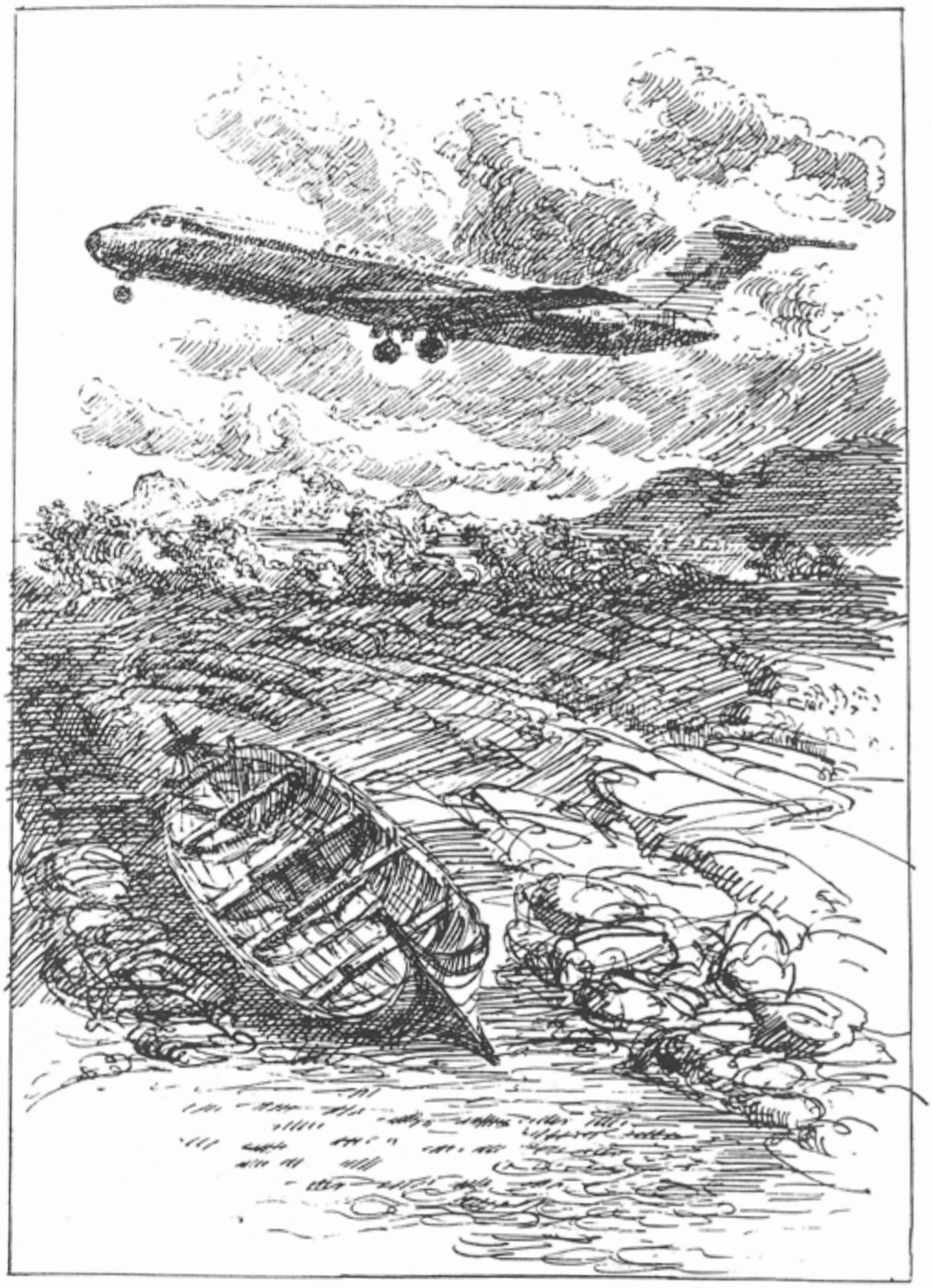
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 3 1990 ÅRGANG 19



Ill.: KE Harr

Makt og avmakt

Makt og avmakt

Myten om de "mektige menn i hvitt" har vært solid forankret i folks bevissthet. Den henspeiler på de omnipotente legers skjalten og valten med menneskers liv og helse. Leger som på samme tid var fryktet og kritisert for sin strenge utilnærmelighet og sett opp til og elsket fordi de rådde bot på lidelse og var de som forvaltet livets inngang og utgang.

At denne myten de seinere åra har blitt nyansert har vi vel sett på med glede. Vi allmennpraktikere har bidradd med vår fokusering på kommunikasjon, informasjon, pasientens eget ansvar og egne valg.

Men er det mon tro slik at vi nå er i ferd med å legge av oss en rolle som ethvert samfunn har tillagt sine helbredere - nemlig den "magiske" evnen til å snu det onde til det gode? Kleinmann (1980) beskriver i sin studie av tradisjonelle helbredere på Taiwan hvordan deres legearbeid omfatter tre stadier: Først setter man ord på problemet - gir det et navn. Dernest kommer en form for terapeutisk rituale. Til slutt gir man problemet et annet navn, f. eks. helbredet eller i bedring. Ikke så ulikt en allmennpraktiker, kanskje? Eller er vi nå så rasjonelle at beskrivelsen må forbeholdes naturopater, homeopater og hva de nå heter alle sammen?

En annen viktig oppgave for oss leger er å definere hva som er sykdom og hva som ikke er det, fordi nettopp "sykdom" er inngangsbilett til viktige samfunnsmessige ytelser. Mye tyder på at dette blir stadig vanskeligere, ja, kanskje er det nå blitt uklart i en slik grad at det er på tide å si fra? Vi ser hvordan selve samfunnsutviklinga influerer på folks helse - og hva skal og bør helsetjenesten stille opp med?

Dagens nummer av Utposten bringer refleksjoner omkring dette fra kyst- og innlands-Norge. Refleksjoner vi kanskje gjør oss noen hver i disse dager på våre respektive utposter.

Mette Brekke/Berit Olsen
Ansvarlige redaktører for dette nr.

Redaksjonen er avsluttet 15.12.89

UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025, Postgiro 4 89 92 90

Gunn Aadland
Lundvågen 20
4085 HUNDVÅG
K: 04 535619
P: 04 861236

Mette Brekke
2640 VINSTRA
K: 062 90100
P: 062 91010

Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 VOSS
K: 05 512410
P: 05 513685

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

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

Janecke Thesen
5890 LÆRDAL
K: 056 66100
P: 056 69333

Abonnement: kr 250,- pr år Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset
Annonser: henvendelse Idéfo, Postboks 254, 5701 Voss, telefon 05 51 02 55, telefax 05 51 02 98 ISSN 0800-5680

Kattepine i Oregon og her hjemme

Leder:

Jeg vet ikke hvor mange av UTPOSTEN - leserne som er kjent med Peter Wessel Zappfes fornøyelige kattefabel fra hans filosofiske doktorarbeid "Om det tragiske". Han beskriver følgende situasjon: Et skibbrudd sender en flokk katter til en øde øy, hvor det - bortsett fra noen spretne, men uspiselige biller - ikke finnes normalt næringsgrunnlag for kattene. Imidlertid finnes det i den bløte leiren langs stranden fete og velsmakende skjell som er lette å åpne.

Nå har det seg slik i kattetilværelsen at bare det å jakte på billene er et liv som er en katt verdig, - å velge det er uttrykk for en idealistisk livsholdning, - høyverdig og på samme tid dødelig.

De individene som derimot huser en større likegyldighet for en kattemessig standard, vil ligge hele dagen i gjørma og meske seg. "Med visse mellemrum løfter de et aasyn som driver av skitt og myser mot snobben paa land; haan og satire veksler med glødende had fordi landkattene minder dem om deres forræderi mot slegtens kosteligste eie. Optimismen kommer i kurs for at dække skyldfølelsen og forsmædeligheten .. Snart maa de yderligere utbygge sit forsvar; landkattene blir kaldt nevrotikere og psykopater - vanskelige ord som stimulerer gjørmekoloniens medtatte selvfølelse."

Jaktkattene ble pessimister, ikke bare på grunn av sult og sykdom, "men fordi de fandt seg hensat til en verden som ikke hadde kaar for den hellige formel i deres hjerte."

Men, skriver Peter Wessel Zappfe: " de fleste fra begge leire blev slaver av den evige tvil og delte sin tid mellem urolig mæthet og askese med fortærende savn."

Gapet mellom idealer og realiteter utvides daglig i norsk helsevesen, - som i samfunnet forøvrig. Ulikhetene øker med hensyn til tjenestetilbud og økonomiske ytelser avhengig av hvor du bor i landet. Vi har sett eksempler på det i avisoverskriftene i det siste; hva eldre må betale i egenandel for hjemmehjelp og hva sosialkontoret yter til enslige forsørgere varierer sterkt. Og hvis du f.eks jobber i fiskeindustrien på Finnmarkskysten kan du stort sett ikke regne med å ha tilbud om fysioterapi på stedet, og behandling vil bli en dyr fornøyelse fordi det fortsatt mangler mye når trygdekontoret har ytt sitt bidrag til oppholdsutgiftene. - Om ikke noe anna privatiseres i norsk helsevesen, så privatiseres en stadig større andel av utgiftene på denne måten!

I New English Journal of Medicine 21. juli 1988 kunne en lese følgende:
I staten Oregon vedtok man å avbryte Medicaid-dekning av organtransplantasjoner (benmarg, hjerte, lever og pancreas) til en beregnet kostnad på 2.2 mill $ i 2-årsperioden 1987-89. Behovet var anslått til 34 slike transplantasjoner. Istedet valgte politikerne i Oregon å anvende disse pengene til å inkludere 1500 personer som tidligere ikke hadde vært dekket med basale helsetjenester.

Vedtaket ble gjort uten særlig forutgående diskusjon og uten offentlig debatt. 2 voksne som ble nektet transplantasjoner sommeren 1987 førte heller ikke til noen mediadebatt, men da en 7 år gammel gutt med akutt leukocyttleukemi ble nektet benmargstransplantasjon økte mediainteressen. Etterhvert kom det igang diverse innsamlingsaksjoner og flere rettssaker ble anlagt mot staten Oregon.

Nå kom det istand et foreløpig kompromiss ved hjelp av føderale midler og private fonds som sammen med Oregon's bidrag skulle dekke transplantasjonskostnadene. Men saken er likevel viktig og burde foranledige debatt. Minst 4 lærdommer kan hentes ut av denne saken:

1) Ressursene til medisinsk behandling er begrenset. Selv om vi fikk en økt andel av BNP, kommer vi ikke utenom dette faktum.

2) Behovet for akutt hjelp er alltid bedre synlig for offentligheten enn behovet for forebyggende tiltak. (De fattige i Oregon prøvde seg med støtteaksjoner for budsjettvedtaket i form av donasjonsstreik, - men generelt vil man bare sjelden kunne mobilisere framtidige profittører på preventivt arbeid fordi disse er anonyme, - i motsetning til dagens syke.)

3) Uansett effektivitet vil nye medisinske behandlingsformer alltid være mer utsatt i innstramningstider enn de som alt er etablerte. Og slik sett kan høyt prioriterte nye tiltak bli de som rammes hardest, fordi det er så lett å mobilisere for allerede eksisterende tilbud.

4) Vi kan ikke unngå valgsituasjoner av dette slaget, - dersom vi ønsker rom for nye effektive behandlingsformer, må vi aktivt evaluere tradisjonelle regimer og anbefale hvilke som kan gå ut.

Referanser:

1) Welch HG and Larson EB: Dealing with limited resources. The Oregon Decision to Curtail Funding for Organ Transplantation. NEJM 1988 (319): 171-3.

Berit Olsen. ❑

Mer enn et spørsmål om helsetjeneste...

Eystein Straume, kommunelege i Loppa. Har bodd både sør og nord i landet, men synes Loppa er best. Finnmark er fortsatt spenningens land. I disse krise- og nedgangstider grubler jeg over helsetjenestens egentlige oppgave i samfunnet og blir mer og mer glad i fiskerene.

Av Eystein Straume

En 40-årig sjarkfisker kommer på kontoret og spør: "Jeg har fått en uvane - jeg tenker på hvordan det skal gå kommunen vår, og da får jeg så ondt i magen. Kan du hjelpe, doktor?"
Ja, kan jeg det?

Offisiell helsepolitikk er å øke kapasiteten ved sykehusenes poliklinikker. Men det hjelper ikke min pasient med den uvanen han har fått. Er det kanskje ikke noe medisinsk problem han kommer med? Hva er det som skjer i kyst-Finnmark som gjør så vondt i magen?

Vi kan nærme oss problemet fra ulike sider:
- Gjenreisningen av Finnmark er en spennende og turbulent og lite beskrevet historie. Men nå er gjenreisningen utført, - er også visjonene om den videre utviklingen av samfunnet brukt opp? (Som en parallell til storsamfunnets vansker med velferdsstaten?)

- Lokalsamfunnet er basert på kystfiske med små båter og landbaserte fiskemottak. Denne politikken er bevisst og bygger på klare verdivalg i pakt med lokale tradisjoner. Men de siste årene har ikke fisken kommet inn til kysten. De store havgående fartøyene har fisket opp kvotene.

- Arbeidsplassene ombord i de mindre fiskebåtene samsvarer neppe med forestillinger som ungdom idag har om den arbeidsplass og det yrke de vil velge. Fiskeryrket har opp til i dag vært mer enn et yrke. Det har vært en måte å leve på. Er det skolegang, arbeidsmiljølov (som ikke gjelder for fiskere) og fjernsyn som har endret ungdommens syn på fiskeryrket?

- Økonomenes krav om lønnsomhet har tvunget frem rasjonalisering og stordrift (eller er det storkapitalen som står bak?) Kystfiskeren og lokalsamfunnet er så langt taperen i denne omstillingen. At smått er godt er bare en oppfatning for nostalgikere i denne sammenhengen.

- Ressursforvaltningen er vanskelig og har slått feil. Følgen er mer intens drift for å holde inntekten oppe, - for sjarkfiskeren er det en klar medisinsk eller fysiologisk grense for yteevnen.

- Utviklingen, dette underlige og uklare begrepet som forklarer og unnskylder det som skjer, tilsier at kystfiskeren og den spredte bosetningen nå skal gå over i historien. Den historien som begynte med veidemannen som kom nordover og som langsomt ble bofast som fiskerbonde her på kysten og som nå er i ferd med å bli - ja hva? Industriarbeider i tettstedene sydpå? En bygdebok er utgitt. Første bind heter: Fra veidemann til fiskerbonde. Det neste bindet burde hete: Fra fiskerbonde til trygdemottaker, - dersom ikke utviklingen kan snues.

Fiskeren min ser i alle fall resultatet av det som skjer umiddelbart rundt seg. Han må arbeide mer intenst for å tjene det samme, barna hans har ingen fremtid på hjemplassen og har flyttet. Det er vanskelig å få hjelp for å stelle hans gamle og skrøpelige foreldre. Reguleringen av fisket har gang på gang rammet kystfiskeren hardest. Senest i år da torskefisket ble stoppet fordi de store båtene hadde fisket opp kvoten på skarpeste vinteren og langt til havs. Og statsbankene som før var selveste sikkerheten og som gjorde det mulig å bygge hus og kjøpe båt, ja de kan han ikke forhandle med - de er byråkratiske maskiner bundet av et regelverk som intet menneskelig vesen alene kan endre.

Folk flytter fordi de må, det finnes ikke arbeid. At byenes problemer øker har ingenskje direkte sammenheng med dette forhold. For oss er det på en måte et gode at arbeidsledigheten i landet er stor. Den dagen det problemet løses raser lokalsamfunnet vårt sammen.

Det er de unge som flytter, etter endt utdanning. Hva lærer de på skolen? Heimkunnskap inngår i mønsterplanen - men kan noen si hvordan utdanning virker på motivasjonen til å bli boende i sitt lokalmiljø? Også vi som leger har en slem tendes til å klumpe oss sammen i sykehusgettoer. Forstår heller ikke vi hvor den store utfordringen i dagens samfunn ligger?

Fredag 13. februar 1987 stod det et leserbrev i Finnmark Dagblad: Nekrolog over Loppa kommune. Sorg og tap av et elsket og avholdt lokalsamfunn ble beskrevet, og samtidig var det en bitter undertone av undring og fortvilelse over utviklingen. 1970-årene var rike og preget av fremgang og håp. Ut i 1980-årene synes alt å falle fra hverandre, og det er i samfunnet forøvrig liten forståelse for de svake som nå rammes av krise, og det er liten vilje til samhold og solidaritet. Brevet var undertegnet Konrad. Han er kommunens ordfører.

Men er alt dette noe som angår helsevesenet? Dersom det er et helseproblem, hvorfor er da våre samfunnsmedisinere opptatt av kolesterol, blodtrykk, røyk og sexvaner? Og går det i det hele tatt an å drive forebyggende arbeid på denne måten i et lokalsamfunn i oppløsning? Holder ikke de samfunnsmedisinske instituttene på med en helsetjeneste som gagner instituttene og ikke de samfunn de skal betjene? Har vi en helsetjeneste for helsetjenestens egen del?

Men hva vil det si å drive helsetjeneste på lokalsamfunnets vilkår? Det er langt fra kommunediagnose til handling. Dessuten synes det diagnostiske verktøyet som skal fatte lokalsamfunnets situasjon å mangle. Konrad er klar: ikke snakk til oss om røyk og kosthold og sexvaner og alkohol. Vis oss at dere vil hjelpe oss til å overleve, så kan dere etterpå kreve at vi stumper røyken. Jeg minnes den hellige Augustins bønn: Herre, gi meg det du krever og krev så siden det du vil.

Men tilbake til det medisinske: En fiskeskipper, enda ikke førti år, har et ferskt hjerteinfarkt. Turen til sykehuset tar 3 timer og vi har god tid til å snakke sammen. Han er ikke i tvil, det er "full farten" som dreper meg. Han må hele tiden yte maksimalt. Langt til havs med liten båt, ut over det tillatte for sikkerhet og godkjenning. Kvoten må taes så fort som mulig, under land venter papirarbeid og kreditorer, det må også gjøres unna i full fart og så ut igjen. Han vet godt hva som skjer dersom han kjører hovedmotoren på full fart. Har sykdommen en annen årsak her enn i læreboka?
I stille ettertanke og fortvilelse røyker vi hver vår sigarett. Han kom til sykehuset i god behold og rolig til sinns. Senere forliste båten nord for Bjørnøya, det skjedde også fort, men alle overlevde. Kreditorene venter imidlertid fortsatt.

En sjarkfisker kommer fortvilet på kontoret like etter at fiskestoppen er innført. Han vil egentlig bare snakke med meg. "Jeg føler at jeg ikke er noe verd som menneske lenger", sier han. Han har hus og hjem og egen båt, og han er dyktig. Han har i alle år klart sine forpliktelser. Nå er han avhengig av offentlig støtte. Han har magesår, det vet vi begge to, men det blir det ikke snakket om. Tilværelsen er blitt uten mening og da betyr heller ikke magesåret noe. Det må være lite intelligent å bygge ut medisinsk poliklinikk, tenker jeg, men hva skal kommunelegen gjøre?

Nei, sier en annen skipper, vi har diskutert ombord om vi skal sykmelde oss, men jeg har enda så mye selvrespekt at jeg går til doktoren når jeg er syk, ikke når jeg mangler inntekt. Han har så vondt i skulderen at kona må hjelpe ham med av- og påkledningen. Ingen av mannskapet hans kom for å be om sykmelding. Selvrespekten er viktigere enn pengene. Men familien trenger hjelp til livets opphold, hvordan skal støttetiltakene være? Hvordan kan selvstendige og dyktige mennesker hjelpes slik at de bevarer sin selvaktelse?

Jeg ser ingen lyspunkter, sier en annen. Han har levet en stund. Uvær og forlis, svart hav, to verdenskriger og tvangsevakuering og nedbrenning av hele lokalsamfunnet har han gjennomlevet. Men nå ser han ingen lyspunkter. Det er ingen grunn til å tro at antidepressiva vil hjelpe. Jeg kan bare bøye meg for hans innsikt, det er ingen lyspunkter. I krisepsykiatrien har vi lært om sorg og tapsreaksjoner hos enkeltindivider. Kan et samfunn reagere på samme måten? Gjennomgå de samme stadiene? Er vi alle sammen her inne i en fase med benekting og på overgangen til apati? Som kommunelege har jeg orkesterplass til den betydelige forandringen som lokalsamfunnet gjennomgår. Og mer enn det, det som skjer rundt meg angår også meg slik at krisen i lokalsamfunnet også blir en krise for meg.

Det som skjer er mer enn et spørsmål om å mestre arbeidsledighet. Lærebøker i arbeidsmedisin behandler arbeidsledighet og nedleggelse av arbeidsplasser. Medisinen er fleksibilitet og evne til omstilling. Er det noe som kjennetegner fiskere så er det nettopp fleksibiliteten. Fiskeren er som poteten, sier Konrad, han kan brukes til alt.

Og det er mer enn et økonomisk spørsmål og krav om lønnsomhet, og det er mer enn et spørsmål om ressursforvaltning og marked for omsetning av fisk. Og det er mer enn et spørsmål om helsetjeneste.

Vi gjennomlever en krise hvor den kulturen som lokalsamfunnet er en del av synes å gå i oppløsning. Det røres ved grunnleggende verdier og ved meningen med tilværelsen og ved det håp og den tro som fremtiden skal bygges på.

⇒

Ill.: KE Harr

I denne fase av utviklingen skal også jeg og den faglige innsikt i menneskets tilværelse som jeg representerer være med på å gi premissene for den videre utvikling. Kan det i krisen være en kime til nyorientering? Kan krisen lære oss hva som er viktig å verne om og hva vi kan klare oss foruten? Kan vårt lokalsamfunn si noe om de viktigste verdiene i vårt samfunn og om hvordan de kan bevares og styrkes?
Og kan ikke en lege si noe vesentlig om de grunnleggende verdiene for menneskets eksistens og menneskenes samfunn?
Har samfunnsvitere og sosialøkonomer noe å bidra med som er viktigere enn det helsevesenet forvalter, nemlig kunnskap om mennesket?

Vi som arbeider i primærhelsetjenesten står nærmere virkeligheten enn våre kolleger i de ulike institusjonene. Dette gir oss spesielle muligheter og et spesielt ansvar. Det synes ikke som om de anerkjente metodene i vårt fag fanger opp den virkeligheten som vi ser, og vi må derfor være frimodige nok til også å søke andre tilnærmingsmåter. Oppgaven er intet mindre enn å være med på å skape et mer menneskeverdig samfunn. Det gjelder velferdsstatens egentlige troverdighet.

Studiet av menneskene har alltid hatt en spesiell plass blant vitenskapene. Vår berettigelse beror på at vi forstår hvorfor og hvordan kunnskap om mennesket er viktig. Ærefrykt for livet og meningen med tilværelsen er nært knyttet til dette.
Helsetjenesten må i større grad, både teoretisk og praktisk, fungere på menneskenes premisser og ikke på helsevesenets. Vi som står virkeligheten nærmest må holde sammen nå og vi må våge spranget bort fra våre egne problemer og ut i den opplevde virkeligheten rundt oss.

Vi må holde sammen, for det er mye arbeid som venter. Vi må i større grad bli premissleverandører for våre kolleger i 2. og 3.-linjetjenesten, og vi må bli premissleverandører for politikerne. Det gjelder sentrale og viktige områder som metodeutvikling og arbeidsoppgaver, og det gjelder holdninger og verdivalg. Vi må være de fremste forkjempere for det menneskelige miljøet. Deri ligger vår egentlige berettigelse.

Og oppfyllelsen av Den store loven er ikke helse, heller ikke lønnsomhet og riktige prioriteringer. Oppfyllelsen av Den store loven er kjærlighet. La oss bidra til å skape en helhetlig tjeneste i kjærlighet. Til beste for oss selv, våre medmennesker og våre barn.
Det skje.

Kommunelege
Eystein Straume

❑

Rapport frå ein ny klode.

Hei! Her er vi med eventyrlyst
og tiltak! Vi kjem
frå utkantane

og står ein dag på Østbanen
og spør om vegen
med for låge stemmer

berre vane med å overdøyve
dieseldunk og måkeskrik. Lysta
på Eventyret

er lysta på varme hus, stabilt
arbeid og folk omkring oss, tiltaket
er reisegodtgjerdsle frå Arbeidskontoret

men komne til denne nye
kloden har vi vanskar
med å gå i rett takt

for asfalten fjærar ikkje
som myrene heime.

Vi svømmer langsmed garnet

som seien i notstenget
og skrubbar snuten til blods
til vi liknar dei andre.

