

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 4

1991

ÅRGANG 20



ÅPEN SENDING
Kan kontrolleres av
Postverket.
Etiketten kan tas av

Tema: Samhandling?



Redaksjonen er avsluttet 04. 03. 91

Framsidediagram: Ragnhild Gjerstad

UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025, Postgiro 0809 4 89 92 90

Gunn Aadland
Lundvågen 20
4085 HUNDVÅG

Mette Brække
2640 VINSTRA

Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 VOSS

Kirsti Malterud
Institutt for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 BERGEN

Berit Olsen
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 VADSØ

Janecke Thesen
5890 LÆRDAL

K: 04 508900
P: 04 861236

K: 062 90100
P: 062 91010

K: 05 512410
P: 05 513685

K: 05 298119
P: 05 233955

K: 085 51761
P: 085 51443

K: 056 66100
P: 056 69333

Abonnement: kr 250,- pr år, henvendelse Utposten, Lærdal Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset
Annonser: RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim, telefon 06 97 32 22

Kurs- og fagannonser: Idéfo, Postboks 254, 5701 Voss, telefon 05 51 02 55, telefax 05 51 02 98

ISSN 0800-5680

leder



Om sam- handlig og om gjerdet...

Dette nummeret har som tema forholdet mellom 1. og 2. linjetjenesten - mellom primærhelsetjenesten og den spesialiserte helsetjenesten. Illustratøren vår, Ragnhild Gjerstad, har valgt å illustrere dette temaet med bilder preget av drakamp, avstand mellom nivåene, maktposisjoner og med pasienten i klemme mellom de 2 omsorgsnivåene. Dette illustrerer godt de ulike hverdagssituasjoner vi alle kjenner. I valg av tekster har vi tatt det motsatte utgangspunkt og kalt nummeret "samhandling". Vi har trukket fram eksempler på samarbeidsprosjekt som fungerer innen lokalsykehusområdene og innen geriatrien. Vi har tro på at dette er veien å gå, og det er mange tungtveiende administrative og økonomiske argumenter for nødvendigheten av samordnet og helhetlig tjeneste (1). Hovedargumentet må imidlertid være befolkningens rett på en helhetlig tjeneste der de enkelte leddene respekterer hverandres egenart og samarbeider om behandlig og omsorg. En forutsetning for dette er at yrkesutøverne på de ulike nivåene vet hva de andre står for, kjenner deres arbeidssituasjon og faglige

innhold. De av oss som har hospitert i korttidsstillinger finansiert av Kreftforeningen ved de onkologiske avdelingene har gode erfaringer med å komme inn i avdelingene på egne premisser, både for å lære, men og for å tilføre miljøet noe av egen erfaring. Denne formen for utveksling gir ofte en helt annen gjensidighet i kunnskapsutvekslingen enn den ordinære sykehustjenesten. Det arbeides nå med å få til lignende stipendordning for hospitering i geriatrien. Det er selvfølgelig tilsvarende behov for hospiteringsmuligheter for sykehusleger i allmennpraksis - allmennpraksis er nemlig noe annet og mer enn legevaktskjøring!

Mens vi har arbeidet med dette temaet har et par strofer fra begynnelsen av 70-årene surret i hodet. Den ene er refrenget fra Stanley Jacobsens Skigardsvise: "En skigard kan ikkje vare evig veit du." Den andre er: "Riv ned gjerdene!", refrenget fra en arbeidersang sunget med stor glød av studentene dengangen slagordet var "Solidaritet mellom studenter og arbeidere!" Mellom 1. og 2.linjetjenesten er det

gjerdet, og slik vi ser det er mange av disse gjerdene uheldig plassert i landskapet. De skaper faglige og administrative skiller som er lite funksjonelle ut fra pasientenes behov. I tillegg er det for få porter slik at de som arbeider på hver sin side av gjerdene får få muligheter til å treffes. Bak disse gjerdene får gjensidig mistro til "de på den andre siden" gro uforstyrret.

Det finnes imidlertid andre gjerdetyper, og steingjerdene har alltid fascinert oss. De er bygget opp stein på stein av mange hender gjennom flere generasjoner. De er bygget ut fra et behov for å rydde opp, skape orden og dyrkbar jord mellom de mange steinene som dukker opp under kultiveringsarbeidet. De bygges ikke opp fordi det er nødvendig å stenge noe ute eller hegne noe inne. Et steingjerde er lett å gå over både for dyr og folk, det følger kulturlandskapet og blir ett med det etterhvert som mosen dekker det.

Vi velger å bruke steingjerdet som et bilde på forholdet mellom 1. og 2. linjetjenesten. Vi kan tenke oss en

grense som kommer fram ved at vi sammen legger stein på stein slik at vi får et felles utgangspunkt som samtidig markerer at vi er forskjellige og har klart forskjellige oppgaver. Med utgangspunkt i bildet av et steingjerde i Lærdal kan vi se mulighetene for en ny måte å dele opp "helsetjenestelandskapet" på der pasientenes totalsituasjon er utgangspunktet for differensieringen. Vi har valgt stoff til dette nummeret som belyser samarbeidsmodeller. Dette fordi vi tror at f.eks. prosedyreboka i Siljan, samarbeidsprosjektet slik som de i Nord-Trøndelag, Sauda/Eigersund og Lærdal, geriatri-poliklinikken i Kristiansund og formelle samarbeidsorgan mellom primærhelsetjenesten og lokalsykehuset, viser hensiktsmessige måter å bygge steingjerder på i "helsetjenestelandskapet".

1. Fugelli P, Lærum E. Sykehusene og primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 17-18.

*Janecke
Marit Hafting*

**Marit Hafting
og Janecke Thesen**
ansvarlige redaktører for dette nummer

Samarbeid mellom 1. og 2.linjetjenestene



Peder Ringdal f. -46, cand. med. Oslo -73. Allmennpraksis på Voss fra -75, kommunelege samme sted fra -87. Spesialist i allmennmedisin -85. 4 års sykehustjeneste ved med. avd. Fylkessykehuset på Voss. Prosjektleder for lokalt samarbeidsprosjekt mellom sykehus og primærhelsetjeneste i Voss lokalsykehusområde. Deltaker i følgegruppe for samarbeidsprosjektet i Nord-Trøndelag. Har stadig problem med å få plass til jobb ved siden av hovedinteressen: det lokale musikkmiljøet og vervet som styreformann for stedets symfoniorkester.