Ola Grøvdal.

Refleksjoner i november

Per Støen, f. 1960. Cand.med. 1985 Trondheim. Kommunelege i Averøy på Nordmøre 1987-89. Siste 1/2 år Kommunelege II i Nord-Fron.

Av Per Støen

Det er mandag formiddag i slutten av november. Dagens andre forskalingssnekker har forlatt legekontoret med forlenget sykmelding og fysioterapirekvisisjon. Kiropraktoren hadde funnet skeiv rygg, flate og utglidde skiver og mye slitasje. Det hadde ikke vært tegn til bedring, og kiropraktoren anbefalte omskolering.

Pasienten arbeider som mange andre menn her i dalen innen bygg- og anleggsbransjen. De er ansatt i store firmaer, og ukependler til byggeplasser forskjellige steder på Østlandet. Disse moderne anleggsarbeiderne har ikke rallarhatt og snus under leppa. De tjener godt, har familie og enebolig. Arbeidsuka er kort og hektisk-arbeid til langt på kveld for å gjøre helga hjemme lengre. Arbeidet er fysisk krevende med høyt tempo og variabelt arbeidsmiljø. De fleste trives likevel i bransjen. Det er kameratskap og "lagånd" på arbeidsplassen. Sysselsettingen innen bygg og anlegg varierer med årstid, og særlig med konjunkturene i den store verden. På kommunelegekontoret har vi vanligvis bare sporadisk kontakt med pendlerne, mest i forbindelse med vaktkonsultasjoner i helgene. Men nå på seinhøsten i år har de kommet i hopetall også på dagtid. De har vondt i rygg og skuldre, og ønsker å "få gjort noe med det". Smertene har startet akutt, men plagene har ulmet i måneder og år. Tøffe arbeidskarer bruker ofte superlativer for å beskrive smerteintensitet.

Jeg har fundert på hvorfor så mange anleggsarbeidere har fått så mye smerter nå i november. Den første tanken som slo meg var at dette hadde å gjøre med værforandringer og deres innvirkning på muskulatur, ledd og psyke. Etterhvert har det gått opp for meg at de fleste av disse pasientene er permittert eller står i fare for å bli det. Men ukers arbeidsløshet har slett ikke bedret smertene. De fleste ser sammenhengen mellom arbeid og symptomer, men blir forlegne og svar skyldig hvis de blir konfrontert med avlastningens manglende effekt. Forståelse for sammenhengen mellom permisjonsspøkelset og plagene er mye mindre. Det er kiropraktoren som gir best trøst. Han viser røntgenbilder og gir enkle morfologiske forklaringer på smertene. Slitasjeforandringer er legitimasjon og anerkjennelse for mange års tungt arbeid.

En skal ikke ha vært lenge i allmennpraksis før en blir slått av de mange aspektene knyttet til sykdomsgruppen *belastningslidelser.* Den fysiske ("ergonomiske") belastningen er ofte bare en liten del av problemkomplekset. Det er likevel den pasienten - og kanskje også bedriftshelsetjenesten - er mest opptatt av. Kanskje er det den som er mest håndfast og lettest å gjøre noe med. Men jeg tror trussel om permittering, dårlig trivsel på arbeidsplassen og problemer i samliv og nærmiljø betyr mer som risikofaktorer. Vi må heller ikke miste av syne at alvorlige somatiske sykdommer - revmatiske eller neoplastiske - forekommer, og kan debutere som en belastningslidelse.

Hvordan trives så disse bygg- og anleggsarbeiderne i sykerollen?
Jeg tror de fleste av dem har en god arbeidsmoral og en velutviklet evne til egenomsorg. I travle tider med mye oppdrag har de høy terskel for å oppsøke helsetjenesten med belastningsplager, og det kan være en betydelig "indre justis" på arbeidsplassen mot å bli syk. I tider med manglende oppdrag og permitteringer derimot, har de vanskeligere for å leve med belastningsplagene. Av og til blir de da også oppfordret av arbeidsformannen til "å sykmelde seg" eller å "få gjort noe med" ryggen eller skuldrene.

Jeg tror langt de fleste ikke ønsker å gå sykmeldt. Men når alternativet er

Tegning: Ragnhild Gjerstad

arbeidsledighet, foretrekkes likevel sykerollen. Tungarbeideren trives dårlig i køen på arbeidskontoret sammen med skoletrøtte 17-åringer og ressurssvake alenemødre. Ved å være sykmeldt bevares selvaktelsen bedre i forhold til familie og nærmiljø. I vårt samfunn er somatisk sykdom mer akseptabel enn arbeidsløshet.
Også trygdesystemet vårt verdsetter sykdom høyere i kroner og øre. Det har flere uheldige sider at sykepengene er høyere enn dagpengene. For det første er det antiterapeutisk. Konsekvensen av bedring og friskmelding kan være at arbeideren ikke lenger kan betale sine renter og avdrag, og derfor må gå fra hus og hjem. I slike tilfeller ser en liten effekt av kortisonsprøyter, ultralyd, massasje og alt det andre vi foreskriver. Bedre effekt har ofte telefonen fra arbeidsformannen om at nye oppdrag er i sikte.

Sykmelding som alternativ til arbeidsledighet forkludrer ledighetstallene. I økonomiske "ulvetider" er ledighetsstatistikken bare toppen av isfjellet. I tillegg kommer det økende antall sykmeldte, attføringsklienter og uføretrygdkandidater. De eldste arbeiderne "førtidspensjoneres" (=uføretrygdes). Mange eldre arbeidere føler seg slitne og lite produktive, og synes de kommer til kort på arbeidsplassen. De har mindre toleranse for stress og mindre evne til omstilling - f.eks. ved innføring av ny teknologi. Enkelte yrker egner seg kanskje heller ikke for eldre arbeidstakere. Med den høye og lite fleksible pensjonsalderen vi har i Norge er da deres eneste utvei å tre inn i sykerollen. Selv om det er lite galt å finne, får de ofte en belastningslidelse i diagnoserubrikken. Når uføretrygden er et faktum, gjennomgår de gjerne en remisjon, og de blir sjelden å se på legekontoret.

Gnisninger og samarbeidsproblemer på en arbeidsplass fører svært ofte til sykmeldinger. En tilspisset konflikt roer seg ved at en eller flere blir pasienter og forsvinner fra åstedet for en tid. Passordet til trygdekontoret er gjerne akutt lumbago eller nakke-myalgi.

Problemer i forhold til arbeidslivet må gi seg utslag i somatiske symptomer dersom den enkelte skal få adgang til økonomiske ytelser. Det er i stor grad allmennpraktiserende leger som formidler disse ytelsene. Dobbeltrollen som behandler og trøster på den ene siden, og forvalter/"kontrollør" av store samfunnsmidler på den andre er både vanskelig og frustrerende for oss leger. Behandlerrollen er vanskelig fordi pasienten må holde på plagene for å opprettholde retten til sykepenger eller for å få innvilget uførepensjon. Oftest kan vi gjøre lite med de ytre problemene som forverrer og kronifiserer symptomene. Forvalterfunksjonen av trygdemidler kan være problematisk fordi det er lite objektive funn hos disse pasientene som tilsier at de er arbeidsuføre. Samfunnet og næringslivet ønsker likevel fortsatt at vi leger skal ha kontrollfunksjonen når det gjelder hvem som ikke kan arbeide. Bare ved sykdom inntil tre dager blir arbeidstakeren selv tiltrodd denne oppgaven. Det er viktig å være klar over at vi under utøvelsen av dette kan være med på å maskere og tåkelegge problemer i samfunn og arbeidsliv. En kollega i Østfold fikk nylig Trygdeverket på nakken fordi han erkjente å ha sykmeldt "friske" folk etter en bedriftsnedleggelse. Det illustrerer hvor vanskelig og følsomt det er å belyse og diskutere dette emnet.

Jeg tror det er lite helsetjenesten kan stille opp med overfor de samfunnsforhold som gjør stadig større deler av befolkningen til pasienter. Det er likevel viktig at vi påpeker disse, og skaper debatt om bruken av sykepenger og trygd. Vi må også gjøre politikerne oppmerksomme på at en del forhold ved selve trygdesystemet er sykdomsfremkallende.

Kommunelege
Per Støen

❑

Hvorfor kunnskap forblir ubrukt

Berit Olsen er fylkeslege i Finnmark.

Svaret er enkelt: fordi mennesket ikke er et rasjonelt vesen

Av Berit Olsen

Men når vi stiller et slikt spørsmål, avslører det vel egentlig en dyptsittende kollektiv forestilling om at vi er rasjonelle.
- Det er kanskje vår Kant'ske arv, dette.

Ifølge Kants morallære er det den menneskelige fornufts indre lovmessighet som alene og egenmektig leverer det kategoriske imperativ som svar på den ansvarlige selvransakelse. Etter hans oppfatning kan mennesket som fornuftsvesen ikke ville en handling som i sin grunnsetning inneholder noe åpenbart fornuftsstridig.
-Jeg derimot, bekjenner meg til den kanskje altfor nøkterne mening at man må være en verdensfremmed professor og en lidenskapelig tilbeder av den rene fornuft om man bare et øyeblikk skulle tro dette for alvor. Ja, for meg ligger det noe nærmest rørende i den kolossale overvurdering av oss gjennomsnittsmennesker som filosofen her gjør seg skyld i, når han hevder at vi kan holdes tilbake fra en hvilken som helst handling som vi av naturlig tilbøyelighet føler oss drevet til, bare ved en rent fornuftsmessig erkjennelse av at det skjuler seg en logisk uoverensstemmelse i handlingens grunnprinsipp!

La oss derfor prøve en mer praktisk og jordnær tilnærming, og spørre:

Hvorfor fører ikke den kunnskapen vi har i helsevesenet til endringer, både på det individuelle plan og i et større samfunnsmessig perspektiv?

Nå er det ikke nødvendigvis et ubetinget gode at all kunnskap raskt omsettes i praktisk handling, spesielt ikke i vår ukritiske mediatid, hvor sterke rop raskt runger for omlegging av etablerte rutiner,- ofte basert på én enkelt undersøkelse, ikke engang nødvendigvis gjennomført metodisk solid. - Det jeg mener å si er at det finnes en sunn form for konservatisme i norsk helsevesen som stiller seg åpen og nyfiken, men kritisk avventende til enkeltundersøkelser, - som avventer ytterligere dokumentasjon, og krever repeterbarhet i resultatene med annerledes metodikk, en dose-respons effekt, logisk forklarbarhet, osv.

Ellers er det naturligvis et generelt problem at kunnskap blir brukt som med fordel kunne vært ubrukt; - utgravinger av forkullede benrester fra boplassene til Peking-mannen viser at det mennesket først av alt gjorde, etter at det hadde tilegnet seg kunnskapen om bruken av ild og redskaper, var å slå sin bror i hodet med øksa og brenne ham på bålet.

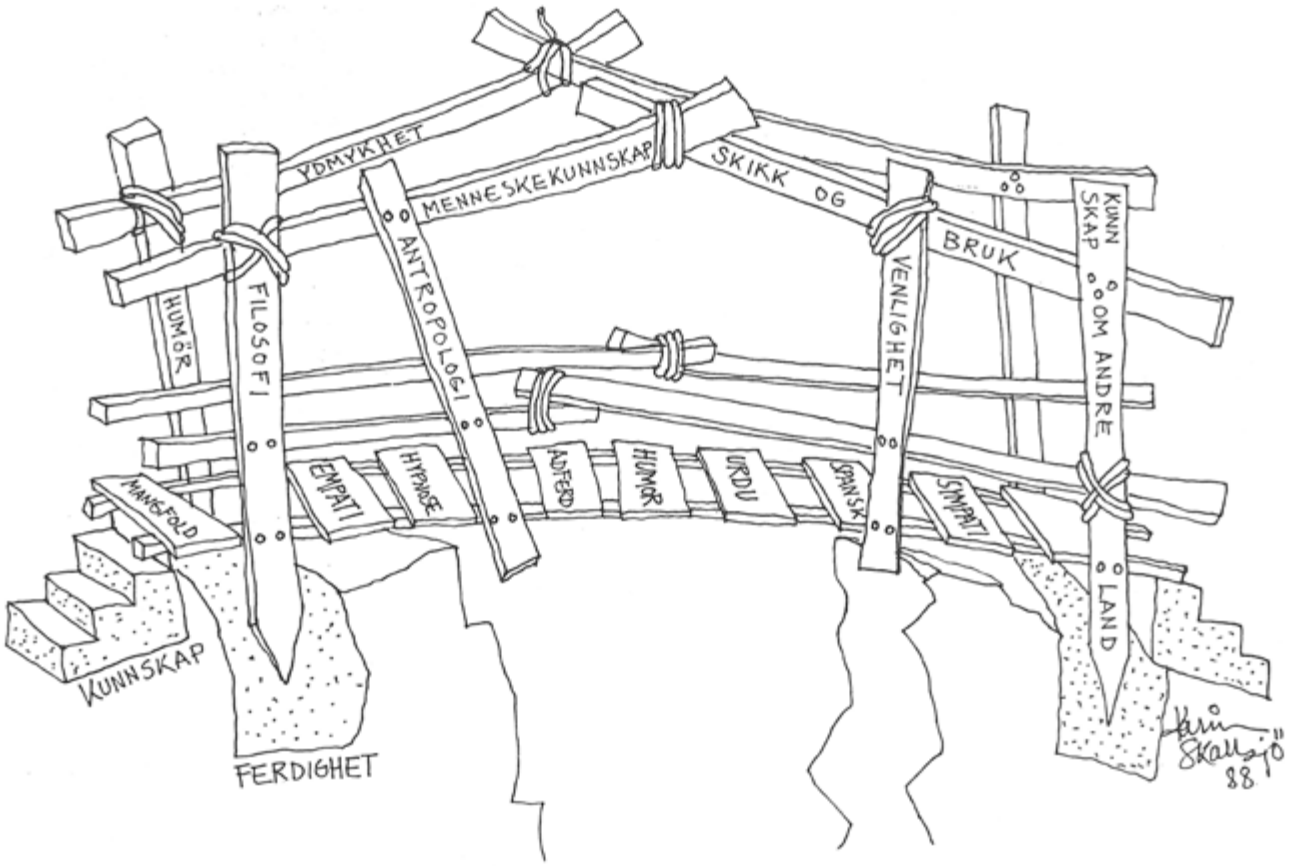
Og slik har det til en viss grad bare fortsatt.

Men dette er ikke mitt hovedanliggende, - snarere: når vi så har en solid basis for vår kunnskap, hvorfor skjer da lite eller intet?

Avisene skriver hysterisk om det ene mulige kreftfremkallende stoff etter det annet. Det er derfor et tankekors at f. eks den solide kunnskap vi har om sammenheng mellom røyking og lungekreft fører til så liten endring.

Ta følgende to eksempler:

Eks. 1:
Av et gjennomsnitt på 1000 unge menn som røyker daglig vil:
- 1 bli myrdet
- 6 bli drept i trafikken



- og ca 250 vil dø før sin tid pga. tobakken,og relatér det f. eks til sannsynlig spaltemeter avisomtale pr. individ.

Eks. 2:
I Norge tas det i dag årlig 520 000 prøver fra livmorhalsen. Dette er tilstrekkelig kapasitet til å ta en prøve hvert tredje år av alle norske kvinner over 16 år (som er anbefalt intervall). Likevel ligger vi etter de øvrige nordiske land mht. nedgang i nye tilfeller av fullt utviklet kreft i livmorhalsen og nedgang i dødelighet. Hvorfor? Svaret er ikke så enkelt, - men en del av det er: vi tar prøvene helt tilfeldig av dem som dukker opp til prevensjonsveiledning og svangerskapskontroll på legekontorene, dvs. av de mest helsebevisste, unge kvinnene. En undersøkelse fra Troms- og Finnmarkskommunene viser at i de kommunene hvor mer enn 60 % av den kvinnelige befolkningen hadde vært til prøvetaking, falt hyppigheten av livmorhalskreft over en 10-årsperiode mye kraftigere enn der dekningen var lavere.
Hva handler dette om??
Det handler om hindre; både systemhindre og individuelle hindre.
Av systemhindre kan vi lett identifisere enkelte:

a) Kortsiktige behandlingsmessige perspektiv i helsetjenesten.
Her virker slike faktorer som:
Helsepersonellets utdanning, karrierestruktur og mobilitet,-
som alt sammen tenderer til å motvirke langsiktige forebyggende perspektiv.

b) Den desentraliserte organisasjon av primærhelsetjenesten. Enkelte trekk ved denne kan virke hindrende, bl.a. de små enhetene, som gir liten gevinst lokalt - det gjelder få individer. Samordningsvansker (kfr f. eks. forslaget om mammografiscreening organisert av hver fylkeskommune), politisk detaljstyring, uklare faglige ansvarslinjer.

c) Ulike forvaltningsnivå.
Fylkeshelsetjenesten - som får de budsjettmessige konsekvensene av manglende sykdomsforebygging har intet ansvar for forebygging, det er lagt til kommunehelsetjenesten. Dette gir manglende feed-back og nødvendig incitament til å satse forebyggende. Særlig i økonomisk trange tider kan dette være et hinder.

d) Den delte faglig-administrative akse. Kan lett gi som resultat pulverisering av ansvar,og samordningsproblematikk.

Men det største systemhinder er utvilsomt:

e) Interessemotsetninger:
- fagforeninger - befolkning/potensielle pasienter
- geografiske områder
- sosiale lag
- politiske/ideologiske
- Industri/miljøforurensning/ arbeidsplasser - helse.

Vi lever i et samfunn hvor alle avgjørelser skal tas mot minst mulig motstand. Dermed blir resultatet minimale endringer, for endringer er det alltid noen som motsetter seg.

En kan spørre seg om sterkere politisk styring gir større innretning mot raske resultat, og derved fungerer som et systemhinder. Uansett lider det mer langsiktige perspektivet.

Så til de individuelle hindre:
Det er en utbredt oppfatning blant helseopplysere at kunnskap/informasjon leder til holdningsendringer som igjen leder til endring av adferd. Skulle man være nihilist, kunne man si at det er like gjerne holdninger/motivasjon som leder til kunnskapstilegnelse, og adferd som leder til holdningsendringer. (Et

⇒

godt eksempel på det siste er utenomekteskapelige forhold, - som de fleste har klare holdninger til inntil evt. egen adferd framtvinger en endret holdning, så å si av nødvendighet for å overleve med seg selv!).

Altså er det ikke så enkelt. Kunnskap er sannsynligvis bare én av mange faktorer som må til for å frambringe endringer i holdning og adferd, - kanskje ikke en gang den viktigste. Mennesket er et sosialt vesen, og gruppetilhørighet og aksept betyr mer for oss enn vi liker å være ved. Derfor er det kanskje helst slik at gruppeoppfatninger og "meningsklima" er kraftigere virkemiddel enn den individuelt tilegnede kunnskap. (Røyking er et godt eksempel: kunnskap om helseskadene er åpenbart ikke tilstrekkelig til å endre røykevanen, - men kom igjen stormforelska hvor den tilbedte overhode ikke kan tenke seg å kysse en røyker!)

Ifølge Parsons handlingsteori er menneskelig adferd orientert mot oppnåelsen av de tilstander som oppfattes å ha høyest verdi (valued states). Det er derfor viktig å erkjenne at god helse ikke har samme verdi for alle, - og spesielt har god helse i framtida ikke lik verdi for alle. Hvor langt tidsperspektiv en legger vekt på vil variere.

Mange fagområder har ytt verdifulle bidrag til forståelsesmodeller for helseopplysning: antropologer har bidratt med studier av motstand og gruppepress, sosiologer har bidratt med studier på helseadferd/sykdomsadferd og sykerollen. Et viktig bidrag har sosialpsykologene stått for; nemlig det som kalles The Health Belief Model (på norsk: Helseoppfatningsmodellen?)

The Health Belief Model
ble utviklet av en gruppe amerikanske sosialpsykologer i et forsøk på å forstå hvorfor folk ikke benyttet seg av tilbud om screening for tidligdiagnostikk av asymptomatisk sykdom.
Senere har modellen vært anvendt i en rekke studier av pasienters respons på sykdom og på compliance ved medikamentelle regimer.

Kort sagt baserer modellen seg på følgende tese:
Hele vår adferd baserer seg på "interne forhandlinger": dersom de antatte fordeler ved adferden oppveier de antatte barrierer, vil vi handle.

(Det kan høres ut som en variant over Immanuel, - men inkluderer ikkelogiske, individuelle faktorer.)

Ifølge denne modellen vil en person engasjere seg i helsefremmende adferd hvis:
- han/hun oppfatter seg selv som utsatt eller mottagelig for sykdommen X
- han/hun tror at det å få sykdommen X (eller å opprettholde adferden Y) vil ha alvorlige konsekvenser
- han/hun tror at det gitte tiltaket (adferden Y) vil være nyttig
- han/hun ikke støter på barrierer mot å iverksette tiltaket (adferden Y)
- han/hun erfarer en "trigger" (påskyndelse) til å iverksette tiltaket (adferden Y)

(eks: X = lungekreft, Y = slutte å røyke).

Nytter det så?

Svaret er ja, - men ikke ubetinget. Det er bl.a. avhengig av hvordan og hva vi måler. Hvis vi i eks. ovenfor måler Y etter en helseopplysningskampanje hvor vi har prøvd å fremme kunnskap om sammenhengen mellom X og Y, og de antatte fordeler ved Y, - og vi så finner etter avsluttet kampanje at det er blitt lite mer av Y, så behøver ikke det å bety at vi har mislyktes i vår målsetting: det kan bety at barrierene ved Y er mye større enn de antatte fordelene ved Y for den enkelte, - det kan også være et spørsmål om tidsperspektiv.

Det er et problem at det er gjort få skikkelig evaluerte studier av nytten av helseopplysningstiltak. Dessverre må vi erkjenne at status mer er preget av intuisjon og evangeliseringsiver, enn av vitenskapelige holdninger.

Men etpar eksempler på suksess bør vi ha i bakhodet - for å styrke moralen:

1) Vaksinasjoner
Bare oppslutninga om vårt nasjonale program er en fjær i hatten for norsk helsepersonell. Ute i verden spør de hvordan vi gjør det!
Beste enkelteksempel her er nok i global sammenheng utryddinga av kopper.

2) Oslo-undersøkelsen
Er et paradeeksempel på at enkle helseopplysningstiltak rettet mot røyking og serumkolesterol i forbindelse med helsekontroll kan gi effektive bidrag til å redusere sykelighet og dødelighet av hjerte-kar-sykdommer.

Når jeg har skilt mellom systemhindre og individuelle hindre, er ikke det nødvendigvis noe egentlig skille; systemhindre er ofte summen av individhindrene. Fra Ivar Frønes og Ola Stafsengs hefte "Helsepedagogikk" har jeg henta et lærerikt eksempel:

En lærling bruker tøysko istedetfor vernesko. Han ender med en knust fot. Og nå kan en legge vekten på at gutten var ung, uerfaren, dumdristig, - kort sagt; det "måtte" gå slik. Dette er å individualisere og privatisere problemet. En annen måte å se hendelsen på, er å ta utgangspunkt i de erfarne arbeidskameratene, og spørre hvordan det kan gå til at de lar unggutter bruke tøysko, - hvordan kan de bare "se på ", istedetfor å ta medansvar for guttens helse. Altså en alternativ problemforståelse som ser problemet kollektivt, før ulykken. Det angår heller ikke primært unggutten. Ved å legge vekt på likheten med de andre, fokuseres deres ansvar. Vi forsøker å politisere og kollektivisere problemet. Det skjer gjennom å avvise at problemet handler om individ eller en knust fot:
vi sier at det handler om kontekst og organisering av arbeid.

Det er et hovedskille mellom privatiserende mekanismer og metoder, og politiserende (i betydningen: det som angår fellesskapet) mekanismer og metoder.

Cath Jackson

POLITISERENDE MEKANISMER/ METODER	PRIVATISERENDE MEKANISMER/ METODER
Medansvar	Tilskuer
Kollektivisering	Individualisering
Kontekst	Individ
Integrering	Isolering
Avdramatisering	Dramatisering
Åpenhet	Lukkethet

I eks. ovenfor vil privatiserende mekanismer føre til at en vektlegger det som skiller unggutten fra arbeidskameratene: det at han er ung, uerfaren. De gjør arbeidskameratene til tilskuere, og tillegger individuelle faktorer størst vekt; det er unggutten's problem, og hans egen skyld, og angår ikke andre - hvis de da ikke steller seg like dumt. Arbeidsuhellet er en dramatisk hendelse, som medfører oppstyr og hylende ambulansesirener til legevakten, - kanskje også oppslag i avisa. Helsepersonellets taushetsplikt om ulykken bidrar ytterligere til å individualisere og lukke for innsikt som kunne ha ledet til endringer.