Av Peder Ringdal

Som primærleger opplever vi daglig at ressursene til helsetjenestene er begrenset, dette på tross av vår relativt høye nasjonale velstand. Medisins muligheter og pasientenes (og våre) forventninger til dem bare øker, mens bevilgningene stadig sakker akterut. Som Fugelli og Lærum påpeker i en lederartikkel i Tfnl (1) vil den generelle økonomiske situasjonen tilsi at vi i overskuelig framtid ikke kan regne med vesentlig bedring i så måte. Avstanden mellom hva en ønsker og hva samfunnet har råd til av helsetjenester står derfor helt sentralt i dagens helsepolitiske debatt. Den bringer på bane bl.a. krav om prioritering, effektivisering og rasjonalisering innen nær sagt alle områder av helsevesenet. Sykehusene og primærhelsetjenesten har tatt disse kravene på alvor. Hver for seg har de iverksatt en rekke organisatoriske og faglige tiltak som gir bedre ressursutnyttelse. Hva de sammen kan oppnå har imidlertid hittil vært ofret mindre omtanke. Det framtidige planarbeidet må tuftes på et syn som ser den samlede helsetjenesten som en enhet (1). I stedet for den tradisjonelle sektortankegangen bør en rette søkelyset mot oppgavedeling og vekselspill mellom sektorene.

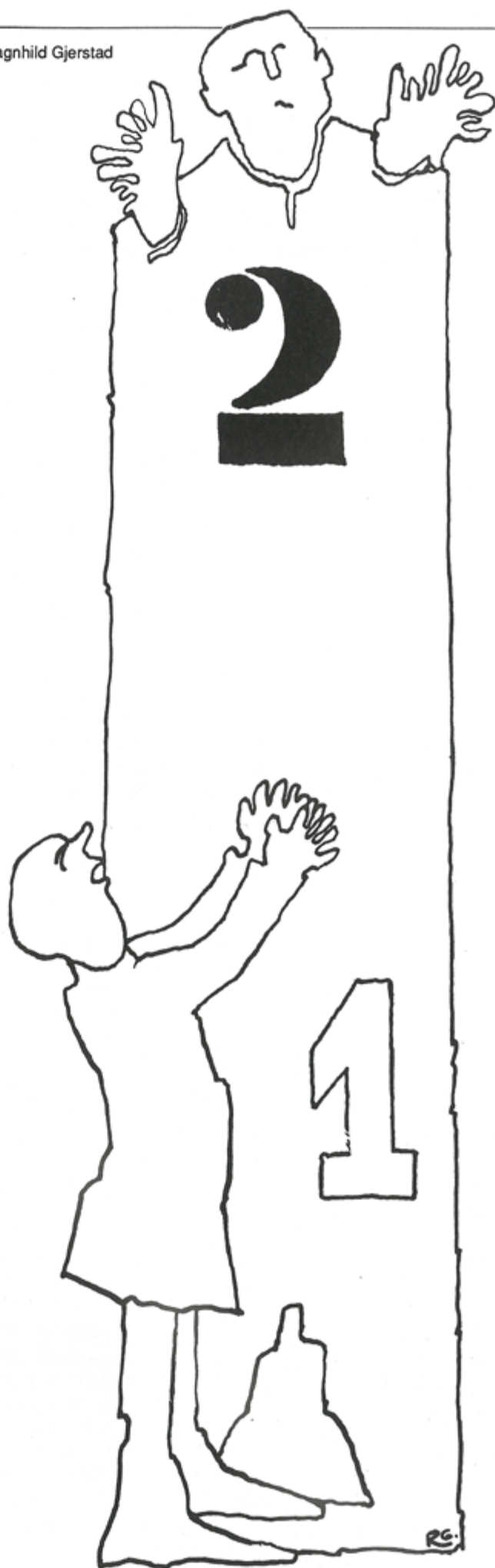
Primærhelsetjenesten er den store "leverandør" til sykehusene og de spesialiserte helsetjenestene, samtidig som den har like stor oppgave som "mottaker" av pasienter fra disse 2.linjetjenestene. Om pasientene til en hver tid befinner seg på det "riktige" helsetjenestnivå vil i stor grad være avhengig av samarbeidet mellom de ulike nivåene. Vi vet at 10-50% av sengene i landets sykehusavdelinger er belagt med pasienter som ansees som ferdigbehandlet her og som derfor bør følges videre av primærhelsetjenesten. På den annen side ser vi nå en økende tendens til at spesialavdelingenes poliklinikker

senker terskelen for mottak av pasienter som like gjerne kunne vært tatt hånd om av primærlegen (økte inntektsmuligheter for disse avdelingene?). Dette forteller oss bl.a. at samordningen mellom de ulike helsetjenestene ikke fungerer optimalt (2,3,4).

LEON-primsippet skal være grunnleggende i oppbyggingen av helsetjenestene her i landet, der primærhelsetjenesten støttet av 2.linjetjenestene bør utgjøre en naturlig funksjonell enhet rundt pasienten (5). Mye tyder på at et slikt helhetlig syn på helsetjenestene i et avgrenset geografisk område som et lokalsykehusområde vil være, totalt sett gir en bedre koordinert, en mer enhetlig og effektiv helsetjeneste for den enkelte pasient (6). Erfaringer fra andre land tyder på at det ligger ubrukt rasjonaliseringspotensiale i å bedre samarbeidet og arbeidsdelingen mellom lokalsykehuset og primærhelsetjenesten (6,7).

Skal vi kunne utnytte dette rasjonaliseringspotensialet optimalt er det som nevnt viktig å bevege seg bort fra den uttalte sektortankegangen som i lange tider har preget norsk helsetjeneste. Det faktum at 1. og 2. linjetjenesten er lagt til forskjellige forvaltningsnivåer med adskilte finansieringsordninger har medført at det til nå har vært vanskelig å gjennomføre forsøk med andre og mer helhetlige modeller for helsetjenesteargansiering enn den vi har i dag. En grunnleggende nytenking i så måte er således nødvendig, og dette er da også i ferd med å skje. Helseplanleggere og politikere vektlegger nå prinsippet om samordning mellom nivåer og faggrupper (8). Hvilken plass og funksjon lokalsykehusene skal ha i den samlede helsetjenesten her i landet er vist stadig økende interesse. Sosialdepartementet har således stått bak forsøkene med nye samarbeidsformer mellom prøvesykehusene i Tromsø og Volda og kommunene i lokalsykehusområdene der (9), samtidig som det også er engasjert i en

Tegning: Ragnhild Gjerstad



rekke andre rasjonaliserings-og effektiviseringsprosjekt (10). Mange mindre sykehus (Sauda, Eigersund, Røros, Tynset, Lærdal o.a.) har sett nødvendigheten av en viss omstrukturering av virksomheten og en tettere samordning med primærhelsetjenesten for å overleve. Det er i dag en rekke prosjekter på gang som analyserer eksisterende rutiner i helsetjenesten som har til mål å modernisere og rasjonalisere disse. De fleste prosjektene omhandler lokale forhold og vil nok ha størst relevans her, mange er imidlertid forventet også å kunne ha en viss generaliseringsverdi.