Nå er det slett ikke sikkert at det er vi som helsepersonell som er best egnet til å hjelpe og veilede folk i spørsmål som har med helsemessig adferd å gjøre. Sannsynligvis er det slik at arbeidskamerater har betydelig større gjennomslagskraft enn bedriftshelsetjenestens personell, naboen større enn doktoren, osv.

Et eksempel fra zoologien har trolig overføringsverdi:
Alle dyr som lever i samfunn har velutviklet innbyrdes rangordning. Det er en viktig forutsetning for artenes overlevelse. I et forsøk med en apekoloni isolerte man den apa som stod nederst på rangstigen med en maskin som ved etpar enkle håndgrep ga fra seg en fersk banan. Etter noen gangers prøving og feiling hadde apa lært teknikken. Nå ble den satt tilbake i kolonien sammen med banan-automaten. De andre apene var mektig interressert i å kakke apa i hodet og røve fra den bananen som den henta ut fra maskinen. Så gjentok man isoleringsforsøket med den apa som stod høyest på rangstigen. Også denne lærte seg raskt de nødvendige håndgrep, men når den så ble satt tilbake i kolonien medbragt automaten fulgte de andre apene nøye med i hvorledes håndgrepene ble utført, og etter kort tid kunne alle hente seg friske bananer fra automaten.

Det jeg mener å si med dette er: Det er ikke sikkert at legen er den apa som de andre vil lære av!

Ekte kommunikasjon bygger på tre forutsetninger:
1) Gjensidig utveksling av informasjon
2) Likeverdige partnere
3) Felles målsetting

Det er mulig det er en kjettersk tanke, men er det virkelig mulig å oppnå ekte kommunikasjon i lege- pasientforholdet?

På den andre siden har vi sett mange pasientgrupper søke sammen i spesialforeninger, basert på felles erfaringer, - det samme har tildels skjedd i kvinnebevegelsen, innen den homofile bevegelsen, i mange land også innen fagbevegelsen, osv.
Slike grupper har en rekke karakteristika som gjør at de har vesentlig større slagkraft og gjennomtrengelighet enn de profesjonelle hjelperne:

1) Medlemmenes felles erfaringer.
2) Gjensidighet i hjelpe- og støttefunksjoner.
3) Ny-orientering (Differential association: Styrking av gruppens normalitetsbegrep, avvisning av tidligere identitet som avviker.)
4) Hjelper-prinsippet (Den som hjelper får kanskje mest i hjelpersituasjonen).
5) Kollektiv viljestyrke og tro.
6) Faktisk informativt nivå høynes.
7) Konstruktiv handling mot felles mål.

Og kanskje er det heri nøkkelen ligger til forståelse av det tilsynelatende gåtefulle i at kunnskap forblir ubrukt:

Det er først når vi som politiske og tenkende individer har konkret og dagligdags bruk for kunnskapen at vi etterspør den, - og kanskje også vil komme til å anvende den.
På en bedriftshelseundersøkelse i Hammerfest var det en som sa: "Dokker spør kor mye æ røyke og drikk og om seksuallivet mitt, - men kor mye lån æ har på huse, det spør dokker ikke om!"

Jeg sa innledningsvis at mennesket ikke er noe rasjonelt vesen. -Det tror jeg vel egentlig ikke er helt sant. Det er bare slik at vår sjelelige rasjonalitet ikke følger logikkens lover, men helt andre. Lover som vi med hånden på hjertet må si vi ikke alltid overskuer eller kjenner.
Jeg vet ikke om det er altfor dristig, men jeg kunne tenke meg et slags hverdagsfilosofisk tilsvar til den gode Immanuel fra peiskroken i Vadsø:

Hvis vi går tilbake til Parsons handlingsteori, og spør: Hvilken tilstand er det som har høyest verdi? - Jeg innbiller meg at mange vil si: å være lykkelig.
Hvis det er slik at vårt mål er å være lykkelige, vil et sentralt spørsmål være: når er vi lykkelige?
Et forsøk på svar kan være: når vi føler oss hele i opplevelsen av tilstanden.
Når føler vi oss hele?
Ofte når vi er ulykkelige.

Når vi er ulykkelige, er vi det helt og holdent, gjennomsyret av vår ulykke, vårt mismot, depresjon, vår mislykkethet. I ulykkelige stunder er vi fri all vår vanlige ambivalente vakling mellom skal/skal ikke, bør/bør ikke, elsker/elsker ikke, og vi trøster oss helhjertet i selvmedlidenhet i vår elendighet og koser oss med vår misnøye. Vår ulykke beveger oss og får oss til å kjenne oss hele, - og derfor kanskje lykkelige.

Det jeg mener å si er:
at vi i vår sjelelige rasjonalitet godt kan velge det som smerter, sårer og skader oss, - fordi det samtidig er det som evner å røre oss, som gjør oss hele.
Og her - i dette vanskelige området - tror jeg noe av svaret på hvorfor kunnskap forblir ubrukt må søkes.

Berit Olsen

❑

Kasuistikkspalten

Vi presenterer i dag to kasuistikker. Hver forteller på sin måte om at legens beste hensikter og hans bestrebelser på å være faglig korrekt likevel ble en bjørnetjeneste for pasienten....
Vi tar gjerne i mot flere kasuistikker!

Kasuistikk 1

En hyggelig konsultasjon: 38 år gammel kvinne, endelig gravid igjen, datteren er allerede fjerdeklassing. Jeg gjennomfører vanlig svangerskapskontroll og henviser til ultralydscreening på sykehuset.
Noen dager senere har jeg gynekologen på telefonen: Har du snakket med damen om fostervannsdiagnostikk? Nei, det har jeg ikke - er hun så gammel - jeg tenkte ikke i slike baner midt oppi all lykken.
Vel, damen innkalles, mannen kommer faktisk også. Jeg informerer etter beste evne om det tilbudet de har, om hensikt, muligheter og risiko. De er skjønt enige, de sier nei takk. De vet det er en viss risiko for et mongoloid barn i deres alder, men dette er kanskje deres siste sjanse, hvordan skulle de klare å ta det bort.
Da er det bedre ikke å vite.
Det går noen uker. En dag kommer kontorsøster og sier at den gravide kvinnen sitter på venterommet. Hun gråter, kan du ta henne inn snart? Hun er ganske riktig i dårlig form. Hun har sittet oppe og grått i natt, mannen og datteren også, men de kom seg avgårde til jobb og skole i morges. Det klarte ikke hun. For i går var hele familien avgårde til ultralyd-undersøkelse. Der fikk de seg et sjokk. Det kunne nemlig se ut som om barnet var mongoloid. Det var noe med en hevelse i nakken. Men sikker var man ikke uten fostervannsprøve, og det var nå bestilt til like over påske.

Jeg vil ikke skrive mer om hvordan dette gikk. Man kan tenke seg flere muligheter, ikke sant? Men jeg henfaller til grubling. Er dette riktig? Her sier folk nei takk til en medisinsk undersøkelse for å slippe å ta et valg som er umulig for dem å ta. Ekspertisen respekterer dette, men så i neste øyeblikk får de en annen undersøkelse tredd nedover hodet som tvinger det umulige valget på dem likevel. Bakveien! Her nytter det ikke å komme seg unna. En telefon til gynekologen viser at han også grubler. For ham ble det et dilemma hva han skulle gjøre med det han faktisk så. Ville det være etisk riktig å holde denne informasjonen tilbake?Vi fant ingen klare svar, men vi følte vi hadde berørt noen viktige spørsmål: Er dette slikt som skjer fordi teknologien kommer ut av kontroll, dvs. når den - fordi den finnes og noen behersker den stadig bedre - får nye bruksområder man ikke tenkte på da teknologien ble utviklet og tatt i bruk? I "gamle dager" kunne man lokalisere placenta og bestemme termin v.hj.a. ultralyd, og det er nok nyttig. Men er det nyttig at man blir stadig mer avansert i sin diagnostikk, og for hvem er det i så fall nyttig? Kankje for kommunene hvis allerede pressede budsjetter også skal omfatte tiltak for HVPU-klienter? Er all informasjon av det gode, eller er det av og til bedre ikke å vite? Etiske råd og komiteer har sannsynligvis skrevet bindsterkt om slike spørsmål. Men denne gangen kom det tett innpå min kliniske hverdag.

Kasuistikk 2

Jeg var nylig kommet tilbake til praksisen etter å ha jobbet 1 år på sykehus. Det hadde vært godt med en pause og vikaren min hadde skjøttet alt på beste måte. Men nå gledet jeg meg over å treffe mine gamle pasienter igjen. Jeg holdt akkurat på å avslutte en konsultasjon med fru X. Hun var en dame på 65 år, hadde leddgikt og hadde vært pasient hos meg i en årrekke. Gikta var nokså "snill", men fru X var ensom, hadde opplevd mye vondt i livet, var deprimert i perioder og temmelig engstelig, særlig for sykdom. Hun var alltid takknemlig for å få litt tid til å prate om seg og sitt.
Nå spør hun:- idet hun skal til å reise seg fra stolen - "burde jeg kanskje sjekke kolesterolet igjen?". Jeg blar litt i journalen og ser at for 9 mndr. siden var hennes serumkolesterol 8,2. "Nja - du røyker vel ikke...". "Ånei, jeg har aldri tatt en sigarett, og jeg spiser helst grønnsaker pga. gikta. Men er ikke kolesterolet mitt veldig høyt?" "Nei, for en kvinne på din alder med en så sunn livsstil har det ikke så mye å bety, selv om det ligger litt over de anbefalte verdiene..." (Jeg kan selv høre at stemmen min blir litt usikker og spørrende - 8,2, er ikke det ganske høyt, vet jeg egentlig noe om hennes familiære risiko? Og hva med kaffen...)

Da er det hun forteller meg følgende historie: "Nå skal du høre hva som skjedde: Jeg hadde fått sjekket kolesterolet og ringte til vikaren din for å høre resultatet. Han sa at det var så høyt at jeg burde komme ned en av de første dagene for å snakke om hva som kunne gjøres. Da ble jeg så redd! Jeg fikk helt panikk. Jeg gikk ut i hagen hvor jeg holdt på å luke, og jeg kjente at jeg hadde vondt i bringa. Det har jeg i grunnen nesten støtt, særlig hvis jeg arbeider med noe, jeg har alltid regnet med det skyldtes gikta. Men nå kjente jeg at det var virkelig vondt. Jeg ble svett, hjertet dunket. Etter et par timer var det så ille at jeg måtte ringe legen igjen. Han undersøkte meg og kunne ikke annet enn å sende meg på sykehuset for å se om det var hjerteinfarkt, særlig fordi han visste at kolesterolet var så høyt. Ja,ja - på sykehuset undersøkte de alt som gikk an, men de fant ikke ut noe. Jeg ble sendt hjem etter noen dager og fikk for sikkerhets skyld med meg noen tabletter - Ismo het de. Jo flere jeg tok av dem, jo dårligere ble jeg. Til slutt klarte

jeg nesten ingen ting. Men etter 14 dager sa jeg til meg selv: Disse tablettene kan da ikke være de rette for meg når jeg bare blir dårligere for hver dag! Så jeg sluttet med dem, og etter hvert ble jeg meg selv igjen. Så du tror vel heller ikke dette kan ha noe med hjertet å gjøre, doktor? Og kolesterolet er ikke så høyt for alderen, sa du?" "Nei, det er helt i orden", sa jeg matt og fulgte henne ut døra.

❑

Kongsvoldseminaret 1990 26. - 28. april

Tema: *Allmennpraktikeren som samfunnsmedlem*
Vi oppfatter allmennpraktikerens rolle i helsevesenet og samfunnet for øvrig som sentral. 90 % av befolkningen er i kontakt med en primærlege i løpet av en 5-års periode. Vi ønsker å belyse og drøfte hvilke implikasjoner dette medfører, og hvordan allmennpraktikerne bør håndtere kommunikasjonsaspektet i denne sammenheng. Det individuelle lege-pasient forholdet ligger utenfor seminarets ramme.

Kurskomitè: Helsesjef Svein Z. Bratland, Bergen, allmennpraktiker Toril Lømsland, Bergen, bydelslege Nils Magerøy, Bergen, allmennpraktiker Erling Åserud, Bergen.

Torsdag 26. april

1400 - 1430	Hvilke forventninger har de forskjellige pasientgrupper til primærlegen? Leder for Norsk pasientforening Anne Ording Haug.
1430 - 1445	Diskusjon
1445 - 1530	Gjennomgang av spørreundersøkelser som belyser forskjellige gruppers/profesjoners holdninger/forventninger til allmennpraktikerne. Kommunelege Jan Otto Syvertsen.
1600 - 1630	Fylkeslegenes syn på allmennpraktikerne. Fylkeslege Paul Hellandsvik.
1630 - 1645	Diskusjon
1645 - 1735	Legen som politiker. - Legebakgrunn - bør den utnyttes? Kommunelege Lars Aaberge og professor dr. med. Astrid Nøkleby Heiberg.
1735 - 1740	Diskusjon
1800 - 1850	Informasjon og vitenskap - kolesterolkampanjen. Overlege Leif Ose og bydelslege Sidsel Graff-Iversen.
1850 - 1910	Diskusjon
2000	Middag

Fredag 27. april

0830 - 0915	Taushetsplikten - kommunikasjonsbarriere overfor offentligheten/media/samarbeidspartnere? Professor Kjønstad
0915 - 0930	Diskusjon
0945 - 1025	Har Lov om helsetjenesten i kommunene endret mulighetene for kommunikasjon? Kommunelege I Frode Risdal og allmemnnpraktiker Finn Nilsson.
1025 - 1045	Diskusjon
1045 - 1430	Pause-skitur-lunsj
1430 - 1510	HVPU-reformen som eksempel på behov for informasjon fra primærhelsetjenesten. Psykolog Jens Erik Skår.
1510 - 1520	Diskusjon
1530 - 1550	Takling av kritikk. Primærlege.
15.50 - 1635	Hvilken betydning har legens personlighetsstruktur. Psykiater.
1635 - 1650	Diskusjon
1700 - 1740	Hvordan markedsføre faget allmennmedisin - et ekspertforslag.
1740 - 1750	Diskusjon
1800 - 1845	Mål på effekt av informasjon. Psykolog Per Schioldborg.
1845 - 1900	Diskusjon
2000	Middag

Lørdag 28. april

0900 - 1200	Nytt fra referansegruppene.
1200	Lunsj - avreise

Praktiske opplysninger vedrørende kurset samt påmelding skjer via NSAM ved May Brith Mandth, Fr. Stangsgt. 11 - 13, 0264 Oslo 2 Tlf. (02) 55 92 10

Påmeldingsfristen er 23. mars

Makt og avmakt

Novelle av Olav Jøsendal,
turnuskandidat, 9910 Bjørnevatn

De fire gamle damene i sofagruppen så skremt på ham. Han gikk lett framoverbøyd med det svarte håret hengende ned i pannen. Etter et par steg lente han seg mot skranken hvor legesekretæren satt. Alle i det lille venterommet hørte hvordan han slet for å få i seg luft. Det pep og hylte som fra et gammelt og rustent trekkspill hver gang han jobbet inn noen ekstra milliliter med surstoff. Han stirret gjennom den svarte luggen og presset fram et ord:
"Astma".
"Beklager, vi tar ikke imot øyeblikkelig hjelp".
I den grå vinterfrakken skjedde det en liten forandring. Ryggen ble litt rettere, og han snudde seg og gikk resolutt mot døren hvor det stod "LEGE".
"HEI, VENT" ropte legesekretæren.
Han stoppet, men snudde seg ikke.
"Er det i orden for dere andre at denne veldig syke mannen går inn først?"
De fire gamle damene nikket forsiktig.
Mannen tok av seg frakken og satte seg ned. Hver gang han pustet så det ut som om halsen skulle forsvinne ned i brystkassen.

Legen så halvfornøyd på pasienten. Pusten hans gikk riktignok mye lettere etter noen velvalgte injeksjoner med medikamenter, men i brystlommen på nylonskjorten stakk det opp en splitterny pakke med Petterøes nr. 3 rulletobakk.
"Røker De?" spurte legen syrlig.
"Nja..." sa pasienten. "Jeg har vært så jævlig bra så lenge nå, så jeg tenkte at det ikke gjorde så mye med en liten blås".
"Det har vel gått bra før det da, med røyk!" Legen hevet stemmen et hakk.
"Neii..." kom det nølende fra pasienten.
"Ikke det akkurat, men..."
"Ikke noe MEN her!" Legen jekket seg godt opp, lente seg over bordet og viftet med pekefingeren.
"Hvis De ikke greier å forstå at røyk er direkte livsfarlig for Dem må De....."
Lenger kom ikke legen. Pasienten reiste seg rasende opp fra stolen og hveste mellom sammenbitte tenner,
"Ikke stikk den jævla gule pekefingeren opp i mitt fjes!"

Det ble stilt. Dødsstilt. Begge så på legens pekefinger. Gul. Nikotingul. Nesten brun ytterst.

"Røyker De?!" spurte pasienten ironisk.
"Røyker DE, DOKTOR!"
Med høy stemme presset pasienten legen over på defensiven. Legen satte seg ubesluttsomt tilbake i stolen og mumlet noe om en hard jobb og at han var i ferd med å slutte og sånn.
"I FERD MED....?! HA ! DEN ER FOR TYNN !!"
Legen ble ille til mote og fryktet at pasientene på venteværelset skulle høre dem.
"Hysj, ro Dem nå litt ned".
"JASÅ! De skal altså fritt få moralisere over mine svært beskjedne røykevaner, mens nikotinen formelig kler hele Dem både utvendig og innvendig, HVA!.!"
Situasjonen var nå blitt for mye å styre for den ellers rolige legen. Over den hvite frakkesnippen ble ansiktet rødere og rødere, og han reiste seg opp. Begge stod nå framoverlent over pulten på kontoret, nærmest panne mot panne.
"Men så har jeg ikke astma" hvisket legen rasende mens han gjemte pekefingeren inne i knyttneven på bordplaten.
"Nei, men De har hvit frakk, og det er verre" sa pasienten og holdt sin hvite pekefinger høyt løftet foran seg, som en øks i bøddelens hånd.
For andre gang sank legen tilbake i stolen. Han så på hendene sine og vinket til pasienten at konsultasjonen var over.
Idet pasienten gikk ut av kontoret så han seg tilbake. Legen hadde begge bena på bordet, og inhalerte dypt av en nyopptent sigarett. Mens røyken sivet ut av munn og nesebor, slo legen ut med armene og smilte mildt til pasienten:- "Urettferdig, hva?!". ❑

Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyklinpreparat.
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. Etter opptak blir det virksomme stoffet tetracyklin hydrochloride. Lymecyklin har, i motsetning til rent tetracyklin hydrochlorid, fordeler som: hurtigere absorpsjon, mindre G.I.-bivirkninger og bedre lipidløslighet.

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

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

Priser pr. 1. mars 1990 (30 pk. eller 14 pk.) AUP

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg x 1	155,20
DOXYLIN	100 mg x 2	288,50
DUMOXIN	100 mg x 2	271,80
VIBRAMYCIN	100 mg x 1	166,00
VIBRAMYCIN	100 mg x 2	310,20
TETRALYSAL	300 mg x 2	145,80

NB! Anbefalt dose for *alle* produkter:
Morgen og kveld: x 2 (2,6)

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal
d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyklin – 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

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

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

Fra kr. 71,55 tilsv. $\frac{\textbf{30 pkn}}{\textbf{2}}$ **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 paramentre ved steady-state for lymecyclin og doxyxyklin 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 doxycyklin × 1 under Mic-verdien (1 µg/ml) (snittverdi)

(1) *Mårdh. Møller, Paavonen: Chlamydia trachomatis in Genital and Related Infections, Scandinavia Journal of Inf. Diseases, Supp. 32 May 14–16, 1981.* (2) *Schreiner A. et al.: Pharmacokinetics of lymecycline and doxcycyline in serum and suction blister fluid. Chemotherapy 31:261–65, 1985.* (3) *A. Pines et al.: Antiviot. Regimes in Severe and Accute Purulent Exacerbations of Chronic Bronchitis. British Medical Journal 1968, 2, 735–738.* (4) *Carenfelt & Lundberg: Aspects of the Treatment of Maxillary Sinusitis. Scand. J. Infect. Dis. Supply 9 78–81, 1976.* (5) *L. Forslin & Danielson et al.: Antibiotic Treatment of Acute Salpingitis. Acta Obstet. Gyn. Scand. 61 s. 59–64, 1982.* (6) *D. Danielsson et al.: Vilket tetracyklin bör väljas. Läkartidningen volym 83–nr. 6–1986.*

Er vi gode nok i astmabehandlingen?

Av Mette Brekke og Berit Olsen

I 1982 publiserte British Thoracic Association en studie av 90 astmadødsfall. Majoriteten av dødsfallene syntes å ha sammenheng med inadekvat behandling og en manglende forståelse av situasjonens alvor både blant pasienter, deres pårørende og allmennpraktikerne.
I disse 90 tilfellene ble lege ikke kontaktet i 67, og av de 16 som søkte allmennpraktiserende lege, ble bare 9 tatt hånd om på tilfredsstillende vis (1).

I en norsk gjennomsnittskommune med 5000 innbyggere skal det finnes ca. 100 astmatikere, - hvor mange av disse kjenner du og dine kolleger til? Det er sannsynligvis et stort potensiale for forbedring ved å få tak i "de ukjente astmatikerne".

Let etter de udiagnostiserte astmatikerne i din praksis!

Astmadiagnosen baserer seg på å dokumentere luftvegsobstruksjon. I allmennpraksis gjør en det enklest med et peakflow-meter. (Husk å relater verdien til kjønn, høyde og alder!)

Dersom pasienten har luftvegsobstruksjon under undersøkelsen bekrefter en diagnosen ved ny måling 20 minutter etter inhalasjon av en bronchodilatator. En forbedring i PEF eller FEV1 på mer enn 15 % bekrefter diagnosen. Hjelper ikke dette: gi en kort kur med perorale corticosteroider og mål på nytt.
Dersom pasienten ikke har luftvegsobstruksjon under undersøkelsen, men sykehistorien tyder på astma, er to andre, enkle metoder brukbare:

1. Å påvise døgnvariasjon ved å få pasienten til å registrere PEF-målinger noen dager. Mer enn 15 % forskjell mellom gjennomsnittsverdiene om morgenen og om kvelden er et diagnostisk kriterium.

2. Å påvise endringer i PEF-målinger etter anstrengelsestest. Hos over 80 % av astmatikerne vil PEF-verdien falle med mer enn 15 % etter 6 minutters kraftig anstrengelse. Hos ikke-astmatikere vil en vanligvis få en lett økning i PEF-verdi etter anstrengelse.

(Husk å tenke på astma hos pasienter med hoste, særlig hvis hosten hovedsaklig forekommer om natta. Nøyaktig anamnese er en god hjelp: luftvegsobstruksjon er oftest mest uttalt tidlig på morgenen, - det bedrer seg alltid mot kontortid !)

Det er viktig å være klar over at lungefunksjonen kan reduseres betraktelig, uten at dette nødvendigvis erkjennes subjektivt. Derav nytten av regelmessige PEF-målinger. Tidlig og adekvat behandling for å forhindre forverrelse er mye enklere enn å forsøke å stanse et alvorlig anfall.

Regelmessige PEF-målinger kan være en god hjelp i behandlingen.

Ca 20 % av astmatikerne har svært dårlig subjektiv oppfattelse av moderate forandringer i sin astmatiske tilstand. De kan derfor selv være ute av stand til å erkjenne en gradvis forverrelse før et svært, akutt astmaanfall utvikler seg. PEF-målinger i oppfølgingen og kontrollen av astmatikere burde derfor være like vanlig som blodsukker i kontrollen av diabetikere.

Litteratur:

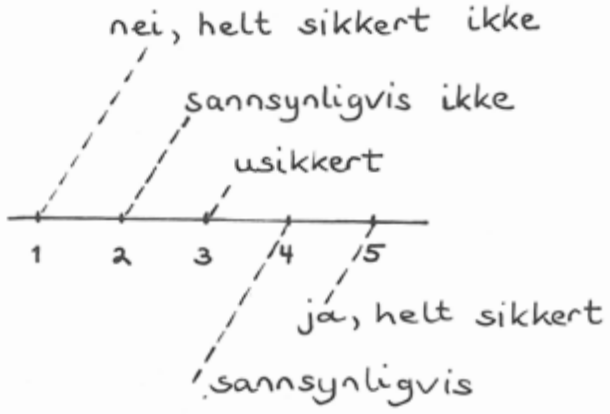
1. British Thoracic Association. Death from asthma in two regions of England. Br Med J (1982) 285: 1251-55.