Det er en rekke forhold av betydning i utviklingen av et tettere og bedre samarbeidsklima mellom 1. og 2.linjetjenestene, og det vil føre for langt å ta for seg alle her. Derfor nevnes bare noen få som ansees å være av vesentlig betydning for sammenhengen.

Samarbeidet er avhengig av god kommunikasjon mellom samarbeidspartnere. Dessverre ser vi gjentatte ganger at kommunikasjon og nødvendig informasjonsutveksling i helsevesenet ofte er mangelfull (4,11,12). Dette gjelder både informasjon om dem vi skal betjene - pasientene - og informasjon om egen virksomhet. Nødvendig informasjon om pasientene til samarbeidspartnere går ofte via henvisninger/ journalnotater/ rekvisisjoner og rapporter/ epikriser, dessverre velkjente kilder til frustrasjon i hverdagen. Kvaliteten på slik informasjon må bli bedre. Vi som primærleger må sette større krav til innhold i våre henvisningsskriv, vi må bli flinkere til å få med alle relevante opplysninger om pasientene og klart formulere ønsker og problemstillinger til henvisende instans. Henvisningsskrivet vårt skal gi et best mulig grunnlag for prioritering og planlegging av tiltak. Samtidig må primærlegen, som langt på vei har til oppgave å planlegge og koordinere de forskjellige helsetiltak for pasientene, sette strengere krav til de rapporter som kommer i retur. Epikrisene må komme raskt, de må inneholde resultater av undersøkelser/ prøver/ behandlingstiltak relevante for problemstillingen, diagnostiske overveielser og konklusjoner, og de må ha forslag til plan for videre oppfølging av pasienten.

Samtidig som slik informasjonsutveksling må bli bedre, må vi også bli flinke-



re å bruke hverandre som rådgivere. Spesialisten og primærlegen sitter hver for seg inne med viktig og forskjelligartede kunnskaper og erfaringer om pasienter og problemstillinger, og sammen kan vi danne et bedre grunnlag for videre tiltak.

I tillegg er det viktig at samarbeidspartnere holder hverandre løpende orientert om egen virksomhet, som f.eks. om nye rutiner og prosedyrer, nye tiltak av betydning for pasientene i lokalsykehusområdet, endringer i behandlings- og omsorgstilbudene. Altfor ofte opplever vi å få slik informasjon gjennom media eller pasientene, og ikke gjennom profesjonelle kanaler som ville vært naturlig.

Hvordan kommunikasjonen og informasjonsutvekslingen kan bedres står sentralt i flere av de samarbeidsprosjektene som nå er i gang. Her skal kort nevnes ett av dem, "Kommunikasjon og informasjon", som drives av sykehusene i Nord-Trøndelag. Hovedmålsettingen for dette prosjektet er å "tilstrebe full personlig trygghet hos pasient og pårørende ved planmessig og samordnet informasjon" (13). Det har følgende delprosjekter: (A) Informasjonsutveksling mellom sykehusene og primærhelsetjenesten, der en bl.a. tar for seg søknads- og tilbakemeldingsrutiner, medisinsk faglig prosedyreperm, informasjonspermer om tilbudene i lokalsykehusområdene; (B) Informasjonsutveksling internt i sykehusene, med vekt på journal- og rekvisisjonssystemene; og (C) Informasjon direkte til pasientene og deres pårørende. Dette prosjektet ventes fullført i løpet av 1991/92.

Utarbeidelse av prosedyrepermer med utrednings- og behandlingsprogram for aktuelle medisinske problemstillinger er nevnt. Et bedre faglig samarbeide mellom primærleger og sykehusleger kan etableres ved at en går sammen om å utvikle og ajourføre modeller og rutiner for rasjonell utredning/behandling før en event. viderehenvisning, indikasjon for slik henvisning, tilbakevisning og fordeling av senere kontroller og behandlingsoppgaver. Dette er et samarbeide om konkrete grenseoppganger mellom primærlegenes og sykehuslegenes/spesialistenes arbeidsområder, som kan synliggjøre hvor pasienten best kan taes hånd om (14). Eksempler på slike behandlingsprogram er NSAMs handlingsprogram for hypertensjon og

diabetes. Nylig har Telemark Lægeförening utarbeidet en prosedyreperm til bruk for primærleger i Telemark (15). Denne kan med fordel benyttes som mønster for utvikling av tilsvarende i andre lokalsykehusområder.

Til slutt skal nevnes nødvendigheten av å opprette formelle samarbeidsråd i et lokalsykehusområde, der både primærhelsetjenesten og sykehuset er representert med de faggrupper som daglig opplever nødvendigheten av et tettere samarbeide, i tillegg til representanter for administrasjon og muligens politiske organ. Rådet bør ha til oppgave å arbeide med og foreslå tiltak som sikrer en rasjonell totalorganisering av helse-tjenestene i lokalsykehusområdet, og motivere for faglig, administrativ og politisk vilje til å realisere disse.

I Hordaland ble det i 1988 gjort et fylkestingsvedtak om å "skipa samarbeidsorgan mellom 1. og 2.linjetjenestene i lokalsykehusområdene allerede fra 1988". Rammene og målsettingen for disse kom ikke klart fram, det har vist seg å være vanskelig å få forståelse lokalt for nødvendigheten av dem, og iverksettingen av dette vedtaket har derfor dessverre latt vente på seg i flere av lokalsykehusområdene.

Opgaven med å strukturere og videreutvikle samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenestene her i landet har til nå ikke vært tatt alvorlig nok. Kravet om effektivisering og rasjonalisering henger over oss hele tiden og kan ikke forventes å bli mindre i årene som kommer. Det positive i disse realitetene er at de tvinger oss til å tenke nytt og annerledes. Mye tyder på at det er en betydelig gevinst å hente i et tettere og bedre samarbeide mellom de to helsetjenestene. Vi som primærleger må sammen med våre sykehuskolleger og spesialister ta konkrete initiativ til faglig samarbeide og administrativ samordning på lokalplanet. Det vil styrke primærhelsetjenestens posisjon. Det vil gi våre pasienter en bedre helsetjeneste.

Referanser:

1. Fugelli P, Lærum E. Sykehusene og primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 17-18.
2. Stene-Larsen G, Hagen H. Har sektoriseringen innfridd de administrative forventningene? Arbeidsbelastning, utnyttingsgrad og behandlingstid ved de somatiske sykehusene i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 549-53.
3. Schirmer H. Å vente på utskrivning. En evaluering av ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1983; 103: 605-10.
4. Thorsvik D. Primærhelsetjenesten og sykehusforbruket. En analyse av årsakene til forskjeller i forbruk av sykehus tjenester i Nord-Trøndelag. Rapport nr. 5/86. Oslo: SIFF Gruppe for helsetjenesteforskning, 1986.
5. Helse for alle i Norge? Oslo: Helsedirektoratet, Kommuneforlaget, 1987.
6. Hospitals and health for all. Report of the WHO Expert Committee on the Role of Hospitals at the First Referral Level. WHO Technical Report Series 744. Geneva: World Health Organization, 1987.
7. Weiner J. A Comparison of Primary Care Systems in the USA, Denmark, Finland and Sweden: Lessons for Scandinavia? Scand J Prim Health Care 1988; 6: 13-27.
8. Stortingsmelding nr. 41 (1987-88). Helsepolitikken mot år 2000. Oslo: Sosialdepartementet, 1988.
9. Forholdet mellom prøvesykehusene og det kommunale hjelpeapparatet. Situasjonsbeskrivelse og forslag til tiltak. Oslo: Asplan analyse, Sosialdept., 1987.
10. Prioriterte mål og oppgaver i 1990. Programnotat III. Oslo: Sosialdepartementet/Sekretariat for modernisering og effektivisering av helsesektoren, 1990.
11. Geitung JT, Kolstrup N, Fugelli P. Skriftlig informasjon fra sykehuset til primærlegen om utskrevne pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3132-35.
12. Jørgensen FS, Kjærgaard J, Blegvad K. Alment praktiserende lægers vurdering af epikrisen. Ugeskr Læger 1990; 152: 3056-62.
13. Kommunikasjon og informasjonsprosjektet. Årsrapport 1990. Levanger/Namsos: Nord-Trøndelag Fylkeskommune, 1991.
14. Henvisning og tilbakevisning. Samarbeid mellom allmennpraktikere og praktiserende spesialister. Oslo: Alment praktiserende lægers forening, Praktiserende spesialisters landsforening, 1990.
15. Line Ø, Roksund G, Solli S, Vik Ø. Prosedyreperm. Et arbeidsverktøy for primærleger i Telemark. Skien/Porsgrunn: Telemark Lægeförening, 1990.

**Kommunelege
Peder Ringdal
5700 Voss** □



Ill: Ragnhild Gjerstad



Godt liv som gammel

Anette Hysten Ranhoff:
Godt liv som gammel.
 KOM Forlag 1990, 168
 sider. Pris kr. 165,-.

"Godt liv som gammel" er en helsebok som henvender seg til mennesker over 60 år. Med helse menes både fysisk og psykisk helse, og boken gir nyttig informasjon som gjør det enklere å skille mellom normal aldring og sykdom. Boken gir med andre ord en grei oversikt over de vanligste helseproblemer i eldre år. Og først og fremst legger den vekt på å bedre *livskvaliteten* hos eldre, det er i seg selv en stor oppgave.

Dessuten er boken et viktig hjelpemiddel for alle som arbeider med eldre, enten de hører til den kommunale/offentlige hjelpetjenesten eller de som yter frivillig innsats for eldre, samtidig som den er en viktig håndbok for alt medisinsk personell som arbeider med eldre å gjøre. Den gir praktisk faglig kunnskap om et spesialemne. Sist men ikke minst er den i høyeste grad en bok for de eldre selv.

Det er fortjenstfullt at en bok som denne blir utgitt. Her behandles en lang rekke viktige emner som enhver eldre person vil ha nytte av. Det er f. eks. mye stoff om å forebygge helseproblemer, om tilpasning til alderdommen av både praktisk og psykisk art. Et stikkordregister bak i boken gjør det enkelt å slå opp på det emnet man er opptatt av.

Boken gir lettfattelig informasjon om sykdom som særlig rammer eldre, og om egenomsorg.

Formålet med boken er å hjelpe eldre til å ta bedre vare på sin helse for derved å oppnå en bedre livskvalitet. Det er blitt en *bruksbok* uten pekefinger for alle som vil ta vare på sin helse i eldre år, og hvem vil ikke det? Kanskje kunne den sogar kalles "en kokebok for bedre helse i alderdommen". Her er mange "oppskrifter".

Noen stikkord: mat og drikke, mosjon, hjernejogg og tannhelse, om å forebygge fall, søvnevansker, hovne ben, høyt blodtrykk, slanking,

ryggsmertner og urinlekkasje, synsproblem, øresus og - om medisiner.

Et eget kapittel er også viet seksualliv i eldre år, et hittil ganske tabubelagt område.

Boken er lettlest med store bokstaver og mye "luft" mellom de enkelte avsnitt. Men jeg setter et spørsmålsteget ved om layouten er vellykket, særlig for eldre. Oppdelingen av emneområder minner mer om det vi finner i barnebøker enn det voksne mennesker liker. Noe liknende kan sies om tegningene, som etter min oppfatning viser unaturlig velfornøyde gamle kvinner og menn med fårete smil i alle situasjoner.

Dette var små innvendinger. Det er derfor hyggelig å kunne anbefale "Godt liv som gammel" som en meget nyttig helsehåndbok.