❑

Test dine kunnskaper om astma i Utpostens lille "spørrelek"!

(Fritt etter CASE-serien fra The Royal College of G.P.)

Kryss av svaret på følgende skala:



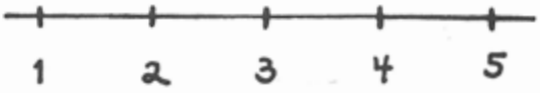
Bla om og se hvordan 3 erfarne allmennpraktikere i Oppland og en lungelege har svart! (Hallvard Eskeland - Jo Telje - Sigurd Grytting - Anders Ose). Som du ser kan svarene sprike en del. Det tyder kanskje på at dette feltet ikke er så lett?

Spørsmål 1.

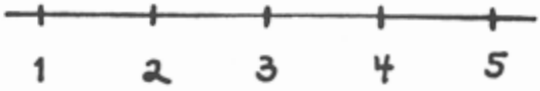
Jon er 11 år gammel og har astma som er velregulert på Lomudal inhal. 3 ggr/dag. Jon er toppskårer på småguttlaget. To uker før en viktig fotballkamp blir han forkjølet og får anstrengelsesutløst astma for første gang.

Vil du:

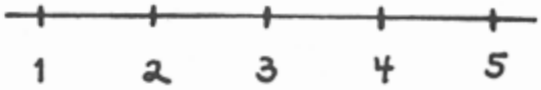
a) råde ham til å ta det med ro i 14 dager og gå glipp av kampen?



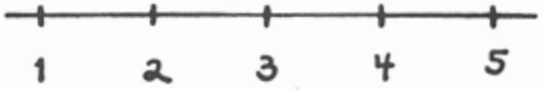
b) forordne en antibiotikakur?



c) si at han bare kan trene selv om det piper?



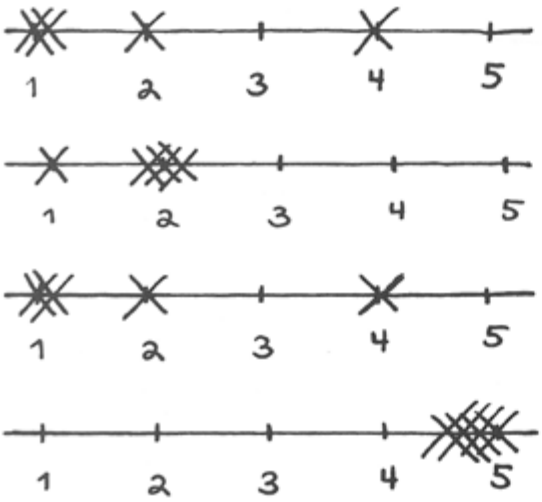
d) forordne en bronchodilatator og forklare at den skal han inhalere før anstrengelse og også hvis han begynner å pipe i løpet av treningen?



Lille Bjørnar:

Panelets kommentar til spørsmål 1:

- Jeg ville be ham ta det med ro i 2-3 dager til forkjølelsen har gitt seg og be ham komme tilbake etter 3-4 dager hvis ikke bedre, eller straks hvis verre.
- Han skal ta det med ro først, men det betyr ikke nødvendigvis at han går glipp av kampen.



Spørsmål 2.

Bjørnar er en sunn og frisk pjokk på 2 1/2 år som for tiden er høyt og lavt. En dag mens han undersøker sin eldre brors modellbiler får han et kraftig hosteanfall. To uker seinere kommer mor med ham til legekontoret pga. gjentatte hosterier med piping som har blitt stadig mer vedvarende.
Vil du:

a) si at han sannsynligvis har astma og foreskrive en bronchodilaterende mikstur?
1 2 3 4 5

b) anta at han har pneumoni og starte behandling med et antibiotikum?
1 2 3 4 5

c) rekvirere et rtg. thorax?
1 2 3 4 5

d) henvise ham til pediater?
1 2 3 4 5

Spørsmål 3

Ise er 18 mndr. gammel og har nettopp flyttet til bygda di. Medbrakt journal viser at hun har vært hyppig gjest hos legen pga. stadige bronchittepisoder. Det er ingen tilfeller av astma i hennes nærmeste familie. Far kommer nå med henne fordi hun atter en gang hoster og piper. Du ser at hun er liten og tynn for alderen. Når du lytter på henne, hører du krepitasjoner over høyre apexregion, men finner lite pipelyder over lungene forøvrig.
Vil du:

a) behandle henne med en bronchodilaterende mikstur?
1 2 3 4 5

b) gi henne en antibiotikakur?
1 2 3 4 5

c) overveie bruk av pari-apparat hjemme?
1 2 3 4 5

d) henvise henne til pediater for å få en sikker diagnose?
1 2 3 4 5

Spørsmål 4

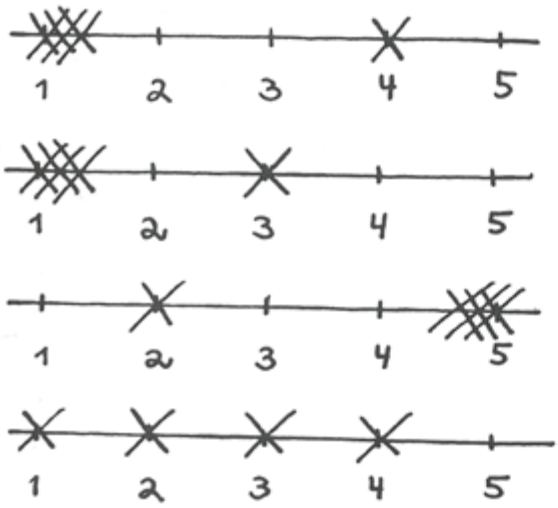
Marit er en 35 år gammel husmor med tre barn under fem år. Hun har hatt flere episoder med ulcus duodeni og har måttet slutte både med røyk og kaffe for flere år siden. For tida bruker hun ranitidin som vedlikeholdsbehandling. Hun har nå vært hos deg fem ganger de siste åtte månedene og klaget over hoste som vekker henne hver natt. Hun forteller også at det er vanskelig å klare barn og hus pga. anstrengelsesutløst pipende tung pust. Du har forskrevet en bronchodilaterende spray som har hjulpet noe. Ved kontroll på kontoret i dag forteller hun om fortsatt plagsomme symptomer. Du finner normale lungefysikalia. Hennes PEF på kontoret er 390 (forventet 410).
Vil du:

a) forskrive et teofyllinpreparat til bruk 2 ggr/dag?
1 2 3 4 5

b) gå ut fra at PEF-målingen på kontoret betyr at bronchodilatatoren virker ganske bra?
1 2 3 4 5

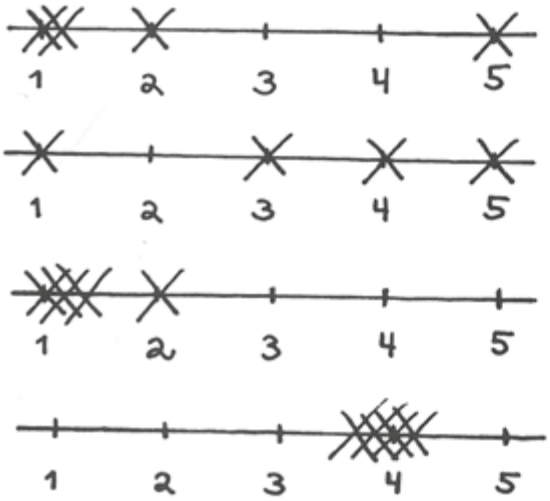
c) forskrive et steroidpreparat til inhalasjon 2-4 ggr/dag?
1 2 3 4 5

d) låne henne et peak-flow-meter og be henne utføre målinger morgen, middag og kveld og ta dem med til neste kontroll om 14 dager?
1 2 3 4 5



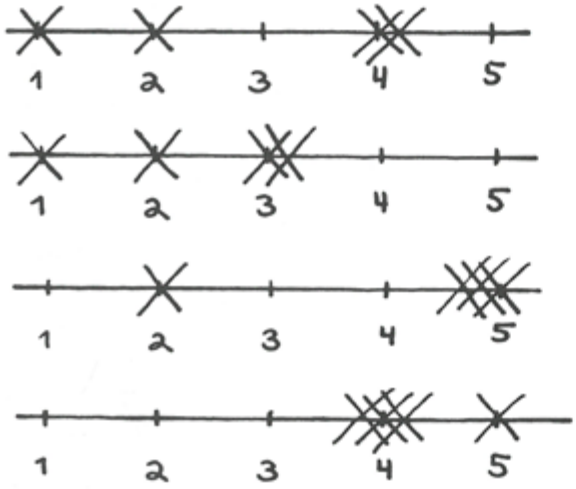
Kommentar til spørsmål 2:

- Denne pas. har aspirert et fremmedlegeme inntil det motsatte er bevist. Jeg ville henvist til bronchoscopi.
- Pga. reiseavstand til sykehus (160 km) ville jeg lagt denne pas. inn med fremmedlegeme-mistanke.



Kommentar til spørsmål 3

- Ta opp en skikkelig anamnese - allergi? Foreldrenes røykevaner? Rtg. thorax.
- Jeg ville tenke på tbc. Det er sjelden, men det finnes. Jeg ville fått henne innlagt til nærmere us.



Kommentar til spørsmål 4.

- Steroidspray prøves før teofyllinpreparat. Skal et slikt gis skifter man ranitidin ut med cimetidin pga. interaksjon. Ranitidin øker effekten av teofyllin mer enn cimetidin.

Spørsmål 5

Kåre på 28 år har hatt høysnue i mange år. Han kommer på kontoret ditt i juli måned med kraftig nesetetthet som ikke har latt seg påvirke av hans vanlige antihistaminpreparat. Hans kjæreste hobby er orienteringsløp, men nå har han brutt flere treningsøkter pga. tung pust. Kona har fortalt ham at han piper om natta.
Vil du:

a) henvise ham til prikktesting m.t.p. desensibilisering til vinteren?

1 2 3 4 5

b) forskrive et bronchodilaterende middel?

1 2 3 4 5

c) råde ham til å gi seg som orienteringsløper?

1 2 3 4 5

d) forskrive en steroidspray til nesa?

1 2 3 4 5

Spørsmål 6

Per er 10 år gammel, har alvorlig astma og et plagsomt eksem. Han har derfor ofte vært borte fra skolen og har ikke kunnet delta i sport og lek. Nå har han nylig startet opp med steroidinhalasjoner og astmaen er blitt mye bedre. Han kan anstrenge seg mer uten å bli tett, men det bekymrer foreldrene at han ligger så langt etter sine jevnaldrende når det gjelder fysisk aktivitet. Nå har de imidlertid hørt at det finnes en svømmeklubb for astmatiske barn i nabobyen. De spør deg om du synes de burde ta gutten med dit.
Vil du:

a) fraråde svømming pga. eksemet?

1 2 3 4 5

b) oppmuntre Per til å begynne i svømmeklubben?

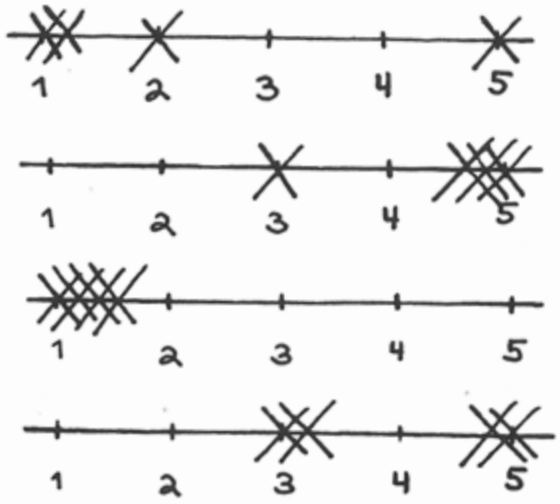
1 2 3 4 5

c) fortelle foreldrene at steroid-inhalasjoner er farlig for barn og at Per - nå som han er bedre - må redusere dosen med tanke på seponering etter hvert?

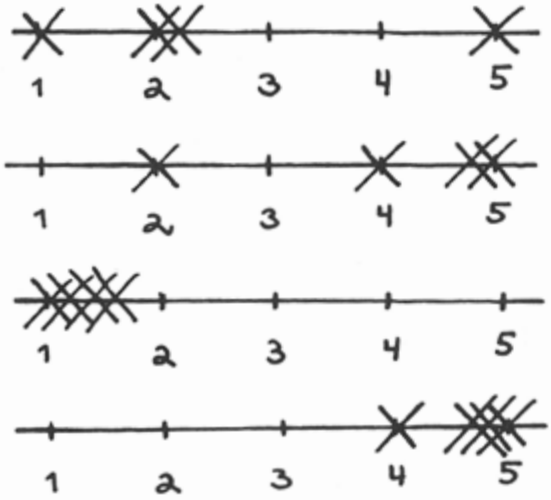
1 2 3 4 5

d) forskrive en bronchodilatator til inhalasjon som Per skal bruke før han skal svømme?

1 2 3 4 5



Kommentarer til spørsmål 5:
- Prikktesting utsettes til symptomfri periode. Desensibilisering sannsynligvis uaktuelt.
- Et bronchodilaterende middel kan suppleres med natriumkromglikat (Lomudal)
- Neste år kan man gi depot-steroid i starten av allergensesongen (for gras ca 1. juni)



Kommentarer til spørsmål 6:
- Svømming er Sporten for astmatikere!
- Han må smøre seg godt inn før svømmingen.

Nytt fra Referansegrupper

Orientering om NSAM's referansegruppe i astma og allergi.

Barneavdelingen ved Innherred Sykehus ved overlege Turid Lingaas Holmen gjennomfører et prosjekt under motto "Bedre omsorg for barn med astma". Dette er en evaluering av helsetjenestens behandling, og analyse av hvordan barn med astma og deres familie mestrer sykdommen. I fase 1 av prosjektet ble det foretatt en registrering og evaluering av dagens situasjon gjennom utsendte spørreskjemaer. I fase 2 skal det utarbeides handlingsprogram for barn med astma, fase 3 er prøveperiode, og i fase 4 vil det bli foretatt en ny spørreundersøkelse og intervju/klinisk undersøkelse, med evaluering av handlingsprogrammet.

På bakgrunn av dette prosjektet ble det opprettet en referansegruppe i astma og allergi tilknyttet NSAM, som skal utarbeide et handlingsprogram for astma bronkiale hos barn og ungdom. I tillegg til overlege Lingaas Holmen, består gruppen av kommunelegene Dagfinn Thorsvik, Arne Gericke og Arnulf Langhammer (kontaktperson).

Gruppen har nå vært i arbeid snart 1 år, og er igang med 1. gjennomgang av manuskript. Utkast til handlingsprogram skal så forelegges ekspertgruppe som består av representanter fra Norsk Pediatrisk Selskaps subgruppe i allergologi. Dette samarbeidet vil forhåpentligvis medføre at man kan komme fram til et handlingsprogram som vil kunne bli akseptert både blant allmennpraktikere og pediatere.

Arbeidet med handlingsprogrammet planlegges avsluttet høsten 1990.

❑

Piroxicam®
Felden

Velegnet ved artrose

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen.

Pfizer
PFIZER A/S
Strandveien 4, 1324 LYSAKER

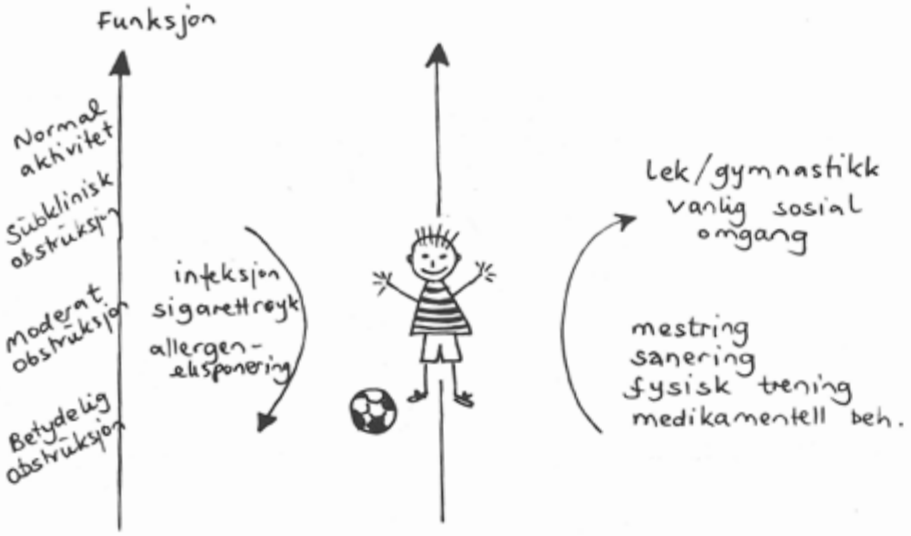
Astma bronkiale hos barn og ungdom

Arnulf Langhammer, komm. lege II i Steinkjer. Cand. med. Trondheim 1980. Kontaktperson NSAMs referansegruppe i astma og allergi.

Av Arnulf Langhammer

En mor til 3 barn med astma bronkiale kunne fortelle følgende: 1. klassingen måtte pga. tung pust bl.a. i motbakke på skolevei få inhalasjonsbehandling i skoletiden. Læreren ble spurt om å hjelpe til med dette, men avslo først. Hun mente at jenta umulig kunne være særlig plaget med astma så lenge hun ikke hadde ytre tegn til dette i form av pipende og besværlig pusting. Læreren kunne fortelle at hun visste hva astma var, etter selv å ha hatt astmatiske barn for 30-40 år siden. Hun godtok å bidra til medisineringen for å unngå at hjemmesykepleier skulle måtte stille opp (des. 89).

Episoden gjenspeiler gammel og fortsatt utbredt oppfatning blant vanlige folk. Men har helsepersonell selv i tilstrekkelig grad endret aktivitetsnivå i forhold til denne pasientgruppen? Svaret er dessverre NEI. Undersøkelser viser at astma bronkiale er underdiagnostisert og underbehandlet i stor grad.



Figur 1.

Nyere undersøkelser har vist en prevalens av astma hos barn på 5-10 %. Denne er økende, noe som antas å ha relasjon til økende grad av forurensning både i inne- og utemiljø. Astma er således vanligste årsak til funksjonshemning hos barn. Adekvat opplæring av barn og familie skal sammen med behandling bidra til å heve funksjonsnivået opp mot det som kreves for deltagelse i vanlige aktiviteter (fig. 1).

Hva er astma?

Def: (AAS) astma er en sykdom eller gruppe av sykdommer som karakteriseres ved obstruktiv dyspnoe, som er mest uttalt ved utånding og varierer i styrke og varighet. Det skyldes en utbredt og mer eller mindre reversibel obstruksjon av bronkioler.

Bronkial hyperreaktivitet er et viktig trekk ved klinisk astma. Sykdommens alvorlighetsgrad er klart relatert til grad av hyperreaktivitet. Det er vist at en inflammasjonsprosess i bronkiene er sentral i utviklingen av hyperreaktivitet. Gjennom inflammasjon antar man at allergener, virale infeksjoner og luftforurensning kan fremkalle økt hyperreaktivitet med utvikling av bronkopulmonal obstruksjon (BPO).
Bronkopulmonal obstruksjon er resultat av:
- muskelkontraksjon i bronkier
- slimhinneødem
- økt sekretdannelse

Hos barn under 1 1/2 år dominerer slimhinneødemet. Dette forklarer dårligere effekt av bronkodilatatorbehandling.

Diagnose

Man stiller i dag diagnosen astma bronkiale etter 3 episoder med bronkopulmonal obstruksjon. Ved annen atopisk lidelse eller sterk familiebelastning stilles diagnosen etter 2 episoder. Mange

leger har vært tilbakeholdende med å sette diagnosen på dette grunnlag, men tidlig diagnose er viktig for å redusere den bronkiale hyperreaktivitet ved sanering og medikamentell behandling. Det vil dessuten bidra til drastisk reduksjon i antall antibiotikakurer gitt på feil grunnlag. Det er viktig at barn man møter i legevaktsituasjon som har hatt flere obstruktive perioder, blir fulgt opp av fast lege.

Utløsende faktorer

1. allergener
- husstøv er vanligste inhalasjonsallergen, mindre vanlig er fødemiddelallergi
2. infeksjoner
- virus er hyppigste årsak i småbarnsalder
3. irriterende faktorer
- tobakksrøyk
- sterke lukter/damp
- klima - tåke/kald luft
4. emosjonelle faktorer
- ved subklinisk obstruksjon kan gråt og latter utløse anfall
5. anstrengelse
- utløses etter 4-5 min. med anstrengelse i overkant av barnets kondisjons--terskel, dvs. ved puls over 170-180.

Ved subklinisk obstruksjon kan selv lett fysisk aktivitet utløse anfall.

Utredning

Anamnesen er viktig for å kunne stille diagnosen og vurdere sykdommens alvorlighetsgrad, samt som bidrag til mistanke om spesielle utløsende faktorer. Det spørres etter familieanamnese, hyppighet og varighet av episoder med bronkopulmonal obstruksjon, effekt av eventuell tidligere behandling. Man spør etter nattlig hoste, hoste eller dyspnoe i forbindelse med lek. Med tanke på utløsende faktorer tar man opp infeksjonssykdommer, eksposisjon for dyr, årstidsvariasjon samt en del generelle faktorer som innemiljø, spesielt tobakksrøyk, teppebelagte gulv og barnets soverom.

Undersøkelse - auskultasjon: barnet instrueres i å puste som når man f.eks. blåser ut et lys. Man kan assistere ekspirasjonsfasen ved samtidig press mot abdomen, for derigjennom å få fram eventuelle obstruksjonsfysikalia. Man kan eventuelt lytte på barnet etter trappeløp eller hopping i 2-3 min.

Lungefunksjonsmålinger: Dette er nødvendig for vurdering og regelmessig oppfølging av barn med kronisk lungesykdom. Det lar seg vanskelig gjennomføre før etter 6-7 års alder, men skulle da være like selvfølgelig som blodglukosemålinger er blitt ved diabetes mellitus. Man kommer i allmennpraksis langt med enkle PEF målinger. Verdier som er under 80% av forventet for alder/høyde/kjønn tyder på obstruksjon. PEF målinger før og etter beta2-stimulator kan avsløre subklinisk obstruksjon. Effekten av behandlingen kan også vurderes.

Allergologisk utredning foretas ved mistanke om allergi som utløsende faktor. IgE måling (PRIST) kan gi holdepunkt for allergi ved høy verdi. Man kan da gå videre med Phadiotop (screening på reaksjon mot flere luftveisallergener samlet) og RAST. Man bør imidlertid i allmennpraksis være tilbakeholdende med RAST og i alle fall ikke iverksette omfattende tiltak i hjemmemiljø eller kost, da det er rom for svært mange feiltolkninger. Cutantesting i form av prikktest har større sensitivitet enn RAST, men også der kan tolkningen være problematisk. Dette er derfor en spesialistoppgave.

Behandling

Astma bronkiale er en sykdom med multifaktoriell bakgrunn og individuell symptomatologi. Behandlingen må derfor individualiseres. Før behandling iverksettes tar legen stilling til utløsende faktorer, sykdommens alvorlighetsgrad og symptomatologi samt pasientens og familiens mulighet til å gjennomføre optimale tiltak og behandling.

Sanering

Generelle tiltak:
- dun sengeklær erstattes med syntetiske
- støvreduserende tiltak som hyppigere rengjøring av spesielt soverom samt reduksjon av støvsamlere. Gulvene bør ikke være teppebelagte.
- familien bør ikke anskaffe seg husdyr
- tobakksrøyking unngås innendørs

Ytterligere tiltak iverksettes etter allergologisk utredning. Alvorlig inngripen i familielivet som fjerning av husdyr eller teppegulv iverksettes først etter spesialistvurdering.

Fysisk trening

Det er viktig at barna i størst mulig grad deltar i vanlig fysisk aktivitet, og de bør ikke fratas mulighet for deltakelse i gymnastikk, svømming osv. Det er viktig med oppvarming og eventuell premedisinering. Kondisjonsfremmende trening øker terskelen for utløsning av anstrengelsesrelatert astma.

Medikamentell behandling

På bakgrunn av økt fokusering på den inflammatoriske prosess med utvikling av hyperreaktivitet som bakgrunn for sykdommen, er behandlingsopplegget i ferd med å endres. Hos pasienter som har sporadiske anfall og lange symptomfrie intervall, brukes som tidligere symptom- og anfallsrettet behandling. Ved vedvarende symptomer/residiverende anfall ønsker man å benytte behandling som reduserer den bronkiale hyperreaktivitet. Derigjennom ser man nå også hos barn økende bruk av inhalasjonssteroider.