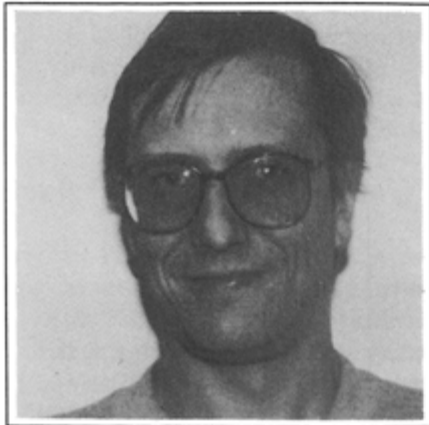
Pensjonist
Nanna Ebbing
 5700 Voss

"Godt liv som gammel" er et resultat av et forskningsprosjekt iverksatt av Nasjonalforeningen for folkehelsen, der bl.a. professor i geriatri, Knut Laake, har vært engasjert. Anette Hysten Ranhoff har ledet prosjektet.



Foto: Rolf M. Aagaard, Aftenposten A-FOTO

Samarbeidsprosjekt mellom fylkessjukehuset i Lærdal og kommunehelsetenesta



Lasse Sælthun, født -51, er jurist. Han har en variert yrkesbakgrunn innen Stat, Fylkeskommune og politi, fram til han i 1988 tok over som rådmann i Lærdal. Han bor på den garden i Lærdal der han også vokste opp.

Av Lasse Sælthun

Lærdalsøyri er ein idyllisk liten vestlandstettstad der Lærdalselva finn Sognefjorden etter ein lang vandring mellom høge fjell frå Filefjell og Hemsedalsfjella. Med sine knapt 2200 innbyggjarar og med tradisjonelle næringar som landbruk, turisme, småindustri og kraftutbygging, er Lærdal kommune eit samfunn lik mange andre som byggjer sin profil og sitt velvære på grønne og mjuke verdjar.

På eit punkt skil likevel kommunen seg ut frå andre kommunar i same klasse, nemleg at kommunen er vertskommune for eit moderne lokalsjukehus med nær 200 tilsette. Dette gjer at ved sida av kommunen, er sjukehuset den største verksemda i kommunen, og helsemiljøet rundt sjukehuset er det viktigaste fagmiljøet i bygda.

Dette med ein liten kommune og eit høvevis stort sjukehus, gjer at samarbeidet mellom sjukehuset og kommunen er atskillig nærare enn det eg trur er vanleg i større kommunar. Dette samarbeidet har dei siste åra vorte ennå tettare og formalisert, noko som etterkvart har utvikla seg til eit samarbeidsprosjekt mellom sjukehuset og primærhelsetenesta. I dette arbeidet har også dei andre kommunane i sjukehusområdet kome med, slik at ein no arbeider med ymse samarbeidstiltak mellom primærhelsetenesta i heile distriktet og sjukehuset.

Det heile starta opp i det små hausten -89, då leiinga i sjukehuset og kommunen hadde ein idedugnad, der hovudformålet var å gjere seg betre kjent med arbeidsoppgåvene til sjukehuset og kommunehelsetenesta. Ut frå dette kunne ein så vurdere kva eksisterande oppgåver ein kunne løyse betre i fellesskap og vidare om eit nærare samarbeid kunne medføre at ein kunne løyse nye oppgåver.

Ein idedugnad med slik dagsorden er vel ikkje noko einestående, men det som nok var litt spesielt i vårt høve, var at også den politiske leiinga i kommunen ved formannskapet og den administrative leiinga ved rådmann og Helse- og sosialsjefen tok aktivt del i møtet i tillegg til fagpersonell. Dette medførte at vi som kanskje primært arbeider med andre saker, vart klar over at det her ligg store moglegheiter for betre ressursutnytting og eit mogleg betre tenestetilbod ved eit nærare samarbeid. Dette trur eg var ein hovudårsak til at prosjektet seinare har fått full støtte både administrativt og politisk.

På idedugnaden fann ein mange områder som var egna for samarbeid.

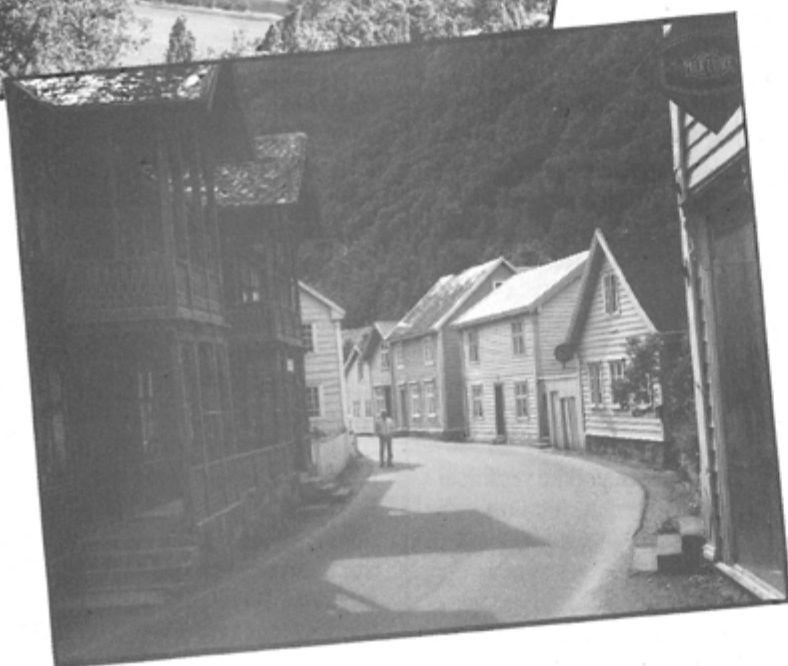
Grovt sett kan ein dele samarbeidsområda i to:

- dei samarbeidsområda som er egna for samarbeid mellom vertskommunen og sjukehuset, som kjøkkentenester, bedriftshelseteneste, rekrutteringstiltak m.m.
- samarbeidsområder som er egna til samarbeid mellom sjukehuset og samtlege kommunar i lokalsjukehusområdet som laborieteneste, geriatriske tenester, hospitering og opplæringstiltak

Dette at mange av tiltaka var like mykje retta mot dei andre kommunane, gjorde at vi på idedugnaden fann det rett å invitere dei andre kommunane i sjukehusområdet pluss to kommunar i nabofylker til eit samarbeid. Etter eit informasjonsmøte der ideane våre vart presenterte, sa samtlege kommunar i lokalsjukehusområdet + ein kommune i eit nabofylke seg interesserte i å delta.