Medikamentet må gis i egnet form. Inhalasjonspulver kan benyttes fra 4-5 års alder, inhalasjonsaerosol fra 6-7 års alder (ved bruk av Nebulator/Volumatic ned til 3 års alder). Forstøverapparat er velegnet hos de yngste barna, dersom peroral behandling med beta2-stimulator ikke er tilstrekkelig. Peroral behandling kan også være nødvendig i pubertetsalder, grunnet dårligerecompliance mht inhalasjonsbehandling. Bruk av inhalasjonsbehandling forutsetter demonstrasjon og opplæring i korrekt bruk. Dette bør dessuten følges opp ved senere kontroller.

⇒

Hos de yngste barna er effekten av beta2-stimulator dårligere, da slimhinneødemet dominerer. Dette brukes imidlertid dersom tilfredsstillende effekt ikke oppnås med Efedrin mixtur. Eventuelt kan Artrovent ha bra effekt i 1.-2. leveår. Inhalasjonssteroider på forstøverapparat forsøkes hos pasienter med særlig uttalte plager.

Ved mild astma med lange symptomfrie intervaller, brukes beta2stimulator. Dersom behov for vedvarende bruk, forsøkes profylaktisk bruk av Lomudal. Dette seponeres hvis ikke effekt i løpet av 1-3 mnd. Alternativt brukes inhalasjonssteroider kombinert med beta2-stimulator og eventuelt xantiner (teofyllaminer) ved mer uttalte plager. Ved alvorligere astma hvor pasienten står på inhalasjonssteroider, vil det være behov for kortvarige (4-5 dager) perorale steroidekurer ved akutte anfall. Noen få barn med svært alvorlig astma trenger regelmessig peroral steroidbehandling.

Lomudal forhindrer oftest ikke alvorligere astmaanfall utløst av interkurrente virusinfeksjoner, men bidrar til bedre kontroll av mer kronisk lavgradig astma hos barn. Svært lite bivirkninger gjør dette preparatet fordelaktig.
Bruk av antihistaminer er omdiskutert. Det kan forsøkes dersom man har mistanke om allergisk utløst astma, men seponeres ved manglende effekt samt ved astmaanfall.

Man er nå mer tilbakeholdne med bruk av xantiner. Dette bunner i gastrointestinale bivirkninger, men også økende oppmerksomhet mot konsentrasjonsproblemer på skolen. Det er viktig med serummålinger, og man må huske på at hos de minste barna påvirker virale infeksjoner eliminasjonen med derav følgende risiko for forgiftningssymptomer. Tilsvarende skjer også ved kombinasjon med erythromycin.

Akuttbehandling

Barn under 1 1/2 - 2 år:
Vaponefrininhalasjon. Varer effekten mindre enn 1-2 timer bør barnet innlegges i sykehus.
Barn forøvrig: Inhalasjonsbehandling med beta2-stimulator. Ved mer uttalte plager gis injeksjonsbehandling med adrenalin eller salbutamol/terbutalin. Dette kan eventuelt suppleres med inhalasjonsbehandling. Dersom kombinasjonsbehandlingen eller 2-3 adrenalininjeksjoner ikke gir ønsket effekt, bør barnet innlegges i sykehus.
Teofylliner kan gis intravenøst eller som klyster, men man må ved vurdering av metningsdose ta hensyn til eventuell fast bruk av teofyllinpreparat.
Kortikosteroider bør gis så snart som mulig hos svært dårlige pasienter og ved nylig gjennomgått steroidkur. Det gis initialt 100 mg Hydrocortison i.v./i.m. eller Prednisolon tabl.

Samarbeid allmennpraktiker/spesialist i pediatri

Utredning og behandling i de lettere tilfeller kan foregå i allmennpraksis. Spesielt gjelder dette ved f.eks. entydige utløsende faktorer som luftveisinfeksjoner.

Pasienter bør henvises til spesialist ved:
- hyppige anfall eller vedvarende obstruksjonsperioder
- mistanke om subklinisk obstruksjon
- mistanke om allergi, for allergologisk utredning
- mestringsproblemer
- dårlig medikamenteffekt

Allmennpraktikere bør imidlertid samarbeide med spesialister ved oppfølging også av de alvorligere astma-pasienter. Det er vist at mindre enn 50 % av dårlige astmapasienter har kontakt med allmennpraktikere. En forutsetning for at allmennpraktikere har behandlings- og oppfølgingsansvar for astmapasienter er bruk av PEF målinger for barn over 6-7 år.

Barn med astma bronkiale innebærer sammensatte problemstillinger i hjem, barnehage, skole og blant venner. Dette forutsetter god informasjon om sykdommen i familien, men også i de andre sammenhenger barnet ferdes. Primærhelsetjenesten har en viktig oppgave i å lære barnet og familien til å mestre sykdommen.

Litteratur:

Barnes, Rodger, Thomson: Astma, Basic mechanisms and clinical management.
Aas, Kjell: Praksisboken om eksem og astma hos barn.
Bolle, Roald: Astmabehandling i barnealderen, Therapia Medica 1/88.

❑

Gode råd ved langtkommen hjertesvikt

Hvorfor ikke ta i bruk igjen gamle råd i moderne medisin?
Modifisert "Karell-kur" brukes ikke så sjelden i behandlingen av avansert hjertesvikt ved innleggelse i sykehus. I sykehus gjelder dette ofte dårlige pasienter, men behandlingen kan sikkert med fordel også brukes på mindre hjertesyke pasientgrupper i ambulant behandling. Dette kan vel både være et alternativ til "full" medisinering med potente diuretica, nitrater og ACE-hemmere, men altså også et tillegg når "alt" er oppbrukt.

Modifisert Karellkur slik den brukes på Gjøvik Fylkessykehus består av 3 døgn med:
1) sengeleie, i alle fall stort sett
2) kostkuren
Kostkuren består av en diett med totalt ca 1300 kCal/ døgn fordelt slik:
- 8 dl lettmelk (egentlig halvmelk)
- 6 kavringer, totalt 60 g
- 1 egg
- 25 g usaltet smør
- 8 svisker
- 1 porsjon fruktgrøt
- kaffe/te etter ønske

(fordelt på 3 måltider)

Den opprinnelige kuren bestod kun av 8 dl melk, 6 kavringer og 1 egg, altså noe mer asketisk.

Hva oppnår en med dette?
Sengeleie eller mye ro i seg selv virker avvannende på kroppen, senker trykket i lungekretsløpet og bedrer subjektivt tilværelsen.
Kostkuren i seg selv har samme effekt idet den er fri for salt, samtidig som det er innlagt væskerestriksjon.
Kuren kan godt modifiseres ytterligere og kan f.eks. brukes på den måten at man anbefaler innlagt 1 eller 2 dager i uka med "Karellkur". Pasientene vil på denne måten kunne oppleve noen bedre dager innimellom, kanskje også mindre medisinbehov....

Lykke til!

Lars Aaberge
med.avd. G.F.S,
2800 Gjøvik

❑

Som kjent har Stortinget opphevet stillingsstopploven, og det er inngått en frivillig avtale mellom partene som bygger på en viss grad av etableringskontroll, samt stimuleringstiltak.
Stimuleringstiltak er ikke noe nytt. Hør bare hva Petter Dass sier i MAMMONS REGIMENTE OG PLUTONIS HERREDØMME:

Se, saa kan Penger, Sølv og Guld
Forskaffe Provster, Prester:
Hør, broder,tag din lomme fuld,
Du gjøres snart til mester.
Skik Penger ned, vær lystig, glad,
Imorgen faar du Doctor-grad
Og andet, hvad dig rester.

NORLAB
= svar på dagen

Vi analyserer for primærhelsetjenesten
- **Klinisk kjemi**
- **Hematologi**
- **Medikamenter**
- **Hormoner**

NORLAB er et privat landsdekkende laboratorium.
Prøver mottatt om morgenen analyseres og besvares samme dag.
Vi arrangerer faglige seminarer for våre brukere.
I laboratoriets håndbok finnes oversikt over prøvetakingsutstyr som kan bestilles.

NORLAB Tlf.: (02) 55 28 00 Inkognitogaten 16. Postboks 7126 Homansbyen. 0307 Oslo 3

Marint fett og menneskelig helse

Jan H. Brox f. 50. Cand. med. ved Univ. i Tromsø 1979. Dr. med. 1985 på arbeid innen marint fett, blodplater, endotel og koagulasjon.
"Folkehelsekandidat" (MPH) ved ISM, Univ. i Tromsø 87/88.
Spesialist i klinisk kjemi i 1987 med utdannelse fra Regionsykehuset i Tromsø og Nordland Sentralsykehus (Bodø).
Avdelingsoverlege ved klinisk kjemisk avdeling, Hammerfest sykehus fra 01.01.88.
Sjefslege ved Hammerfest sykehus fra 01.01.89.

Av Jan H. Brox

Den observante leser av reklame vil ha oppfattet at det i pressen presenteres produkter inneholdende marine fettsyrer (n-3 fettsyrer), det være seg i olje- eller kapselform.
Man sier ikke at inntak av disse har positive helsemessige effekter, men for eksempel at mange forskere mener at dette har gunstig virkning på forhold innen hjerte- og blodkarfysiologi/-biokjemi. Dette er jo i og for seg sant, men det er lett å få det inntrykk at positive effekter på helsetilstanden kan oppnås. Videre kan man også få inntrykk av at jo mer fettsyrer man får i seg, jo større effekter oppnås. Konsekvensen av dette blir lett at de oljer og kapsler med det største innhold av fettsyrer (som også har en pris deretter), er de som bør inntas.

Finnes det vitenskapelig holdbare data som underbygger at inntak av n-3 fettsyrer vil ha positiv helsemessig effekt? Dette lar seg ikke besvare helt kort, og i det følgende vil inntrykket fra litteraturen bli presentert.

For å forstå interessen rundt n-3 fettsyrer er det nødvendig å gå tilbake til den såkalte *"Eskimohistorien"*:

Fra epidemiologiske data har det lenge vært kjent at det blant eskimoer som lever på den tradisjonelle måte (fangst og fiske) nærmest ikke forekommer hjertekarsykdommer (1). Nyere data bekrefter dette (2).
De som i særlig grad har bidradd til forståelsen av hvorfor eskimoene har denne lave forekomst av hjertekarsykdom, er danskene Hans Bang og Jørn Dyreberg. I flere undersøkelser har de påvist at det er meget sannsynlig at forklaringen ligger i det grønlandske kosthold, og da kanskje særlig i den rikelige mengde med n-3 fettsyrer som inntas (2,3).
Klinisk kan man iaktta at de samme grønlenderne har blødningstendens med forlenget primær blødningstid (uttrykk for redusert blodplateaktivitet), redusert blodplateaggregasjon, lavere nivå av plasma-totalkolesterol og triglyserider sammenlignet med dansker og grønlendere som bor i Danmark (1,4,5). Undersøkelser fra Japan og Nederland understøtter hypotesen om at inntak av marin føde kan være med på å hindre utvikling av hjerte-karsykdom (6,7,8).

Dersom mennesker med et vestlig kosthold, det vil si med rikelig inntak av fett og kanskje spesielt mettet fett, øker inntaket av n-3 fettsyrer, vil de da bli lik eskimoene biokjemisk, og vil dette i neste omgang føre til redusert sykelighet og dødelighet av hjertekarsykdom?

Spørsmålet er todelt og det er verd å merke seg at påvirkning av biokjemiske parametre ikke er det samme som effekt på sykdom og dødelighet.

n-3 fettsyrer og biokjemisk effekt.

Det finnes rikelig litteratur som bekrefter at inntak av marine oljer og fettsyrer i kapselform fører til forlenget primær blødningstid, minsket blodplateaggregasjon og redusert innhold av triglyserider i blodet (9,10,11,12).
Det er mer usikkert om inntak av de samme fettsyrer påvirker kolesterolinnholdet i blod. De fleste undersøkelser tyder på at tilskudd av disse syrene til et vanlig, vestlig kosthold holder kolesterolnivået uforandret, eller sogar kan øke det (12,1,14,15, 16).
Når slike resultater skal vurderes, er det viktig å vurdere studiens oppbygning, mengden fettsyrer som inntas, lengden på studiene og om fettsyrene inntas i form av naturlig føde, oljer eller kapsler.
Det er antagelig riktig å si at det sentrale må være å se etter om inntak av moderate doser fettsyrer over lang tid (minimum et år), helst i naturlig tilstand

(føde/olje) har positive effekter på det vi vanligvis oppfatter som risikofaktorer for hjerte- karsykdom. Jeg har ikke funnet arbeider som oppfyller disse kriterier.
Dersom man fraviker kriteriene, finnes det data som påviser noe redusert blodtrykk i forbindelse med n-3 fettsyreinntak (17,18).

n-3 fettsyrer og sykelighet/dødelighet.

Foreløpig finnes det ikke kontrollerte kliniske studier som avklarer om inntak av n-3 fettsyrer reduserer hyppigheten av hjerte-karsykdom, men i et arbeid hvor man undersøkte restenosetendensen i koronararterier etter angioplastikk, ble det påvist at inntak av n-3 fettsyrekapsler (ca. 5.5. gram fettsyrer daglig) reduserte restenosehyppigheten til vel halvparten av raten i kontrollgruppen (19).
Andre har gjort lignende studier (20). Her fant man ingen effekt av n-3 fettsyrer på restenosetendensen. Det har blitt reist metodologiske innvendinger mot det siste arbeidet (21), slik at usikkerheten er stor.
I (19) fant man også sammenheng mellom stenose og "coronar"-symptomer, slik at det da kan hevdes å være sammenheng mellom inntak av n-3 fettsyrer og fravær av symptomer. Dette ble likevel ikke diskutert grundig i denne publikasjonen, og gir derfor ikke grunnlag for avklaring om denne sammenhengen er til stede eller ikke.
I en nylig publisert studie (22) hvor effekten av diettendringer, inkludert råd om inntak av mer fisk og n-3 fettsyrer, på myocardreinfarkttendens ble undersøkt, fant man ingen effekt av dette kostholdsrådet.
Sammenfattet kan man si at det fortsatt er et åpent spørsmål om økt inntak av n-3 fettsyrer i vår kultur vil redusere forekomsten av hjerte-karsykdom.

Inntak av n-3 fettsyrer i form av føde, oljer eller kapsler.

Dersom man kun fokuserer på effekt, er det slik at det må en viss dose til for å oppnå virkning. Om man ved å øke dosen oppnår ennå større effekt, er nok mer usikkert. Materiale fra Nord-Norge

indikerer at kosthold med relativt store variasjoner i mengden av n-3 fettsyrer ikke nødvendigvis fører til forskjeller i nivået av de samme i blodplatemembraner (23).
Dette kompliserer tenkningen rundt emnet og forteller at man har med multifaktorielle biologiske systemer å gjøre. Det er ikke uten videre slik at jo større mengde fettsyre som inntas, jo større effekt vil man oppnå. Grunnlaget for å anbefale store doser fettsyrer daglig over lang tid er dermed tvilsomt.

Gir kapsler (konsentrerte fettsyrer) mer effekt enn oljer? Med hensyn til målbare biokjemiske/fysiologiske endringer, kan det se slik ut. Dette er ikke synonymt med helsemessige effekter. Man bør også huske på at fettsyrene i kapslene er tatt ut av sitt naturlige miljø, samt at de er høyoksyderbare substanser. Det er da naturlig å spørre:

Hvor rene er kapslene, det vil si inneholder de kun de fettsyrer de skal, eller finnes der unaturlige produkter?

Er det godtgjort at dette ikke er uheldig for den menneskelige organisme?

Det finnes litteratur som foreslår at den positive effekt av eskimodietten ikke ene og alene skyldes n-3 fettsyreinnholdet, men også det at grønlenderne inntar disse i naturlig tilstand og dermed unngår å "forurense" enzymsystemene med unaturlige fettsyrer (24). Dersom det er hold i denne hypotesen, betyr det at man må være mer oppmerksom på hvordan fettsyrene behandles/tilberedes før inntak, enten som føde eller oljer/kapsler.

Flere faktorer ved eskimodietten.

Det er allerede pekt på de marine fettsyrer og muligheten for uheldige virkninger ved inntak av "unaturlige" fettsyrer.
I tillegg finnes minst to andre forhold som skiller eskimodietten fra den tradisjonelle vest-europeiske, nemlig det høye innhold av monoumettet fett (58 energiprosent kontra 34 hos dansker) og det lave innhold av mettet fett (23 energiprosent kontra 53 hos dansker) (2).
Inntak av monoumettet fett kan føre til redusert LDL-kolesterol (25) og det er vitenskapelig anerkjent at inntak av mettet fett gir øket blodkolesterol mens redusert inntak leder til lavere kolesterolnivå (26).

Konklusjon.

1. Inntak av marine fettsyrer kan påvirke blodplatefunksjonen og redusere triglyseridnivået i blod samt redusere blodtrykket moderat.

2. Det er et åpent spørsmål hva som kan oppnås med hensyn til sykelighet og dødelighet i den vestlige verden.

3. Det er ikke grunnlag for å påstå at kapsler har fordeler framfor oljer sett i et helsemessig perspektiv. Det samme gjelder for oljer kontra fet fisk.

4. Det er ikke slått fast at det kun er de marine fettsyrer i eskimodietten som har gunstig biologisk effekt.

5. Det er vitenskapelig akseptert at for å oppnå reduksjon av blodkolesterol, er det viktigste diettiltaket å redusere inntaket av mettet fett.

Litteratur:

1. Kromann N og Green A. Epidemiological studies in Upernavik district, Greenland. Acta Med Scand 1980; 208: 401-6.
2. Dyerberg J. N-3 polyumættede fede syrer og deres mulige rolle i sygdomsprevensjon. Nordisk Medicin 1988; 103: 161-5.
3. Dyerberg J, Bang HO, Hjørne N. Fatty acid composition of the plasma lipids in Greenland Eskimos. Am J Clin Nutr 1975; 28: 958-66.
4. Dyerberg J, Bang HO. Haemostatic function and platelet polyunsaturated fatty acids in Eskimos. Lancet 1979; II: 433-5.
5. Bang HO, Dyerberg J. The bleeding tendency in Greenland Eskimos. Danish Med Bull 1980; 27: 202-05.
6. Tamura Y et al. Clinical and epidemiological studies of eicosapentaenoic acid (EPA) i Japan. Prog Lipid Res 1986; 25: 461-6.
7. Kagawa Y et al. Eicosapolyenoic Acids of serum lipids of Japanese islanders with low incidence of cardiovascular disease. J Nutr Sci Vitaminol 1982; 28: 441-53.
8. Kromhout D et al. The inverse relation between fish consumption and 20-year mortality from coronary heart sease. N Eng J Med 1985; 312: 1205-9.
9. Siess et al. Platelet-membrane fatty acids, platelet aggragation and thromboxane formation during a mackerel diet. Lancet 1980; I: 441-4.
10. Thomgren M, Gustavson A. Effects of 11-weekw increase in dietary eicosapentaenoic acid on bleeding time, lipids and platelet aggregation. Lancet 1981; II: 1190-3.
11. Brox JH et al. The effects of cod liver oil and corn oil on platelets and vessel wall in man. Thromb Haemostas 1981; 46: 604-11.
12. Brox JH et al. Effects of cod liver oil on platelets and coagulation in familial hypercholesterolemia (type IIa). Acta Med Scand 1983; 213: 137-44.
13. Goodnight S et al. Polyunsaturated fatty acids, hyperlipemia, and thrombosis. Arteriosclerosis 1982; 2: 87-113.
14. Nestel PJ et al. Suppression by diets rich in fish oil of very low density lipoprotein production in man. J Clin Invest 1984; 74: 82-9.
15. Demke D et al. Effects of a fish oil concentrate in patients with hypercholesterolemia. Atherosclerosis 988; 70: 73-80.
16. Harris WS. Fish oils and plasma lipid and lipoprotein metabolism in humans: a critical reviw. J Lipid Res 1989; 30: 785-807.
17. Mortensen J et al. The effect of n-6 and n-3 polyunsaturated fatty acids on haemostasis, blood lipids and blood pressure. Thromb Haemostas 1983; 50: 543-6.
18.Bønaa K. Epidemiological and intervention studies on the effect of marine polyunsaturated fatty acids on blood pressure. J Int Med. 1989; 225: Suppl. 1; 105-10.
19. Dehmer GJ et al. Reduction in the rate of early restenosis after coronary angioplasty by a diet supplemented with n-3 fatty acids. New Eng J Med 1988; 319: 733-40.
20. Reis GJ et al. Randomised trial of fish oil for prevention of restenosis after coronary angioplasty. Lancet 1989; 2: 177-81.
21. Milner MR, Walsh GP. Lancet 1989; 2: 693.
22. Burr ML et al. Effects of changes in fat, fish and fibre intakes on death and myocardial reinfarction: Diet and reinfarction trial (DART). Lancet 1989; 2: 757-761.
23. Simonsen T, Nordøy A. Ischaemic heart disease, serum lipids and platelets in Norwegian populations with traditionally low or high fish consumption. J Int Med 1989; Suppl 1: 83-9.
24. Booyens J et al. The eskimo diet. Prophylactic effects ascribed to the balanced presence of natural cis unsaturated fatty acids and to the absence of unnatural trans and cis isomers of unsaturated fatty acids. Medical Hypotheses 1986; 21: 387-408.
25. Grundy SM. Effects of dietary fat on cholesterol metabolism. Abstract. International symposium on new aspects of dietary lipids. September 17-20 1989, Gøteborg, Sweden.
26. Oliver MF. Diet and coronary heart disease. Human Nutrition. Clinical nutrition 1982; 36c: 413-27.

❑

Cardizem® er en veldokumentert, sikker kalsiumantagonist som effektivt behandler alle typer angina pectoris. Den antianginøse effekten har to hovedårsaker. Reduksjon av hjertefrekvens samt dilatasjon av koronarkar og perifere kar gir i monoterapi effektiv og sikker behandling av angina pectoris.

Ved en kombinasjon med Cardizem® og andre medikamenter med blodtrykksenkende effekt, kan den blodtrykksenkende effekten forsterkes.

Cardizem® gir svært få bivirkninger. Hovedsakelig relatert til Cardizems vasodilaterende egenskaper. (Jfr. Felleskatalogmonografi.)

Dette må du vite om Cardizem og monoterapi ved angina pectoris!

Kalde ekstremiteter, plagsomme CNS-forstyrrelser, obstipasjon og impotens kan du nå unngå. (1,2)

Cardizem® kan du trygt benytte på pasienter med obstruktive lungesykdommer, diabetes (3,4) og perifere karsykdommer. (5) Cardizem® i monoterapi ved angina pectoris er enklere for lege og pasient.

Cardizem

(1) R.F. Zelis: Calcium Entry Blockers in Cardiologic Therapy. Hospital Practice no. 8, vol 16, 1981 (samleartikkel).
(2) M. A. Quigley et al.: Interpretation and Application of World-Wide Safety Data on Diltiazem. Acta pharmacol. et toxicol., no 57, suppl. II, 1985 (samleartikkel).
(3) K. Nagal et al.: Effects of diltiazem hydrochloride in diabetes. Int. Journal of Clinical Pharmacology, Therapy and Toxicology, no 11, vol 24, 1986.
(4) L. Andrén et al.: Diltiazem in Hypertensive Patients with Type II Diabetes Mellitus. The American Journal of Cardiology, okt 5, vol 62, 1988.
(5) W. Klowski: Perifera och cerebrovaskulära effekter av kalciumantagonister. Obs. Medica no 2, vol 16, 1989 (oversiktsartikkel).

CARDIZEM® *diltiazem.*

– SÅ VET DU HVA DU GJØR!

CARDIZEM Kalsiumantagonist
Tabletter 60 mg: Hver tablett inneh.: Diltiazemhydroklorid 60 mg, lactose 260 mg, const. q.s. Filmdrasjert.
• **Indikasjoner:** Angina pectoris. Variantangina (Prinzmetals angina).
• **Kontraindikasjoner:** Sinusknutedysfunksjon, AV-blokk grad II og III. Graviditet (se Forsiktighetsregler).
Forsiktighetsregler: Dårlig kontrollert hjertesvikt, ledningsforstyrrelser, alvorlig hypotensjon og kardiogent sjokk. Dosen bør reduseres ved sterkt nedsatt lever- og nyrefunksjon. Kombinasjon med digitalis og betablokkere kan gi additiv effekt på ledningssystemet med for lav hjertefrekvens eller AV-blokk. Ved kombinasjon med betablokker bør betablokkerdosen reduseres. Kombinasjonen kan øke faren for hjertesvikt. Diltiazem er embryotoksisk og teratogent i dyreforsøk og bør ikke gis til kvinner i fertil alder hvor graviditet ikke kan utelukkes. Ingen erfaring fra bruk hos kvinner som ammer.
Bivirkninger: Som regel av mild og forbigående natur. Vanligst rapporterte: Kvalme, hodepine, tretthet og svimmelhet; AV-blokk I, ankelødem og exantem. Forbigående transaminasestigning kan forekomme en sjelden gang, og et klinisk bilde som ved hepatitt er sett i et fåtall tilfelle.
Enkelte tilfeller av AV-blokk grad II - III og sinusknutedepresjon er beskrevet.
Interaksjoner: Kombinasjon med digoksin kan gi økt digoksinkonsentrasjon i blod, kan være av klinisk betydning hos noen pasienter. Kombinasjon med digitalis og betablokkere, se Forsiktighetsregler. Ved kombinasjon av diltiazem og andre medikamenter med blodtrykkssenkende effekt kan den antihypertensive effekt forsterkes.
Dosering: Individualiseres. Døgndosen fordeles på 3 eller 4 enkeltdoser. Rimelig startdosering 60 mg 3 ganger daglig. Dosen kan økes til 360 mg/døgn ved behov. Pakninger og priser:
Tabletter: 60 mg: 100 stk. kr. 267,70.
FEB. '90 300 stk. kr. 773,10.

Pharmacia
Pharmacia Norge A/S
Sandviksvn. 26, Postboks 234, 1322 Høvik · Tlf. 02-54 90 95.

Anorexia/bulimia nervosa

Olav Spigset. Studert i Bergen, ferdig 1988. Sykehusturnus på Lillehammer fylkessykehus, nylig avsluttet distriktsturnus på Otta. Nå på vei til militærtjeneste i Troms.

Allmennpraktikerens rolle i diagnostikk, behandling og forebygging

Av Olav Spigset

Det har gått ganske nøyaktig 300 år siden Morton beskrev anorexia nervosa for første gang, mens bulimia nervosa ble omtalt i litteraturen av Russell først i 1979. Anorexia nervosa (heretter kalt anorexi) og bulimia nervosa (heretter kalt bulimi) er sykdomsbilder som har mye til felles, men det er også viktige forskjeller. En lang rekke årsaksteorier har vært lansert og et utall behandlingsformer utprøvd. Til tross for betydelig forskningsaktivitet, noe som gjenspeiles i et overveldende antall publikasjoner, har det ikke vært noe gjennombrudd i behandlingen hittil.

Det har vært en nærmest eksplosiv økning i antall nye tilfeller av spiseforstyrrelser de siste årene, og i særlig grad bulimi. Alle allmennpraktikere vil møte disse pasientene. Allmennpraktikeren spiller en viktig rolle ved å fange opp pasientene og stille en tidlig diagnose, ved å koordinere behandlingsopplegg og følge opp over lengre tid og ved å drive forebygging, bl.a. i form av informasjon til skoler, idrettslag og andre som arbeider med risikogruppene.

Epidemiologi

Basert på utenlandske studier er det rimelig å anta at minst 50 000 er rammet i Norge. Ca 90 % er kvinner, de aller fleste i alderen 15-30 år. Insidensen av anorexi er sannsynligvis omkring 5/100 000/år. Spørreskjemaundersøkelser har vist at prevalensen av bulimi hos kvinner er høy, i risikogruppene nevnes tall mellom 4 og 20 % (1).

Sannsynligvis kommer mange med lettere former for spiseproblemer aldri i kontakt med helsevesenet. Man regner med at spontanhelberedelsesfrekvensen hos disse er relativt stor.

Diagnostikk

Diagnosekriterier for anorexia nervosa og bulimia nervosa er utarbeidet av American Psychiatric Association (tabell 1-2), og ble siste gang revidert i 1987 (2). En mer detaljert beskrivelse av sykdomsbildet ved anorexi finnes i de fleste lærebøker i indremedisin og psykiatri, mens bulimi er omtalt grundig i to artikler i "Tidsskriftet" (1,3).

Det er vesentlig å stille diagnosen tidlig, da prognosen i høy grad er avhengig av sykdomsvarigheten. Spiseforstyrrelsene hemmeligholdes ofte både for nær familie og andre. Spørreskjemaundersøkelser har vist at nær halvparten av bulimikerne holder tilstanden totalt skjult for omgivelsene og at sykdommen gjennomsnittlig har vart i 5 år før lege oppsøkes.

Det kan ofte være diffuse plager og problemer som presenteres. Det er derfor nødvendig å ha kjennskap til tidligsymptomene og å spørre spesifikt om disse. Pasientene er vanligvis svært skamfulle og forteller sjelden spontant om spiseproblemer til legen. I blant trengs en bearbeidingsperiode på flere konsultasjoner før kortene legges på bordet. Det hender at pasienter som kaster opp etter måltidene ikke har fortalt at de stikker fingrene i halsen, fordi "legen spurte jo ikke om det".

Det er viktig å tenke på anorexi/bulimi hos tenåringsjenter og kvinner i 20-årene som forteller om abdominalubehag, fordøyelsesplager, vektforandringer og uspesifikke psykiske symptomer. Som skolelege må man tenke på spiseforstyrrelser hos elever hvis lærere, helsesøster eller andre forteller om endret adferd, utseende, vekt eller dårlige skoleprestasjoner. Et økende antall oppsøker lege med spiseproblemer som ikke kan karakteriseres

Figur 1. Et typisk trekk ved anorexi og bulimi er at man føler seg tykk selv om kroppsvekten er lavere enn normalt. (Illustrasjon: Dag Hellem).

som anorexi eller bulimi. Det er usikkert om dette er forløpere for de alvorligere spiseforstyrrelsene eller egne, lettere sykdomstilstander. De vil sannsynligvis ofte spontanhelbredes, men man bør ha tilsvarende behandlingstilbud til disse som til pasienter med manifest anorexi eller bulimi.

Objektive tegn

Både ved anorexi og bulimi er det visse kliniske funn og laboratorieanalyser som kan styrke mistanken. Ved anorexi vil vektmåling være nødvendig for å stille diagnosen (tabell 1), selv om mer uttalt avmagring sees med det blotte øye.

Enkelte av de fysiske komplikasjonene som oppstår ved bulimi kan oppdages ved klinsik undersøkelse (1). Dette gjelder bl.a. spyttkjertelhevelsen og tannskadene (4). Elektrolyttforstyrrelser i form av hypokalemi påvises hos ca 50 % av dem som kaster opp ukentlig eller oftere. Jo høyere oppkastfrekvensen er, jo hyppigere og alvorligere blir elektrolyttforstyrrelsene. Hypokalemien kan bli symptomgivende, og det anbefales at alle med bulimi får kaliumtilskudd profylaktisk. Noen pasienter har lett forhøyet s-amylase (pankreas- og spyttkjertelaffeksjon) og økte verdier av kreatin kinase (CK) (overdrevet fysisk aktivitet). Somatiske og biokjemiske komplikasjoner ved bulimi omtales detaljert i en artikkel i "Tidsskriftet" (5).

Behandling

Allmennpraktikeren er i en enestående posisjon når det gjelder å oppdage spiseforstyrrelser, og spiller også en viktig rolle i behandlingssituasjonen både når det gjelder behandlingsopplegg og oppfølging over tid. De aller fleste oppsøker enten allmennpraktiker primært eller blir henvist fra helsesøster, psykolog eller andre (tabell 3).

Pas. er ofte svært kunnskapsrike, de har lest alt de ha kommet over om spiseforstyrrelser, og mange har søkt aktivt etter informasjon på egenhånd. Dette betyr at det er viktig for leger å sitte inne med oppdatert kunnskap, ellers blir pasientene svært ofte misfornøyde og søker f.eks. alternativ medisin (tabell 3). Mange har gått fra lege til lege uten å få hjelp, enten fordi "legen hadde ingen behandling å tilby", eller fordi "legen ikke fant ut hva som feilte meg, siden han ikke stilte de rette spørsmålene".

I behandlingen må vi til en viss grad kunne kreve at pasienten selv har ansvaret for å bli frisk, men vi skal være hjelpere som vil oppmuntre, formidle kunnskap, korrigere og støtte. Det å bli frisk kan ta lang tid og er på mange måter en læringsprosess der pasienten i noen grad må prøve og feile, lære å takle nederlag, og der hun vil oppleve og innse at ingen er perfekt. Vi må garantere at en eventuell vektøkning skal skje langsomt og kontrollert, og at hun ikke vil bli overvektig. Noen anorektikere "lurer" legen ved å drikke vann, putte steiner i lommene o.l. før veiing. Vi må da påpeke at knepene er kjente, og at det i grunnen bare er seg selv hun lurer.

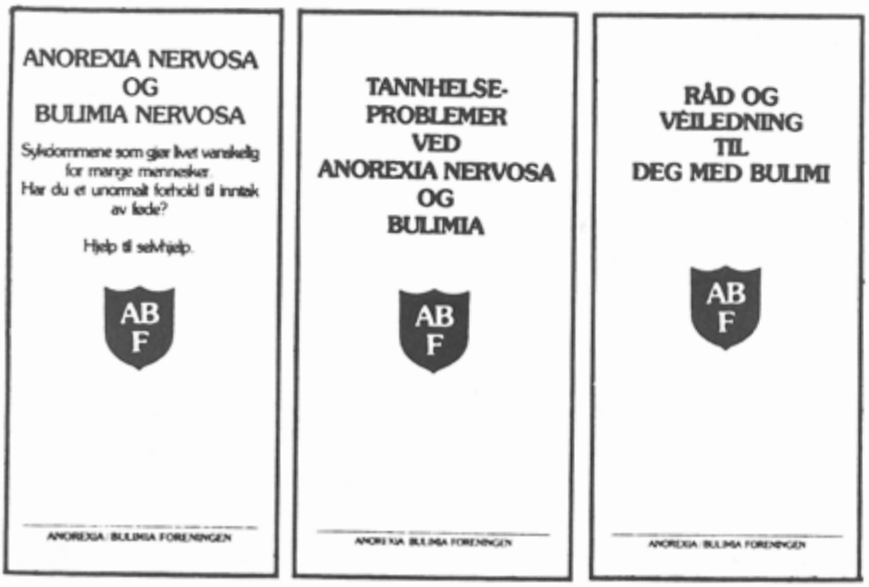
Det er særdeles viktig å inngå en alliance med pasienten, slik at man i fellesskap kan prøve å få mobilisert hennes egen vilje til noe positivt, nemlig det å bli frisk. Initialt er det rimelig å overta noe av ansvaret fra pasienten, og ikke minst fra hennes familie. Etterhvert må dette ansvaret tilbakeføres til henne selv.

Tverrfaglig behandling

Behandlingen av anorexi og bulimi krever ofte et nært tverrfaglig samarbeid, men en del tilfeller kan behandles av allmennpraktiker med interesse for spiseforstyrrelser uten å trekke inn andre fagpersoner.

I de mest uttalte tilfellene er innleggelse i medisinsk avdeling indisert, og dette kan også være nødvendig i tilfeller med vanskelige diffenesialdiagnoistiske overveielser. Tannskadene er utbredte hos dem som kaster opp ofte, og det er viktig å oppfordre pasienten til å oppsøke tannlege. I en del tilfeller vil faktisk tannlegen også kunne stille diagnosen bulimi (4). I mange tilfeller er det ønskelig å søke råd hos eller henvise pasienten til en dietetiker (tabell 3). De fleste steder i landet er dette imidlertid praktisk vanskelig. Noen

⇒



Figur 2. Anorexia/Bulimia Foreningen har utgitt tre informasjonsbrosjyrer om spiseforstyrrelser.

enkle dietetiske råd vil derfor bli nevnt senere. Mange pasienter har plager i form av stiv og støl muskulatur, både etter overdrevet trening og pga angst/-spenninger. Hos disse kan fysioterapi, og kanskje spesielt psykomotorisk fysioterapi være til god hjelp.
Henvisning til psykolog/psykiater, enten poliklinisk eller som innleggelse er naturlig. De aller fleste, spesielt med bulimi, kan behandles ambulant, og allmennpraktikere kan komme svært langt med enkel samtaleterapi. For de fleste vil dette imidlertid kreve såpass hyppige og langvarige konsultasjoner at henvisning til psykolog/psykiater blir løsningen.

Generell informasjon
Til tross for at mange av pasientene er eksperter på egen sykdom og kan kaloritabellene på rams har mange også feiloppfatninger omkring mat, kalorier, spising, kropp og vekt (figur 1). En av allmennpraktikerens viktigste oppgaver blir derfor generell informasjon og saklig korrigering av feilaktige holdninger. Til dette kan bl.a. brosjyrene og noen av bøkene som er nevnt til slutt i artikkelen brukes (figur 2, tabell 4).

Dietetisk behandling
Enkle kostråd kan gis av interesserte uten spesiell ernæringsfysiologisk utdannelse. I første omgang må man orientere pasienten om prinsipper innenfor generell ernæringslære, med informasjon om ulike næringsstoffers funksjon, farer og somatiske komplikasjoner ved underernæring/oppkast, samt litt om normal vekt og utvikling. Man må orientere seg om hva pasienten spiste før sykdomsutbrudd og hva hun spiser nå. Det anbefales at hun skriver opp alt hun spiser i en periode på 1-2 uker, dvs. mattype, hvor mye, og når på døgnet maten konsumeres. For bulimikere er det viktig å få med situasjoner som utløser spiseorgier og tidspunktene for brekninger og oppkast.
Ut fra dette tilpasses vanligvis en diett der hovedpoengene er *små* og *hyppige* måltider, gjerne 5-6 ganger daglig. Ved bulimi må man ta bort mat som hun erfaringsmessig overspiser, og dietten må gjennomføres strengt uansett om hun føler seg sulten eller mett eller har overspist innimellom. For anorektikere er det viktig at man unngår "idealvekt"-begrepet, og at vektøkningen skjer langsomt med innlegging av delmål. I første omgang kan det være et mål bare å få stoppet vekttapet, og ofte vil en energimengde på 50% av matinntak før sykdomsdebut være tilstrekkelig initialt.

Psykologiske behandlingsprinsipper
Det vil føre for langt å gå detaljert inn på prinsippene i de psykologiske behandlingsmetodene som brukes ved anorexi/bulimi. Det er utarbeidet en lang rekke varianter, og de fleste sentra som behandler pasientgruppen regelmessig har egne opplegg. Generelt kan man bruke ulike psykoterapeutiske tilnærmingsmetoder, familieterapi og gruppeterapi i tillegg til adferdsterapi, uten at det finnes gode vitenskapelige evalueringer og sammenligninger.
Det vil være nyttig å nevne noe om den kognitive adferdsterapi ved bulimi, siden mange av prinsippene er enkle og nærmest har form av gode "praktiske tips" (6).
Den første fasen består i å bryte den onde sirkelen med overspising og oppkast ved å opplyse om medisinske farer og å gi dietetisk veiledning som nevnt tidligere. I tillegg er den praktiske veiledningen viktig. Denne består i å kartlegge de situasjonene som fører til overspising (tidspunkt, om man er alene, ser på TV, er på vei hjem osv.), og unngå at slike situasjoner oppstår. Når trangen til overspising blir stor, må pasienten ha alternative aktiviteter som er uforenlige med matinntak og spising. Det kan f.eks. være å dusje, trimme, gå på biblioteket, ta en telefon eller gå tur, men uten penger og utenom kiosker, butikker o.l. Pasienten må bruke fantasien og sette opp en liste over akseptable alternativer. Alt matinntak skal skje kontrollert ved kjøkkenbordet, spising rett fra skapet er ikke tillatt. Matinnkjøp må overlates til andre. Er dette umulig, må hun handle ut fra en liste skrevet når hun har kontroll, og hun må ikke ha med mer penger enn nødvendig. Hun bør kjøpe minste pakning hvis det finnes flere størrelser, selv om dette er noe dyrere. Mat som hun har en tendens til å overspise må hun ikke ha i huset. Endringer i matvaner, oppkastfrekvens og følelse av kontroll over matinntak bør skrives på et skjema.
I neste fase er målet å forandre pasientens holdninger ved å diskutere mulige årsaker til at spiseforstyrrelsen startet og bearbeide hennes ofte irrasjonelle tanker omkring mat, vekt, spising og kroppsform. Videre bør hun oppfordres til påny å delta i sosiale aktiviteter og diskutere hele livssituasjonen.

Medikamentell behandling
Nær sagt alle tenkelige og utenkelige medikamenter har vært forsøkt i behandlingen av spiseforstyrrelser.
Mange har virket lovende i utgangspunktet, men kontrollerte studier med langtidsoppfølging har vist liten eller ingen effekt.
Ved anorexi benyttes iblant neuroleptika en periode, vanligvis lavdoserte preparater som pimozid (Orap) eller tioridazin (Melleril). Det er vanlig å bruke antidepressiva hvis symptomene ellers

har depressiv karakter. Appetittstimulerende medikamenter som f.eks. cyproheptadin (Periactin) var populære for noen år tilbake, men brukes lite nå. Ved bulimi har antidepressiva vært mye brukt i flere år, og både trisykliske og MAO-hemmere har vist god effekt i noen studier. Bruk av appetittreduserende medikamenter som fenfluramin (Ponderal) gir rask toleranseutvikling og dermed liten langtidseffekt. For tiden pågår kliniske utprøvninger av et nytt antidepressivum, fluoxetin (Fontex), som i dyreforsøk reduserer matinntaket, spesielt av karbohydratrik kost. De foreløpige resultatene er lovende, men det er ennå for tidlig å si noe sikkert om langtidseffekten.
Virkningen av nevroleptika/antidepressiva ved spiseforstyrrelser er teoretisk sett svært interessant. Det finnes holdepunkter for at sentrale dopaminerge, noradrenerge og serotonerge baner er involvert i patogenesen både ved anorexi og bulimi. Det pågår nå forskning for å kunne subklassifisere pasientgruppene og dermed oppnå enda bedre resultat ved medikamentell behandling.
I lengre tid har det vært kjent at zinkmangel gir et klinisk bilde som på mange måter ligner anorexi. Det har derfor vært spekulert i om det er noen nærmere sammenheng, og det ser ut som om anorektikere nok har en relativ zinkmangel. Det er rapportert at zink nærmest har hatt en frapperende god effekt hos enkelte, og det pågår for tiden kontrollerte studier, bl.a. i Sverige, for å undersøke dette. Inntil videre bør holdningen være at anorektikere uansett har nytte av multivitamintabletter, og at disse også bør inneholde spormetaller, inkludert zink.
Medikamentell behandling og forebygging av somatiske komplikasjoner, og substitusjon med vitaminer/spormetaller er aktuelt også ved bulimi.
Alle som kaster opp vil ha en tendens til hypokalemi (5), og selv med normal s-kalium bør disse ha tilskudd med kaliumklorid depottabletter profylaktisk. For å forebygge tannskade ved oppkast anbefales daglig skylling med fluor tannskyllevæske (4). Mageknip, kolikksmerter og luftplager er vanlig særlig ved bulimi, og perorale silikonforbindelser (Ceolat/Minifom/Siloxan) kan forsøkes. Obstipasjon og diare behandles symptomatisk. Man bør imidlertid være forsiktig med å foreslå kontaktlaxantia, da enkelte kan falle for fristelsen og misbruke dette.

Tidlig diagnose

Kort sykdomsvarighet før behandling igangsettes bedrer prognosen betydelig. Dessverre viser det seg at det ofte tar svært lang tid før rett diagnose stilles og pasienten får kyndig behandling. For noen år tilbake var gjennomsnittlig sykdomsvarighet før diagnosen bulimi ble stilt 5 år, og målet må være å redusere denne mest mulig. Siden spiseforstyrrelsene ofte skjules for omgivelsene må alle som har med risikogrupper å gjøre opplæres og oppfordres til å observere faresignaler. Det er i første rekke foreldre og lærere, men også ledere i idrettslag og ungdomsorganisasjoner samt jevnaldrende venner som har muligheter til å oppfange anorexi/bulimi i tidlige stadier.
Hvordan helsepersonell kan få mistanke om spiseforstyrrelser er beskrevet tidligere. Det vil imidlertid også være helsevesenets oppgave å informere andre om hvordan en tidlig diagnose kan stilles.

Foreldre
Foreldrene vil merke at datterens (sjeldnere sønnens) psyke forandres. I utgangspunktet er mange - spesielt anorektikerne - dyktige, pliktoppfyllende, intelligente og viljesterke. Hvis dette forandrer seg, slik at hun blir vanskeligere, mer egosentrisk, reduserer sosiale aktiviteter og kanskje til og med driver med lureri og forteller løgner, er det fare på ferde. Senere vil dette utvikle seg videre til opponering mot foreldrene og hun vil kanskje gjøre det motsatte av hva foreldrene sier, slik at det blir regelrett krangling og lite hyggelige familieforhold.
Det er svært vanlig at ungdom i dag er opptatt av slanking. Man må imidlertid være på vakt hvis dette utarter, slik at interessen for vekt, utseende, kaloritabeller og av og til kokebøker og matlaging blir svært stor, eller hvis den fysiske aktiviteten øker påtagelig. Et faresignal er det også hvis hun stadig finner på unnskyldninger for å sløyfe måltider eller spise alene, hvis hun aldri oppholder seg sammen med andre i familien etter måltider, eller hvis mat rett og slett forsvinner fra kjøkkenet.

Skole
Lærerne vil kunne se at tidligere pliktoppfyllende elever plutselig uten åpenbar grunn får dårligere skoleprestasjoner, blir mer ukonsentrerte, sløyfer hjemmeleksene og trekker seg mer bort fra skolekameratene. Slike tegn bør foranledige en samtale med eleven, og i neste omgang også med foreldrene. Læreren må imidlertid hele tiden spille med åpne kort, og ikke kontakte skolelege eller helsesøster bak elevens rygg.

Idrett
Det er en overhyppighet av spiseforstyrrelser i idrettsmiljøene (7), både fordi toppidrett krever viljestyrke, innsatsvilje og ambisjoner, og fordi det i mange idrettsgrener er vektkrav og press om vektreduksjon. Idrettsledere må være observante ved ethvert forsøk på vekttap, selv om man ser at idrettsresultatene blir bedre en periode. På lengre sikt vil prestasjonsnivået synke til tross for svært intens, nærmest tvangspreget treningsaktivitet. Idrettsledere har et stort ansvar for å hindre vekttap hos utøvere i risikogruppene, og må aldri oppfordre til slanking hos disse.

Forebygging

Det har vært en nærmest eksplosjonsartet økning i forekomsten av spiseforstyrrelser de siste årene. En av grunnene til dette er den økende fokuseringen på mat, utseende, kroppsvekt og slanking på alle områder i samfunnet. Det å være tynn fremstilles uten unntak som noe positivt og forbindes med attraktivitet og vellykkethet. Det er særlig yngre kvinner som er opptatt av dette, og mange tar i bruk nærmest alle midler for å leve opp til slankhetsidealet.
I USA regner man med at halvparten av alle kvinner til enhver tid slanker seg. I Storbritannia omsatte man midt på 70-tallet "slankemat" for 600 millioner kroner i året, og fire "slankeblad" solgte for til sammen 50 millioner kroner pr. år. En fersk undersøkelse fra Oslo blant kvinner i alderen 16 til 30 år viste at 70% skulle ønske de var tynnere, vel 30% mente de ville bli lykkeligere om de gikk ned i vekt, og 10% tenkte alltid på slanking.
Denne selvopptattheten av utseende og vekt fører til svært mange slankeforsøk, og det er små vekttap som 3-5 kg som kan utløse anorexi eller bulimi hos predisponerte individer. Den aller viktigste oppgaven i forebyggingen av spiseforstyrrelser er derfor å hindre uforniuftig slanking. Spesielt hos tenåringer må man være forsiktig med å oppfordre til slanking. I så fall bør det være medisinsk indisert og foregå i kontrollerte former. Det er essensielt å opplyse alle, og spesielt barn/ungdommer og personer som har med disse gruppene å gjøre

⇒

om at slanking *kan* utløse anorexi/ bulimi. Man må også gi saklig informasjon om vekt, slanking og ernæring som en motvekt til slankepropagandaen i massemediene. Dette er ikke minst en stor utfordring for helsevesenet og en oppgave for skolene. For å redusere hyppigheten av anorexi og bulimi må målet være et samfunn der alle har et mer avslappet forhold til mat og kroppsvekt enn tilfellet er i dag.