Der vart så nedsett ei styringsgruppe der samtlege av desse kommunane var representert. Denne styringsgruppa sette så ned ei arbeidsgruppe som var saman-

Foto: Jarle Offerdal



sett av 2 kommunelegar, 1 helse- og sosialsjef, 1 styrar ved ein aldersheim + direktøren ved sjukehuset.

Denne samarbeidsgruppa fekk vidare i mandat å utforme eit prøveprosjekt på følgjande 4 områder:

1. Oppbygging av geriatrisk kompetanse gjennom eit fagteam samansett av fagfolk frå sjukehuset og samarbeidskommunane.
2. Utarbeiding av ein samarbeidsavtale om kurs/utveksling/hospitering av helsepersonell mellom sjukehuset og samarbeidskommunane.
3. Vurdere eit betre og auka samarbeid mellom sjukehuset og samarbeidskommunane om laboratorietenester.

4. Korleis leggje tilhøva til rette for etablering av samarbeidsavtalar/korttidsengasjement av spesialistar utanfrå.

Det siste punktet gjekk hovudsakleg ut på å få spesialistar frå sentrale institusjonar til å ha behandlingsdagar på sjukehuset. For å få til slike ordningar må kanskje både kommunen og sjukehuset yta noko ekstra for å gjere dette attraktivt, til dømes stille attraktive husvære til rådvelde, gje gode tilbod innanfor friluftsliv som fiske, jakt eller fjellturar. Sjølv om vi ute i distrikta ikkje kan konkurrere når det gjeld meir tradisjonelle fritidstilbod som kino, teater og uteliv, har vi andre verdiar og tilbod som etterkvart vert meir og meir verdsett og etterspurd, ikkje minst frå den målgruppa dette gjeld.

Den nedsette arbeidsgruppa valde i første omgang å satse på pkt. 1, altså å bygge opp geriatrisk kompetanse på sjukehuset og i kommunane. Gruppa har no utarbeidd eit forprosjekt for korleis dette teamet skal arbeide og funne kompetente fagfolk i kommunehelse-tenesta og på sjukehuset til å utføre dei ulike arbeidsoppgåvene i prosjektet. Det vil gå for lagt her å gå i detalj om arbeidsoppgåvene og organiseringa, men ein kan nemne at ordninga skal organiserast i eit geriatrisk fagteam som skal ha sin base i medisinsk poliklinikk på sjukehuset, men teamet skal også ambulere rundt i kommunane. Teamet er på plass på poliklinikken 1 gong i veka, og skal ha lege med bakgrunn innan geriatri, sjukepleiar, ergoterapeut, fysioterapeut og kontorhjelp. I tillegg skal teamet styrkast med sosionomkompetanse etter behov. Rettleiar for teamet skal vere professor Gudbrand O. Fossan, geriatrisk avdeling, Diakonissehjemmets sykehus, Bergen.

Teamet står no i startgropa og vil ta til med arbeidet med det første. Prosjektet er finansiert gjennom tilskot frå Sosialdepartementet, Sogn og Fjordane Fylkeskommune, Kommunenes Sentralforbund og gjennom inntekter frå poliklinikken. Arbeidet med prosjektet er så langt finansiert av kommunane, då med hovudvekt på Lærdal kommune som har hatt sekretariatsfunksjonen.

Vi håpar at dette samarbeidsprosjektet og denne måten å arbeide på, kan vere eit bidrag til ei betre samordning av den kompetanse og dei ressursane som fins ute i distrikta i 1. og 2. linetenesta. Slik kan ressursane kanskje brukast på ein enda betre måte enn i dag, til nytte både for kommunchelsetenesta, lokal-sjukehusa og brukarane. At vi har mykje kompetanse i distriktet innan denne sektoren, meiner eg at arbeidet med vårt prosjekt har vist og det er nett dette som har gjort det så interessant å få ta del i arbeidet.

**Lasse Sælthun
Rådmann
5890 Lærdal** □

Pårørende til terminalt syke

En samarbeidsoppgave for 1. og 2. linjetjenesten.



*Marit Hafting, f. -48, cand. med. fra Bergen 1974. Har siden hovedsakelig arbeidet i allmennpraksis som distrikts-
legelkommunelege i Volda, Ullensvang
og nå på Voss. Har hatt allmennprakti-
kerstipend og 1 års klinisk stipend fra
NAVF for å arbeide med en intervju-
undersøkelse av eldre småforbrukere
av helsetjenester. Rapporten blir
ferdig...engang..*

Av Marit Hafting

I forløpet av en alvorlig sykdom får ofte allmennpraktikeren et nært forhold både til pasient og pårørende i de fasene der den syke kan være hjemme. Det kan dreie seg om kontroll av behandling, forskrivning av smertestillende og annen palliativ behandling, behandling av interkurrente sykdommer, rådgiving av hjemmesykepleie og pårørende når det gjelder stell og pleie, - og ikke minst støttesamtaler med pasient og pårørende i kritiske faser av sykdomsforløpet. Vi opplever ofte at det rundt sykeleiet er familier i krise, og familiemedlemmene kan ha svært ulike behov for støtte og hjelp. Denne oppgaven kan være krevende faglig og menneskelig, og vi ser dessverre ofte at primærhelsetjenesten svikter i omsorgen for familien - tildels ser man ikke (eller vil man ikke se) behovene, tildels har man ikke ressurser å sette inn. Situasjonen blir lett uoversiktlig, og det er ikke uvanlig at sykehusoppholdene kan oppleves som en kjærkommen avlastning for primærlegen. Da har sykehuset ansvaret for pasienten, og pårørende følger tydeligvis med. Det er i hvert fall ofte slik at vi i primærhelsetjenesten ser lite til dem i denne fasen.

Jeg vil i denne artikkelen ta for meg omsorgen for pårørende til terminalt syke under de siste sykehusoppholdene og etter dødsfallet for å rette søkelyset mot nødvendigheten av samarbeid mellom primærhelsetjenesten og institusjonen denne tiden.

Hvordan oppleves det å være pårørende på sykehus?