Opplysninger

Både for fagpersonell og pasienter/ pårørende finnes det relevant og oppdatert litteratur på norsk til ytterligere fordypning. Disse heftene og bøkene er nevnt i tabell 4.

Det finnes en landsomfattende interesseorganisasjon for alle med spiseforstyrrelser, Anorexia/Bulimia Foreningen (AFB), med hovedkontor i Bergen. Foreningen har utgitt bl.a. 3 brosjyrer (figur 2) som er gratis og egner seg til utlegging på legekontorer o.l. De som ønsker informasjon eller medlemsskap i foreningen kan henvende seg til: Anorexia/Bulimia Foreningen, Kong Oscarsgt. 66-68, 5017 Bergen.

Olav Spigset
Militærlege i Troms.

❑

Litteratur:

1. Spigset O. Bulimi. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 2624-7
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III R,3. rev. utg. Washington: American Psychiatric Association, 1987.
3. Trygstad O. Bulimi. Tidsskr Nor Lægeforen 1985; 105: 1511-6
4. Spigset O. Bulimi og tannskader. Nor Tannlegeforen Tid 1987; 97: 508-11.
5. Spigset O. Somatiske og biokjemiske komplikasjoner ved bulimi. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: Godkjent for publikasjon.
6. Fairburn GC: The place of a cognitive behavoiural approach in the management of bulimia. I: Darby et al. Anorexia nervosa:Recent developments in research. New York: Alan R. Liss 1983: 393-402.
7. Borgen JS, Corbin CB. Eating disorders among female athletes.Phys Sportsmed 1987; 15: 89-95.

Tabell 1:

Diagnostiske kriterier ved anorexia nervosa (2)

A. Intens redsel for å legge på seg eller bli overvektig. Redselen avtar ikke selv ved undervekt.

B. Forstyrret opplevelse av egen kroppsvekt, -størrelse eller -form, for eksempel hevde at man "føler seg tykk" selv ved sterk avmagring, eller mene at et område på kroppen har "for mye fett", selv ved åpenbar undervekt. (Jfr. figur 1)

C. Motstand mot å opprettholde kroppsvekten over et minimum av normalvekt for alder og høyde. Dvs. et vekttap opprettholdes minst 15% lavere enn normalvekt, eller forventet vektøkning uteblir slik at vekten opprettholdes minst 15% lavere enn normalvekt.

D. Fravær av minst tre påfølgende forventede menstruasjoner hos kvinner, enten det er primær eller sekundær amenorre.

Tabell 2:

Diagnostiske kriterier ved bulimia nervosa (2).

A. Gjentatte episoder med overspising (hurtig konsumering av store matmengder i et avgrenset tidsrom, vanligvis mindre enn 2 timer).

B. Frykt for ikke å kunne stoppe å spise mens overspisingen pågår.

C. Regelmessig bruk av enten selvindusert oppkast, laxantia, restriktive dietter eller faste for å motvirke effekten av overspisingen.

D. Gjennomsnittlig minimum to overspisingsepisoder ukentlig i løpet av tre måneder.

Tabell 3:

Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse blant 34 kvinner med anorexi/bulimi. Hva slags type behandling de har søkt/fått, og om de var fornøyd eller misfornøyd med behandlingen.

	Ant (%) totalt	Ant (%) fornøyd	Ant (%) middels	Ant (%)mis-fornøyd
Allmennprakt.lege	27(79)	8 (30)	9 (33)	10(37)
Sykehuslege,poliklinisk (indremed./psykiatr.avd)	16(47)	4 (25)	7 (44)	5 (31)
Innlagt i sykehus (indremed/psykiatr avd)	15(44)	3 (20)	7 (47)	5 (33)
Psykolog,poliklinisk	29(85)	10(34)	9 (31)	10(34)
Dietetiker	10(29)	5 (50)	5 (50)	0 (0)
Fysioterapeut	2 (6)			
Helsesøster	2 (6)			
"Alternativ medisin" (soneterapeut,hånds-pålegger,kinesolog, homeopat,healing,aku-punktur,aromaterapi oa)	5 (15)			

Tabell 4:

Bøker som omtaler anorexi, bulimi og vektproblematikk.

-Opstvedt J,Bassøe HH (red).Anorexia nervosa og bulimia nervosa.Teori og behandling. Oslo: Universitetsforlaget,1985.

-Bassøe HH. Anorexia/bulimia nervosa. En kort orientering. Trondheim: Tapir forlag,1986.

-Buhl C. Kampen om kroppen. Om anoreksi,bulimi og andre spiseforstyrrelser. Oslo:Universitetsforlaget,1985.

-Opstvedt L,Skjelbred B (red). Hvordan hjelpe og forstå mennesker med anorexi/bulimi. Faglige råd og personlige erfaringer. Bergen:Anorexia/Bulimia Foreningen,1988.

-Opstvedt L(red). Koordinert flerfaglig behandling av anorexia nervosa og bulimia. Bergen: Anorexia/Bulimia Foreningen,1987.

-Aarskog D. Overvekt og slanking hos barn og unge. Oslo:Tano,1986.

Utposten's essaykonkurranse 1990

Konkurranseregler:
For 6. gang inviteres Utposten's lesere til å være med i konkurransen om essay-prisen. Prisen tildeles forfatteren av årets beste primærmedisinske essay. Deltakerne stilles fritt i temavalg, men emnet må være aktuelt og sentralt i dagens norske allmenn- eller samfunnsmedisin. Manuskriptet må utarbeides på norsk, og artikkelen må ikke ha vært publisert tidligere.

Manuskriptutarbeidelse:
Manuskriptet skal være maskinskrevet og innsendes i to eksemplar. Manuskriptet skrives på A4-ark og bare på den ene siden av arket. Bruk dobbel linjeavstand (ca. 30 linjer pr. ark) og bred marg (ca. 60 anslag pr. linje). Artikkelens lengde bør være minst 10 manussider, men ikke mer enn 15 manussider. Bruk VANCOUVER-reglene ved bruk av litteraturreferanser. Tidsskrift for Den norske lægeforening beskriver VANCOUVER-reglene i sin manuskriptveiledning. Manuskriptet innledes med en kortfattet innledning (ingress) på omlag 1/2 manusside.

Tidsfrist:
Manuskriptene sendes til: UTPOSTEN, 5890 LÆRDAL, og skal være redaksjonen i hende innen 15. august 1990.

Manuskriptene vil bli behandlet anonymt. Forfatteren's navn skal derfor ikke framgå av manuskriptet. Manuskriptet skal imidlertid gis en tittel som knyttes til innholdet, og vedlagt manuskriptet skal det følge en lukket konvolutt. Konvolutten merkes utvendig med manuskriptets tittel, og inni konvolutten ligger opplysninger om forfatterens navn, adresse og tlf. nr.

Premiering:
Manuskriptene vil bli vurdert av en jury som kårer inntil 2 vinnere av konkurransen. Juryen består av: Førsteamanuensis Åsa Rytter Evensen, kommunelege Ola Lilleholt, redaktør Magne Nylenna og allmennpraktiker Inger Marie Steinsholt. Vinneren (e) vil bli tildelt Utposten's diplom og en samlet premiesum på kr. 10 000. Vinnerbidraget vil bli trykket i Utposten, og Utposten forbeholder seg retten til å kunne trykke også andre av de innsendte essay's.

Ytterligere opplysninger om Utposten's essaykonkurranse 1990 fås ved henvendelse til UTPOSTEN, 5890 LÆRDAL.

Tornekrattet. Syv år med angsten

Erna Myhre Storfjord.
Tornekrattet.
Syv år med angsten.
170 sider. Kr. 179,-. Cappelen Fakta, utgitt -77, -79, -89.

I denne selvbiografien følger vi forfatterens kamp mot angsten gjennom 7 år. Forordet er skrevet av Nils Retterstøl.

Boka begynner ved hennes første angstanfall. Derfra følger vi hennes angst og symptomer, påkjenninger og kamp for åpenhet om sin sykdom.

Erna Myhre Storfjord skriver i jeg-form og periodevis svært personlig. Likevel blir vi ikke kjent med hverken henne eller familien hennes. Hun lar oss kun få innblikk i selve problemet sitt: angsten. Dermed blir boka ensformig. Det er for mange gjentakelser av nesten like angstanfall og tilbakeslag, fulgt av hennes tanker etterpå, og så nye runder med motivering og trening.

Boka tar seg noe opp mot slutten. I det siste kapittelet og i etterordet gir forfatteren en oppsummering. Hun minner oss her om nødvendigheten av egen kampvilje, problemer med å være åpen om sin angst og forståelse for angst hos medmennesker.

Anmeldt av:
Alice Beathe Andersgaard
kir.avd.
Gjøvik fylkessykehus.

❑

Slik er det å ha vondt i ryggen

RYGG REIS DEG
Aashild Andal Sandberg
Oslo: TANO A.S., 1989. 153 sider, pris kr. 158.

Jeg startet litt halvhjertet på denne boka, men etter noen få sider kunne jeg ikke legge den fra meg før jeg var framme ved siste side. Boka er en fengende beretning fra en tidligere sykepleier om hennes erfaringer som ryggpasient. Boka er skrevet i dagboksform, og forteller om et halvår med smerter, uvisshet og sykmelding, påfulgt av noen måneder med operasjon og rehabilitering.

Forfatteren forteller oss om hvordan det er å ha en vanlig lidelse som helsevesenets representanter egentlig står ganske hjelpeløse overfor. Primærlegen tar tiden til hjelp og lar tiden gå, og forstår åpenbart ikke hvordan dette kjennes for den det gjelder. Når forfatteren omsider blir operert, framstiller hun ikke dette som det eneste saliggjørende, men viser oss hvorfor de andre tiltakene for henne har vært lite tilfredsstillende.

Hun skriver om sine plager og sitt møte med behandlingssystemet med stor nærhet, men har samtidig den distanse til stoffet som gjør at hennes beretning har stor interesse for andre. Boka er troverdig fordi den hele tiden gir gjenkjennelse, enten leseren har hatt vondt i ryggen eller ikke. Baksideteksten framhever bokas humoristiske sider, men jeg synes boka er dypt alvorlig. Den handler mye om betydningen å bli hørt av dem som skal hjelpe.

Innimellom kommer noen avsnitt med lyrisk form. Jeg synes de henger dårlig sammen med bokas øvrige hverdagsnære sakprosa, som er av glimrende litterær kvalitet.

Her er det mye å kjenne seg igjen i, og mye å lære, både for ryggpasienter og primærleger! Anbefales på det varmeste.

Anmeldt av:
Kirsti Malterud

Virkninger og bivirkninger av sektoriseringsordningen i Oslo

- en beskrivelse av "fornem nød"

Geir Stene Larsen.
Helge Hagen.
"Bra - kan bli bedre" - Evaluering av sektoriseringsordningen i Oslo.
Rapport nr. 8 -1988.
SIFF - avd. for helsetjenesteforskning.
ISSN 0802 - 1902, 106 sider, pris kr. 50,-.

Rapporten er fremkommet på bakgrunn av sterk kritikk mot den sektoriseringsordningen av lokalsykehusfunksjon innen indremedisin og kirurgi, som ble innført i Oslo i 1982.

Rapporten er oversiktlig inndelt i metodebeskrivelser, resultater og forslag til endringer av ordningen. Heftet innledes med et kortfattet 24-punkters sammendrag. Dette gir nok informasjon til å kunne velge de delene av rapporten som synes mest interessante/aktuelle, samtidig som helheten i dette omfattende evaluerings-arbeidet ikke tapes av syne.

En har benyttet seg av intervjuer, registrerings-studier, forbruksanalyser og spørreundersøkelser.

De sterkeste kritikerne av sektoriseringsordningen var ambulansetjenesten v/Oslo legevakt, norsk pasient-forening og enkelte lege-miljøer v/Ullevål sykehus.

Forsvaret av ordningen har bl.a. kommet fra sykehus-miljøene v/Aker, Lovisen-berg og Diakonhjemmet, samt fra primærhelse-tjenesten.

Rapporten viser at:
- Sektoriseringsordningen har bred støtte.
- Samarbeidet mellom lokalsykehusene og primærhelsetjenesten er blitt noe bedre.
- Mindre skjevheter i beleggsprosent mellom sykehusene.
- 30 % av indremedisinske og 22 % av kirurgiske senger (1987-nivå) er overflødige.
- Opprustning av primærhelsetjenesten, inkludert sykehjemmene, er nødvendig.
- Byggingen av det nye Rikshospitalet vil i høy grad øke overkapasiteten på sykehussenger i Oslo.
- Både pasienter og behandlere verdsetter den faste sykehustilknytningen. Små-sykehusene bør få leve.
- Sektoriseringsordningen må mykes opp og gi rom for unntak. Pasientenes ønsker må tas mer hensyn til.
- Ordningen åpner for rammebevilgninger som styringsredskap av sykehusene.
- Lokalsykehusene bør samarbeide om flere spiss-funksjoner. Kapasiteten her er alt for stor.
- Effektive kirurgiske avdelinger må opprettes for å sikre innbyggerne likeverdige tilbud.
- Manglende døgnberedskap i kirurgi ved småsykehusene.
- Isfronten mellom tilhengere og motstandere av sektoriseringsordningen har vanskeliggjort kommunikasjonen om og justeringen av ordningen.

Tilrådningskapitlet er konkret og uttømmende og må ses på som et godt utgangspunkt for kommunen når en planlegger den fremtidige helsetjenesten i Oslo by.

Adekvat faglig forankring hos forfatterne, god lokalkunnskap og stor grad av grundighet preger rapporten. Konklusjonene er godt underbygd.

Heftet avrundes med en fyldig referanseliste.

Anmeldt av:
Harald Bjørnestad,
Bydelslege I - Legesenteret i Kongsteinsgt. 48,
4012 Stavanger.

❑

When God made Heaven and God made Earth
He formed the seas and gave them birth;
His heart was full of jubilation;
But He made one error
- no EVALUATION!

"Oh!" He said, "That's good!",
and He meant it too,
But now we know that won't do.
Even something that we know is best
we've got to PROVE by a
PRE - POST test.

(NASA Newsletter)

"Militærstøvlene" - del II

Lodvar Bleken, privatpraktiserende indremedisiner, 2600 Lillehammer.

Eller antibiose framfor antibiotika

Hvem husker artikkelen "Militærstøvlene som førte til revolusjon av min behandling av overflatiske infeksjoner" i UP 7/89? Her kommer en oppfølging hvor forfatteren utdyper antibiosebegrepet og går nærmere inn på bruken av surmelk i behandlingen av overflatiske infeksjoner:

Av Lodvar Bleken

Symbiose/Antibiose

(Iflg. Gyldendals store konversasjonsleksikon): Visse jord- og vannbakterier kan leve i ekte symbiose med andre mikroorganismer. Men langt oftere finner man det motsatte: en antibiose. Jordbunnens og vannets evne til å "rense" seg for sykdomsframkallende bakterier beror vesentlig på en antagonistisk virkning av derværende, naturlig forekommende mikroorganismer.

Pasteur oppdaget i 1877 at visse bakterier i luften hadde evne til å hemme veksten av miltbrann-bacillen. Flemings oppdagelse av soppen Penicillium notatums antibiose-egenskap førte til en intens jakt på antibiotika, mens selve prinsippet - antibiosen - nærmest forble upåaktet. Riktignok oppdaget man ganske tidlig at langvarig bruk av antibiotika kunne framkalle s.k. postantibiotisk enterocolitt pga. resistente bakterier, og at man kunne behandle/forebygge det med yoghurt, men dette ble åpenbart ikke ført videre. Ingen fant på at man kunne behandle overflatiske infeksjoner på samme måten.

I folkemedisinen er metoden kjent, uten at noen har satt navn på prinsippet. Ute i bygdene smurte man "tetmjølk" på infiserte sår. En kollega fortalte om en hotellvert på indre østlandet som anbefalte avføring på betente sår. En budeie stakk verkefingeren ned i kumøkka. Ei klok kone i Odalen ble kjent for sin evne til å behandle byller etc. Hun brukte utskrap fra en råtten stubbe. Velkjent er å legge friske blad på sår. Jeg tror det hele veien er snakk om å tilføre andre bakterier. En kollega, Bjørn Tansem i Alta, hørte i studietiden av en professor at de amerikanske tropper i Tyskland på slutten av siste krig var svært plaget av fotsopp, tross alle hygieniske tiltak, mens de russiske tropper som brukte skitne strømper og sko fra sine falne kamerater ikke hadde fotsopp.

Hvorfor kan ikke helsevesenet ha et mer nyansert syn på Colibakterien, som vel er den viktigste saneringsbakterie i naturen? Ren naturgjødsel deltar i naturens kretsløp, ikke bare ved næringstilførsel, men også ved å opprettholde økologisk balanse. En får håpe "Gammeldassens venner" ikke har utspilt sin rolle i alle sammenhenger....

Behandling av overflatiske infeksjoner med surmelk.

Det må presiseres at primær sårtilheling kun kan sikres ved strenge sterile kauteler. Semmelweiss' 150 år gamle hygieniske retningslinjer for å sikre en steril uterinhule post partum står fortsatt ved lag. Står man overfor et infisert sår er situasjonen en helt annen. Det lokale immunforsvar er da allerede aktivisert, og vil motstå infeksjon med en ny bakterie, i allefall når det gjelder de bakterier som finnes i de forskjellige surmelk-typer.

Bakterier som brukes i framstilling av sure melkeprodukter i henhold til oppgaver fra Lillehammer meieri:

Kulturmelk: Blandingskulturer av streptococc. lactis, -cremoris-

diacetylactis og Leuconostoc cremoris. (Danner CO2-aroma i form av diacetyl, melkesyre).

Yoghurt: Lik blanding av Lactobacillus bulgaris og streptococcus thermophilus.

Cultura: Inneholder Lactobacillus acidophilus (mikroaerofil) og bact. bifidum (anaerob) som ved hjelp av symbiose kan danne en melkekultur, og som hver for seg ikke gir vekst i melk. Disse bakterier utgjør en dominerende del av tarmfloraen hos mennesker og skal overleve passasjen gjennom g.i.-tractus i motsetning til andre melkesyrebakterier som finnes i surmelkprodukter. Bact. bifidum danner også eddiksyre ved siden av melkesyre. Bakteriekulturene leveres som frysetørret tørt granulat eller som dypfryste pellets fra et dansk firma.

Kefir: dannes ved tilsetning av s.k. kefirkorn hvis mikroflora kan variere. Grovt sett kan den deles i grupper:
1. Streptokokker (S. lactis, S. cremoris, S. diacetylactis).
2. Lactobaciller (L. caucasium, L. acidofilus, L. brevis).
3. Gjærarter.

Det er funnet opptil 20 forskjellige mikrober i kefirkorn. Kefirmelken har en fasinerende historie som har røtter i Kaukasusfjellene flere tusen år tilbake, kjent som "den guddommelige drikk". Forstavelsen Kef betyr på tyrkisk noe sånt som nydelsesrikt.
I Norge markedsføres siden 1981 melken som s.k. Ny-kefir som er et rel. standardisert produkt med kefirkorn levert fra Fellesmeieriet. Produktet har et relativt høyt innhold av CO2 og gjærceller. Den inneholder forøvrig melkesyre, kefiraroma, etanol!, nedbrytningsprodukter av melkeproteiner (peptonisering). Lav inkubasjonstemp. gir mye alkohol!

Erfaringer i behandling av overflatiske infeksjoner så langt:

Hjemmesykepleien i Lillehammer anvender nå de forskjellige surmelktyper tildels med stor entusiasme, men det har ikke lykkes å samle noe materiale så langt. Ved pleiehjemmet har man også tatt behandlingen i bruk i den senere tid. Undertegnede har brukt behandlingen ved de forskjelligste tilstander i minst et par år.
Her skal bare nevnes noen kasuistikker som har forbauset oss meget:

En ung gutt med et hissig utslett mellom tærne, oppfattet som akutt fotsopp, smurte på Yoghurt naturell i bilen utenfor kolonialen, og innen han kom hjem etter 6 km kjøretur var utslettet vekk. (Bekreftet av min kontorsøster som er deres nabo).

En eldre kvinne hadde forsøkt kulturmelk og Cultura på et infisert eksem på føttene, men det ble bare mer hissig, påstod hun. Hun prøvde så Yoghurt naturell. Neste dag møtte hun igjen på mitt kontor og uttalte følgende: "Et under har skjedd på min kropp, doktor, utslettet forsvant på 2 timer!? så nå kan jeg gå igjen i vanlige sko som før".

En eldre pleietrengende kvinne ble utskrevet fra sykehuset med store kraterformige leggsår, hvor man kunne se senen fortil på smalleggen løpe som en hvit streng. Det var forordnet behandling med grønnsåpebad etc.., men det kom ingen tilheling. I regi av hjemmesykepleien ble hun behandlet med kompresser fuktet i Cultura og man oppnådde en tilheling i et tempo som man kun ser ved primær sårtilheling.

Første tilfellet som hjemmesykepleien prøvde seg på var utslett i skrittet på en gammel mann. De gjorde det meget nølende. Etter to dager ringte de og sa at nå ler vi ikke av deg lenger: Utslettet var borte!

Med disse erfaringer føler jeg at vi står på stranden av et stort nytt kontinent som fortoner seg som en hvit flekk på det medisinske kart. Flere har vært inne på dette kontinentet, men i likhet med Columbus vet de ikke hvor de har vært, og har ikke kunnet sette navn på det. Lykke til kolleger! Prøv de forskjellige surmelk-typer etter tur, og skulle ikke medisinen virke, så kan den drikkes.

Flere erfaringer:
Er det andre som har/får erfaringer med dette i praksis? Forfatteren er interessert i å høre fra andre - så skriv enten direkte til ham eller til Utposten.

Lodvar Bleken,
2600 Lillehammer.

Nora, Hippocrates og Pendleton

Anne Luise Kirkengen, f. 1946. Med sjelen i Westfalens bølgende kornåkre, med hjertet i europeisk kultur, med hodet i norsk allmennmedisin, mor til to henrivende flotte tenåringer, allmennpraktiker av overbevisning, spesialist på dørskiltet, stipendiat i fritiden.

Bidrag til Utpostens essaykonkurranse 1989

Av Anne Luise Kirkengen

Sammendrag.

Teksten kan kalles en kasuistikk - i legers språk, et møte med en diagnose - i dramaturgiske termer, beskrivelse av en kontekst - på en kognitiv måte, en historie med misforståelser - på episodisk vis, eller et forsøk på å synliggjøre hvordan en sykdom, en diagnose, på et helt spesielt tidspunkt i en 47 år gammel kvinnes liv forsterket og forverret en personlig krise. Både krisen og kvinnens reaksjoner er betinget av hennes helt spesielle bakgrunn. Uten å kjenne denne vil man ikke kunne forstå hverken krisen eller reaksjonene. Da kan det hende at leger kommer i skade for ikke å yte hjelp, men anti-hjelp, uten å vite det, fordi de ikke husket Kirkegaards råd om å søke pasienten der han står.

Nora er født i 1940, eldst av to piker,
Faren er slått ut av historiens gang - en nazist i Norge,
Moren er bragt ut av balanse - hun søker trøst i alkohol,
Familien preges av skam og sosial stigmatisering, av stort behov for fortiing og av manglende evne til konstruktiv konfliktbearbeidelse, åpenhet eller tilpasning.
NORA lærer loyalitet for enhver pris og mot bedre viten, hennes "personal script" (1) formes av tidlig ansvar, liv med skam, ambivalens til foreldrene, forakt?, overbærenhet? overfor far med brukket ryggrad og spolert anseelse - det betyr for henne både belastning og forpliktelse, overfor mor med regressive trekk og hemmelig last - det betyr for henne både skam, skyld og oppgave.
Nora må være sine foreldres mor, hun må bli tidlig voksen, søker egentlig en far da hun velger en mann, blir gift med en 15 år eldre skilt mann, far til tre barn, får sammen med ham fem barn, ett av dem med et betydelig handicap. Hun er heltidsmor, er fullstendig monogam og en loyal hustru for en svært yrkesaktiv mann i 25 år. Ekteskapet preges av voksende vennskap og svinnende seksuell tiltrekning.

Hva sier Henrik Ibsen i Et Dukkehjem, 3. Akt?