Sosiologen Erik Fossåskaret har med utgangspunkt i et autentisk tilfelle drøftet forholdet mellom sykehus og pårørende (1). Som sosiolog beskriver han sykehuset som et system av gjensidig avhengige roller: pasientrollen, legerollen etc. Disse sosiale rollene definerer de forpliktelse og rettigheter rolleinnehaveren har i systemet. Han sier at på

tross av fagre ord, hører pårørende ikke til i sykehussystemet. Det ligger ikke en rolle klar for pårørende som definerer de rettighetene og pliktene de har. Sykehuset tildeler pårørende bare fragmenter av en rolle, den enkelte pårørende må opparbeide sin egne rolle. Han viser i sitt eksempel at sykehuset aksepterer en utvidet pårønderolle, men tildeler den ikke i utgangspunktet. Slik rolleuttøring er krevende og motsetningsfylt.

Jeg leste denne artikkelen et par års tid etter at min mann døde. Han lå de siste 8 dagene han levde på sykehus, og jeg bodde der med ham. Flere hadde tatt opp med meg at jeg etter denne tiden satt inne med erfaringer av generell interesse for helsepersonell - jeg hadde fått innsikt fra to sider. Jeg klarte imidlertid ikke finne ut av hvordan jeg skulle legge fram mine erfaringer, hva var det prinsipielle i mitt møte med sykehussystemet. Fossåskars artikkel gav meg en verdifull ramme til analysen av opplevelsene. Jeg tror analysen hans er sentral for forståelsen av pårørendes situasjon. Jeg vil derfor med utgangspunkt i egne erfaringer utdype den mer teoretiske framstillingen jeg gav i avsnittet ovenfor.

Min mann valgte å legge seg inn på sykehus da hverdagen hjemme ble dominert av pleien av sykdommen med smertebehandling, stell av div. dren og fistler, kvalme, sengeleie osv. Ved innleggelsen ble vi avlastet for dette, men ansvaret for familielivet ble forsterket. Han lå for det meste og døde, og det var jeg som ble utøveren av det vi opplevde som vår felles oppgave. Det idelle målet disse dagene var at avslutningen skulle bli i harmoni med det livet han skulle forlate, at den skulle være meningsfylt ut fra hans mål for mening. Barnas møte med farens død ble viktig her, men og å ivareta familie og venners reaksjoner og behov for deltagelse. Jeg ble et bindeledd mellom pasient og personale, mellom far og barn, mellom min mann og omverdenen. Pårønderollen slik jeg

Tegning: Ragnhild Gjerstad



opplevde den var svært krevende. Jeg var redd for å gjøre feil, og hadde en følelse av at feil i en slik situasjon ville bli forstørret og uopprettelige. I ettertid ser jeg at det er irrelevant å snakke om "feil" og "rett". Man har ikke annet å styre etter enn det som kjennes rett i øyeblikket, men den typen etterpåklokskap hadde jeg ikke da. Jeg følte meg som linedanser på slapp line. Sykehuset og personalet holdt lina - eller satte rammene, og innenfor disse rammene skulle jeg utføre mitt livs hittil mest krevende oppgave. Selv om jeg på den tiden arbeidet på sykehuset, kjente jeg ikke rammene. For å si det med Fossåskar: jeg opplevde pårønderollen som svært krevende på pliktsiden, og jeg kjente ikke rettighetene.

Jeg var i stor grad henvist til å tolke situasjoner slik som ansiktsuttrykk, måten dører ble lukket opp og igjen på, tonefall etc. for å finne ut hva som gikk an. Var det greit at ungene kom og gikk flere ganger om dagen, at det stadig var telefoner til meg, at jeg sov på rommet hans, at jeg aldri klarte å passe tidene i kantina og derfor fikk mat på avdelingen etc. Systemet var nemlig dobbeltkommunisierende. På den ene siden sa personalet at jeg bare måtte gjøre som jeg ville. På den annen side var det ikke noe sted jeg kunne ha sakene mine, ingen steder jeg kunne stille meg, ikke noe sted jeg kunne snakke uforstyrret med besøkende eller i telefonen, og personalet hadde det tydeligvis travelt. Det var likt som ikke plass til mer enn at jeg satt i ro på stolen ved siden av sykesengen. Jeg var redd for at dersom min aktive måte

å fylle pårønderollen på var til bry eller irritasjon, kunne det gå ut over den sykes goodwill. Jeg sier *ikke* at det var slik, bare at det dengangen føltes slik.

Det særegne ved at jeg var pårørende og helsearbeider, gjør at mine erfaringer ikke nødvendigvis vil gjelde for alle. Det er imidlertid rimelig å tro at når jeg som var godt kjent på sykehuset, var utrygg på hvilke rettigheter jeg hadde, vil en ikke-helsearbeider sannsynligvis føle seg ennå usikrere.

Hvorfor er pårørende viktig?

Man kan belyse dette spørsmålet fra mange vinkler. La oss først ta utgangspunktet i den terminale pleien av pasienten:

Da vi kom til sykehuset for siste gang, ble vi møtt av en sykepleier i mottakelsen som sier henvendt til meg: *Sett deg her mens jeg gjør faren din klar*. Hun så her en pasient preget av lengre tids sykdom, innkommet for å dø. Hun tenkte dette måtte være en eldre mann, for dette var en vanlig hverdag for henne, og på de vanlige hverdagene er de døende gamle. Min tilstedeværelse var nødvendig for å minne henne og det øvrige personalet på at dette var en ektemann, far, yrkesutøver etc. Jeg var nødvendig for å få personen til å tre frem i deres bevissthet og fortrenge det klisjepregede bildet av den terminale pasient. Pasientene dør nemlig ikke fra en seng på et sykehus, de dør fra det som har vært livet deres. Skal pleien disse siste dagene kunne skje i harmoni med og respekt for pasienten, blir derfor pårørende et nødvendig bindeledd mel-

lom personale og pasient. I aktivt samarbeid med pårørende har personalet mulighet til å legge opp behandling og pleie slik at de ivaretar pasientens integritet og mål for livet.

Den syke som skal forlate livet, vil ofte være opptatt av hvordan de som blir igjen skal klare seg. Det må da gi trygghet å se at nære pårørende får omsorg og blir tatt vare på i et nettverk av familie, venner og helsevesen. Vi vet at symptomer som smerter, kvalme og søvnvansker ofte avtar når pårørende er tilstede og når engstelse eller konfliktfylte forhold blir løst.

En stund etter at mannen min døde, traff jeg en av sykepleierne på avdelingen han lå. Hun sa det var synd han hadde så mye vondt. Dette passet ikke med slik jeg husket disse dagene, og jeg begynte å lure på om det var jeg som var blitt hard og ufølsom. Forklaringen kan ligge i at når jeg var ute av en eller annen grunn, satt personalet inne hos ham. Da hadde han smerter, mens når jeg var tilstede var han tryggere og derfor mindre plaget.