Helmer. Forlate ditt hjem, din mann og dine børn! Og du tenker ikke på hva folk vil si.
Nora. Det kan jeg ikke ta noe hensyn til. Jeg vet bare det blir nødvendig for meg.
Helmer. Å, det er opprørende. Således kan du svikte dine helligste plikter.
Nora. Hva regner du da for mine helligste plikter?
Helmer. Og det skal jeg behøve å si deg! Er det ikke pliktene imot din mann og dine børn?
Nora. Jeg har andre likeså hellige plikter.
Helmer. Det har du ikke. Hvilke plikter skulle det være?
Nora. Pliktene imot meg selv.
Helmer. Du er først og fremst hustru og mor.
Nora. Det tror jeg ikke lenger på. Jeg tror at jeg først og fremst er et menneske, jeg, likeså vel som du, - eller iallefall at jeg skal forsøke på å bli det. Jeg vet nok at de fleste gir deg rett, Torvald, at det står noe slikt i bøkene. Men jeg kan ikke lenger la meg nøye med hva de fleste sier, og hva der står i bøkene. Jeg må selv tenke over de ting og se å få rede på dem (2).

1987.
Nora er 47 år, begynner som student ved musikkhøyskolen,
Mannen har store yrkesmessige - økonomiske problemer,

Nora bråforelsker seg på en reise i en mye yngre mann, hun opplever sin erotisk-sensuelle debut uten fortsettelse,
Mannen senser en forandring hos henne, spør, og på hennes innrømmelse krever han en medisinsk undersøkelse.
Nora aksepterer dette, oppsøker gynekologisk poliklinikk, mottas av kvinnelig lege og hjelper, får tatt mange prøver, alle negative, etter en uke kontroll av chlamydiaprøve, samtidig tar man en virusprøve uten å informere henne.
Mannen begår to alvorlige selvmordsforsøk som forties overfor barna og familien. Hans begrunnelse: hennes utroskap!
Nora får samtidig telefonisk beskjed om positiv virusprøve, hun informeres om at hun er smittebærer og at hun har behov for profylakse, får resept på Zovirax i posten, med instruks om daglig smøring uten angitt lokalisasjon.
Nora er skremt, redd, uopplyst, symptomfri - og stigmatisert, tør ikke informere mannen etter hans selvmordsforsøk, er helt fortvilet og smører seg daglig i genitalområdet.

Hva ville Hippokrates ha sagt om dette?
"Etter evne og skjønn skal jeg treffe..... forholdsregler til gagn for de syke, og alt som kan skade dem eller være dem til ulempe, skal jeg søke å avverge (3)."

1988.

Nora er 48 år, blir separert, flytter, fortsetter studiene, går til en mannlig gynekolog for å få mer informasjon, og antyder å ha fått diagnosen Herpes genitalis.
Legen viser ingen reaksjon, gir ingen respons, sier alt er i orden, spør ikke videre. Nora tier og føler seg avvist.

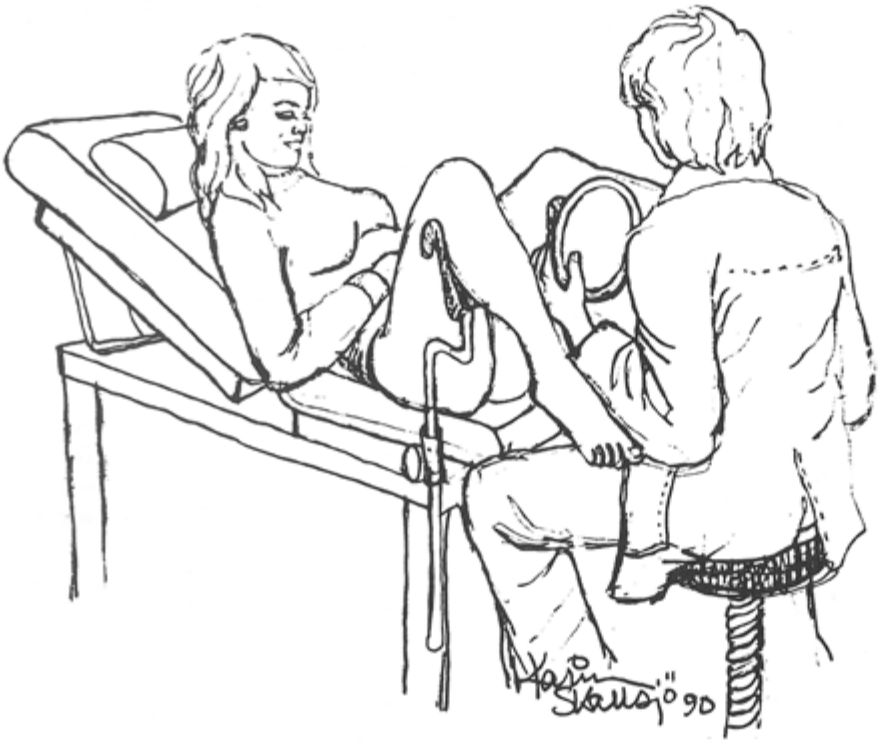
Hva ville Pendleton mene om det ?
The physician's first task in the consultation is to find the reason for the patient's attendance, including:
1. the nature and history of the problems
2. their etiology
3. the patient's ideas, concerns, and expectations
4. the effect of the problems (4).

Nora møter kort tid etterpå en gift kanadisk mann på en studiereise i Asia, møtet medfører følelsesmessig jordskjelv, lengsel, savn, tvil, angst, "jeg kan ikke elske med ham, da smitter jeg ham og kanskje gjennom ham også hans kone."

1989

Nora bestemmer seg for å oppsøke enda en lege, på søsterens anbefaling bestiller hun telefonisk en time til gynekologisk undersøkelse hos søsterens kvinnelige primærlege.
31.1.89: Første konsultasjon, Nora mottas av legen Anna på venterommet, sekretæren har forberedt hennes journal. Noras og Annas ord er gjengitt i uthevede typer, deres tanker er skrevet i vanlige typer og uten interpunksjon:

A: God dag, jeg heter Anna, velkommen, denne veien.
N: God dag.
n: hun virker grei - litt reservert - men det skal gå bra
A: Vær så god, sitt ned. I timeboken står at du kommer for en gynekologisk undersøkelse. Men jeg vet ingenting om deg, fortell litt om deg selv og om hva du ønsker.
a: født i 1940 - bevares så ung hun ser ut - student - det må ha sin spesielle bakgrunn (5)
N: Jeg ønsker en grundig undersøkelse!
n: håper hun kan se det
a: hvorfor sa hun "grundig" på en så heftig måte -
n: Anna ser så grunnende på meg - alvorlig - som om hun har tid til å lytte - jeg sier det
N: Jeg tror eller mener at jeg har herpes.
n: endelig er det sagt - jeg håper hun gir meg noen råd om hva jeg skal gjøre i tilfelle utbrudd
a: ansiktet - stemmen - her er det noe alvorlig
A: Hvorfor tror eller mener du det?
N: Vel, jeg har en gang vært sammen med en annen enn min mann, deretter var jeg til undersøkelse sommeren 87, så fikk jeg høre det over telefon da jeg ringte for å få svar på testene.
n: synes hun det er flaut å snakke om slikt -
a: over telefon - uten videre forklaring - hva betød det for henne - kan det være feil
A: Hadde du eller har du noen tegn som kan tyde på infeksjon?
a: hun skjelver - virker svært usikker og redd - dette er veldig vanskelig for henne - hvorfor
N: Det vet jeg ikke, fordi jeg ikke aner hvordan det ser ut og hvordan det skal føles. Jeg prøvde å finne ut av det ved å lese i en medisinbok, men der stod svært lite. Det eneste jeg husker er at det aldri kunne helbredes.
a: hun bør få grundig informasjon - nye resultater - hun virker så redd - hvor farlig tror hun det er - hva forbinder hun med sykdommen
A: Jeg har noen artikler om herpes, der er nye resultater gjengitt. Et øyeblikk.
n: artikler om det - så bra - da kan jeg endelig få vite litt mer om hva det dreier seg om
A: "Hos de fleste pasienter opptrer allmennsymptomer i form av moderat feber, hodepine, mavesmerter og influensalignende muskelsmerter. Hovne og ømme lymfeknuter i lyskene er vanlig. Typiske sår begynner som en gruppe smertefulle hevelser som omdannes til blemmer. Disse brister, og det oppstår et overfladisk sår med gråhvit bunn og rød ring. Såret lukker seg med en skorpe. Man kan kjenne smerter der såret oppstår allerede noen dager i forveien. Symptomene varer vanligvis fra en til to uker (6)". Ved en tilfeldig undersøkelse er det ikke mulig å bevise at du er smittet med herpesvirus. Den sikreste måten å påvise virus skjer ved at man tar en prøve fra slimhinnen der det er et sår eller en blemme under et utbrudd. Så sender man prøven til virusdyrkning (7).
n: å - da er jeg like langt - like usikker
a: hun kan ikke huske noen symptomer - det kan være feil fra poliklinikken
A: Jeg vil gjerne at du skal være helt sikker. Kan du ringe poliklinikken og be dem sende meg en journalutskrift. Det kan jo ha vært en feilaktig informasjon.
N: Nei, det tror jeg ikke er tilfelle. Jeg husker svært godt sjokket da legen sa det i telefonen.
a: hvorfor sier hun sjokk - hvorfor spurte hun ikke hvor de hadde funnet virus (8) - hvordan opplever hun seg nå
A: Følte du deg stigmatisert, så å si merket som uanstendig?
n: det skal være sikkert og visst - det var vondt (9) - også det at jeg nylig hadde funnet en ny mening med livet og deretter ble straffet - slik føltes det - som en straff for noe galt en har gjort -



en straff som kan skade andre
N: Ja, på en måte annen klasse, jeg følte at jeg plutselig ble en kvinne med tvilsom livsførsel. Det var så pinlig.
A: Har du noen gang lagt merke til et utbrudd, feber og et sår i skjedeområdet samtidig?
N: Nei, jeg kan ikke huske å ha hatt sår der og feber (10). Da jeg oppsøkte poliklinikken hadde jeg ikke mistanke om herpes eller annen kjønnssykdom. Kan du undersøke meg, tror du, og fortelle meg hvordan en skjede egentlig skal se ut? Jeg er så uvitende om hvordan et normalt underliv skal se ut og er derfor redd for at den minste hevelse kan være smittende og at jeg kan komme til å skade et annet menneske fordi jeg ikke vet bedre. Da jeg fikk beskjeden om herpes var jeg så lammet at jeg ikke fikk sagt stort, det var som om noen hadde sagt til meg at jeg var spedalsk. Etter det har jeg blitt både flau og skamfull hver gang ordet herpes har dukket opp i pressen. Men jeg så på din reaksjon at du ikke var så sjokkert som jeg ventet da jeg sa at jeg hadde herpes. Det er kanskje ikke så farlig og ille allikevel? Kanskje behøver jeg ikke føle meg som annenrangs fordi jeg har det? Nylig leste jeg i avisen at en viss type virus ble bragt i sammenheng med AIDS-smitte. Litt av et sjokk.
a: bevares - som hun har plaget seg med dette
A: Vi skal finne ut av det. Du kontakter poliklinikken og ber om journalutskrift, deretter vet vi mer. Men nå skal jeg se på underlivet ditt om jeg finner noe spesielt.
N: Fint. Kan du samtidig med et speil forklare meg noe om det du kan se?
A: Selvfølgelig, slik at du selv blir mer fortrolig med den delen av din kropp.

Bare medisinske ord.

Journalnotat 31.1.89:
GU normale forhold, genitalia og vaginalslimhinne uten lesjoner, uterus mobil, anteflektert, palpasjon av adnexene uten anmerkninger.

Epikrise fra gyn.pol: Diagnose: Herpes Simplex.
Pasienten har vært her den 2.9.87 med ønske om å ta alle prøver på seksuelt overført sykdom, også HIV-test. Hun hadde en ekstra-marital kontakt i Jugoslavia ca. 2 måneder i forveien. Der ble tatt dyrkningsprøve på gonore, chlamydia, trichomonas, sopp og gardnerella. Disse var negative. Chlamydia ble gjentatt 9.9.87, også negativ. Blodprøver MKR og HIV-test var negative.
Pasienten hadde et lite sår på høyre glutealdel som lignet et herpes simplex utbrudd. Vi tok en virusdyrkning som var positiv. Det ble informert om dette og gitt Zovirax til behandling (11) (12).

Addendum.

Kasuistikken er autentisk. Nora har selv skrevet dialogen kort tid etter konsultasjonen. Anna har kun supplert egne tanker etter hukommelsen. Noras motiv for å tillate publikasjonen er:

Å gjøre leger oppmerksomme på at de har makt til å gjøre vondt verre hvis de ikke bryr seg om å kjenne pasientens personlige og situasjonsbetingede kontekst.

Referanser:

1. Beck AT. Love is never enough. Harper and Row, New York 1988.
2. Ibsen H. Et dukkehjem, 3. akt. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1969, 84-5.
3. Strøm A, Sundby P, Løchen Y. Lærebok i Sosialmedisin. Den Hippokratiske legeed. Fabritius Forlag Oslo 1973, 180.
4. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The Consultation. An Approach to Learning and Teaching. Oxford University Press Oxford, New York, Toronto, Melbourne 1984, 41.
5. Kamps H. Nye sko til fotfolket. Utposten 1989; 18 (5): 216-9.
6. Lærum E, Nilsen AE, Halsos AM, Bruu A-L. Diagnostikk ved herpes genitalis. Tidsskr Nor Lægeforen 1985; 105: 975-7.
7. Editorial. Arch Dermatol 1983; 119: 99-102.
8. Anderson H, Goolishian HA. A View of Human Systems as Linguistic Systems: Some Preliminary and Evolving Ideas About the Implications for Clinical Theory. Sulitjelma Seminar. ISM Tromsø 1988: 13-6.
9. Ødegaard BS, Lærum E. Pasientopplevelser ved residiverende herpes genitalis. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 2253-5.
10. Raab B, Lorincz AL. Genital herpes simplex - concepts and treatment. J Am Acad Dermatol 1981; 5: 249-60.
11. Thune PO. Herpes Simplex. Klinikk og terapi. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 218-20.
12. Lærum E, Gabrielsen BOI, Halsos A, Johnson M, Moseng D, Helland S, Slørdal M. Acyklovirkrem ved residiverende herpes genitalis. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 847-9.

❑

Brev fra leserne:

Kiropraktorpasientene best fornøyd

En undersøkelse utført av legene ved Inst. for allmennmedisin, Univ. of Washington, USA konkluderte med at pasienter som hadde oppsøkt kiropraktor for sine ryggplager var tre ganger så godt fornøyd sammenlignet med dem som fikk legebehandling og fysioterapi.

I forhold til pasienter som oppsøkte primærleger var kiropraktorpasientene mye bedre fornøyd med den informasjon de mottok, hadde følelsen av at kiropraktoren tok dem på alvor og at kiropraktoren var mye mere rutinert og faglig trygg på å behandle deres sykdom.

Forskerne fastslo at 40 % av amerikanere med kronisk ryggbesvær oppsøker lege, mens 30 % går direkte til kiropraktor.

I undersøkelsen var 66 % av kiropraktorpasientene meget godt fornøyd med den behandling de hadde fått, mens kun 22 % av legepasientene var det.
Mens kiropraktorpasientene kun hadde vært arbeidsuføre i gjennomsnittlig 11 dager hadde legepasientene vært uføre i 40 dager i forbindelse med behandlingen.
Bare 17 % av kiropraktorpasientene var hemmet i sitt arbeid sammenhengende i mer enn en uke, mens 48 % (nesten halvparten) av legepasientene var det. Dette på tross av at legepasientene både mottok avanserte spesialisttjenester og fysioterapi i behandlingsperioden.

Undersøkelsen reiser viktige spørsmål om effektiviteten av den ryggbehandling som tilbys av leger og fysioterapeuter og hva den koster samfunnet i direkte kostnader, sykepenger og tapt produksjon, sammenlignet med kiropraktorbehandling.

Referanse:

West J Med 1989 Mar; 150: 351-355. Cherkin DC, Mac Cornack FA: Patient evaluations of low back pain care from family physicians and chiropractors.

Øivind Stokke, kiropraktor, 9000 Tromsø.

5. Nordiske seminar i medisinsk kvinneforskning

Tid:
7. - 9.februar 1991
(torsdag til lørdag)

Sted:
Lysebu Konferansesenter, Voksenkollen, Oslo

Foreløpig program:

07.02.91
Hva er kjernen i den medisinske vitenskapsfilosofi? Hvordan har den medisinske vitenskap utviklet seg historisk? Hvilke debatter preger feltet i dag?
•Cand. med & cand. theol. Jan Helge Solbakk
•Professor i filosofi Sandra Harding

08.02.91
Når er den medisinsk kvinneforskningen i harmoni med den medisinske vitenskapsmodellen - og når kommmer den på tvers? Hvor utfordres grensene - gjelder det f.eks. problemstillinger, metodevalg eller tverrvitenskapelighet?
•Presentasjon av fire prosjekt - ett fra hvert av de nordiske land.
Hva er det som karakteriserer konflikter som oppstår rundt og i den medisinske kvinneforskningen? I hvilken utstrekning betyr det noe at dette er *kvinne*forskning?
•Paneldiskusjon, nordiske seniorforskere

09.02.91
Finnes det generelle vitenskapsteoretiske trekk som karakteriserer den medisinske kvinneforskningen? I så fall: springer disse ut av et spesifikt kvinnelig kunnskapsgrunnlag? Eller dekker ideen om det universelle over betydelige ulikheter kvinner imellom?
•Professor i filosofi Sandra Harding
Vitenskapsteoretiske konsekvenser og framtidige strategier i nordisk medisinsk kvinneforskning.
•Plenumdiskusjon

Seminaret arrangeres av Sekretariat for kvinneforskning, NAVF, Sandakervn. 99, 0483 Oslo 4. Tlf. (02) 15 70 12

Kurskomite:
Forsker Kitty Strand, Institutt for forebyggende medisin, Universitetet i Oslo, Gydas vei 8, 0363 Oslo 3. Tlf.(02) 46 68 50
Førsteamanuensis Kirsti Malterud, Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Bergen, Ulriksdal 8c, 5009 Bergen. Tlf. (05) 29 81 19

Nærmere opplysninger om påmeldingsfrist og pris følger senere.

C

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

Olav Rutle 1341
Sjøbergvn. 32

2050 JESSHEIM

Innhold: UTPOSTEN nr. 3 1990

Makt og avmakt side 98
Mette Brekke og Berit Olsen

Leder side 99
Berit Olsen

Mer enn et spørsmål om helsetjeneste... side 100
Eystein Straume

Refleksjoner i november side 104
Per Støen

Hvorfor kunnskap forblir ubrukt side 106
Berit Olsen

Kasuistikkspalten side 110

Makt og avmakt side 112
Olav Jøsendal

Er vi gode nok i astmabehandlingen side 114
Mette Brekke og Berit Olsen

Test dine kunnskaper om astma side 115

Orientering om NSAM's referansegruppe i astma og allergi side 121

Astma bronkiale hos barn og ungdom side 1[illegible]
Arnulf Langhammer

Gode råd ved langtkommen hjertesvikt side 125
Lars Aaberge

Marint fett og menneskelig helse side 126
Jan H. Brox

Anorexia/bulimia nervosa side 130
Olav Spigset

Bokanmeldelser side 136

"Militærstøvlene" - del 2 side 138
Lodvar Bleken

Nora, Hippocrates og Pendelton side 140
Anne Luise Kirkengen

NIDAROS-KONGRESSEN '90

FAGLIGE TILBUD:

- Åpningssesjon.
- Kurs: Legen og medarbeideren.
  Nytt og nyttig!
  Praktiske ferdigheter.
- Emnekurs: Revmatologi.
  Allmennmedisin.
- Folkemøte: Arbeidsløshet og helsemessige konsekvenser.
- Workshops: Skulderlidelser og steroidinjeksjoner.
  Praktisk bruk av EDB i allmennmedisinsk forskning.
  Praksisorganisering.
  Bekkenløsning/rygg/ischias-plager hos gravide.
- Plenumsmøter: Samarbeide mellom allmennpraksis og sykehus.
  Kolesterol - hva gjør vi nå?
- Symposier: Herpes genitalis.
  Reflux-sykdom.
- Seminar: Benzodiazepiner og forskrivningsvaner.
  Idrettsskader og idrettsmedisin.
- Norsk Allmennmedisinsk Forskningskongress.
- Nidarosprisen 1990. Nidarosgjesten 1990.
- Stasjonære workshops om EDB journalen, hjerteauskultasjon, asthmabehandling, CRP og koagulasjonstesting, ankelskadebehandling bl.a.

Kongressen er lagt til moderne og trivelige lokaler i velkjente Royal Garden Hotel, eksklusive Grand Hotel Olav og Olavskvartalet, byens nye storstue. Alt samlet i hjertet av Trondheim.

Vi har satt av rikelig tid til sosiale aktiviteter. Det blir kulturelle tilbud, gode muligheter for shopping og spennende «uteliv» i og like ved kongresslokalene.

Du kan melde deg på for én eller flere dager.

TA MED DIN MEDARBEIDER OG KOM!

Dersom du ikke har mottatt program eller trenger nærmere informasjon kontaktes:

Nidaros-Kongressen '90
Postboks 25
7059 Rydningen
Tlf.: 07 - 57 25 41

Hilsen Kongresskomitéen:

Aage Bjertnæs	Geir Jacobsen	Ola Lilleholt	Oskar Tegnander
Guttorm Eilertsen	Terje Johannessen	Tove Røsstad	Steinar Westin
Torgeir Fjermestad	Henriette Kahn	Anne Wüller Shetelig	Arne Ivar Østensen
Martin Holte	Pål Kristensen		

Velkommen til

NORSK ALLMENNMEDISINSK KONGRESS FOR PRIMÆRLEGER OG MEDARBEIDERE

NIDAROS-KONGRESSEN 90

Trondheim 30. april – 4. mai

noen stikkord.....

- Et allmennmedisinsk riksstevne
- Flere parallelle sesjoner
- Komponer ditt eget program
- Lær av din kollega
- Øv opp dine ferdigheter
- Forskningskongress
- Sosial begivenhet

NIDAROS-KONGRESSEN '90

FAGLIGE TILBUD:

- ✻ Åpningssesjon.
- ✻ Kurs: Legen og medarbeideren.
  Nytt og nyttig!
  Praktiske ferdigheter.
- ✻ Emnekurs: Revmatologi.
  Allmennmedisin.
- ✻ Folkemøte: Arbeidsløshet og helsemessige konsekvenser.
- ✻ Workshops: Skulderlidelser og steroidinjeksjoner.
  Praktisk bruk av EDB i allmennmedisinsk forskning.
  Praksisorganisering.
  Bekkenløsning/rygg/ischias-plager hos gravide.
- ✻ Plenumsmøter: Samarbeide mellom allmennpraksis og sykehus.
  Kolesterol - hva gjør vi nå?
- ✻ Symposier: Herpes genitalis.
  Reflux-sykdom.
- ✻ Seminar: Benzodiazepiner og forskrivningsvaner.
  Idrettsskader og idrettsmedisin.
- ✻ Norsk Allmennmedisinsk Forskningskongress.
- ✻ Nidarosprisen 1990. Nidarosgjesten 1990.
- ✻ Stasjonære workshops om EDB journalen, hjerteauskultasjon, asthmabehandling, CRP og koagulasjonstesting, ankelskadebehandling bl.a.

Kongressen er lagt til moderne og trivelige lokaler i velkjente Royal Garden Hotel, eksklusive Grand Hotel Olav og Olavskvartalet, byens nye storstue. Alt samlet i hjertet av Trondheim.

Vi har satt av rikelig tid til sosiale aktiviteter. Det blir kulturelle tilbud, gode muligheter for shopping og spennende «uteliv» i og like ved kongresslokalene.

Du kan melde deg på for én eller flere dager.

TA MED DIN MEDARBEIDER OG KOM!

Dersom du ikke har mottatt program eller trenger nærmere informasjon kontaktes:

Nidaros-Kongressen '90
Postboks 25
7059 Rydningen
Tlf.: 07 - 57 25 41

Hilsen Kongresskomitéen:

Aage Bjertnæs	Geir Jacobsen	Ola Lilleholt	Oskar Tegnander
Guttorm Eilertsen	Terje Johannessen	Tove Røsstad	Steinar Westin
Torgeir Fjermestad	Henriette Kahn	Anne Wüller Shetelig	Arne Ivar Østensen
Martin Holte	Pål Kristensen		

Velkommen til

NORSK ALLMENNMEDISINSK KONGRESS FOR PRIMÆRLEGER OG MEDARBEIDERE

NIDAROS-KONGRESSEN 90

Trondheim 30. april – 4. mai

noen stikkord.....

- Et allmennmedisinsk riksstevne
- Flere parallelle sesjoner
- Komponer ditt eget program
- Lær av din kollega
- Øv opp dine ferdigheter
- Forskningskongress
- Sosial begivenhet