Pårørende representerer livet etter døden. De skal fortsette det livet de tidligere hadde sammen med den døde - alene. De er i en livskrise, og må finne et grunnlag å fortsette videre ut fra. Dette er en lang prosess, og jeg har erfart at den starter allerede når det blir klart at den syke ikke vil overleve. Oppgavene er imidlertid nettopp i slike situasjoner uendelige og overveldende, men *må* løses. Det blir lite tid til ettertanke. For meg gav de korte periodene jeg fulgte mannen min på sykehuset en mulighet for slik nødvendig ettertanke.



De gav meg ro til å la tankene fly, gjennoppleve samlivet på godt og vondt, finne ut av hva det egentlig hadde vært så langt. Jeg begynte der arbeidet med å finne en basis å gå videre fra. Jeg tenker med gru på alle de gangene jeg som helsearbeider har sagt til pårørende noe slikt som: "Jeg tror det er det samme for ham om du er her eller ikke, du må ta vare på deg selv - ta deg en tur ut i det fine været, besøk familien etc." Jeg hadde dengangen ikke innsikt i at i et slikt sykeværelse, i tausheten og den tunge luften, kan det foregå viktig mentalhygienisk arbeid. At her kan hele livsløp få passere revy uforstyrret, ta sine nødvendige krumspring via bakveier og snarveier uten klare målsettinger eller tidspress.

Mange føler de mister noe av seg selv når de mister en nær pårørende. De blir mindre verdt, de mister selvtillit. Dette å ta vare på mest mulig av selvtilliten gjennom sykeleiet og den første tiden etterpå, blir viktig. Her kan de erfaringene man får med seg som pårørende bli av avgjørende betydning for livet videre. Kommer man ut på den andre siden med en følelse av at dette greide vi - den syke, pårørende og helsepersonell i fellesskap - slik at den siste tiden ble en verdig avslutning, stiller man uendelig mye sterkere enn dersom man har vært passiv tilskuer til et "mors" i sykehusets teknifiserte og fremmedgjorte verden.

Ut fra dette kan man si at en utvidet pårønderolle med plass til aktiv deltakelse, har betydning både for en verdig avslutning av livet for den syke, og for sorgarbeidet og derved livet videre for de pårørende. Jeg har hittil beskrevet pårørende i forhold til sykehuset, og lagt vekt på at både de materielle forholdene og bemanningssituasjonen ligger dårlig til rette for å ta i mot pårørende. Ville ikke da problemet vært løst dersom man fikk egne pårønderom, mer personale etc? Dette er nødvendige skritt på veien, men langt fra tilstrekkelige. Hovedbøynen her tror jeg allikevel er helsepersonellens manglende evne til å ta konsekvensen av at legfolk - både pasient og pårørende - er eksperter på sine egne liv og derfor de mest kompetente til å avgjøre hvordan de skal avsluttes. Det er langt fram før vi har lagt av oss den faderlige holdningen i det godes tjeneste om at "jeg vet hva som er best for deg". Utrykk som

"angivelig" i journaler og epikriser når man viser til pasientens egen framstilling, florerer fortsatt. For noen pårørende vil det være riktig å påta seg mye ansvar den siste tiden, for andre er det riktig å overlate dette til helsevesen og nettverk forøvrig. Helsevesenet må legge forholdene til rette for at avslutningen blir på den syke og familiens premisser, slik det føles rett for dem.

Hvorfor samarbeid?

Pårønderollen vil være klarere hjemme, blant annet fordi pårørende er på hjemmebane, helsepersonell på besøk. Pleien må i tillegg samordnes med familiens liv forøvrig, og den syke opplever nærhet til det som betyr noe for ham/henne. Langvarig terminal pleie i hjemmet kan imidlertid bli en så stor påkjenning på familien rundt, at det ut fra en totalvurdering allikevel vil være rett med innleggelse. Selv om tendensen i tiden er at flere ventede dødsfall skjer i hjemmet, vil fortsatt de fleste tilbringe den siste tiden på sykehus.

Primærhelsetjenesten har ofte lite kontakt med pårørende når den syke er innlagt, og den pårørende forlater sykehuset etter dødsfallet med den dødes klær i en plastpose uten at primærhelsetjenesten da vanligvis er klar til å stille opp. Noen sykehus ringer pårørende opp etter en tid for å høre hvordan det går, og gir dem event. tilbud om å komme oppom avdelingen for en prat. En forpliktet oppfølging gjennom sorgprosessen ligger imidlertid utenfor sykehusets ansvarsområde og mulighet.

Primærhelsetjenesten kan bli kontaktet for å sykemelde pårørende under terminalfasen og etter dødsfallet. Av og til blir vi bedt om å forskrive beroligende tabletter, event. å reitere medisiner de fikk av personalet mens den syke lå på sykehuset. I tillegg kan primærlege eller hjemmesykepleie dersom de kjenner familien godt, ta kontakt når de får vite om dødsfallet, f.eks. hvis de ser dødsannonsen. Dette kan bli innfallsportene for et tilbud om støtte og følge gjennom sorgprosessen. De forsinkede sorgreaksjonene kommer imidlertid *alltid* til oss, enten direkte som fortvilelse, ensomhet og depresjon, eller forkledd som psykosomatisk pregete tilstander.

I samtaler med pårørende som har fått problemer, er det gjerne 3 spørsmål som

kommer fram. For det første usikkerhet om hva som egentlig skjedde, hva slags behandling som ble gitt, ble alt gjort, var det nødvendig å gjøre det som ble gjort etc. For det andre agresjonen mot helsevesenet som sviktet på avgjørende områder, ikke forsto og gjorde feil. Til sist kan de fortelle om skyldfølelse, følelse av ikke å ha strukket til, vært feige osv. Har slike tanker fått festet seg, vokst og mistet proposjonene, inngår de ofte i vonde sirkler av isolering, mistro og lav selvtillit som er vanskelig å komme ut av. Jeg tror noe av dette kan forebygges ved at primærhelsetjenesten og sykehuset har et forpliktende samarbeid på det prinsipielle planet om omsorgen rundt pårørende til terminalt syke slik at den omsorgen vi gir blir helhetlig og så langt det lar seg gjøre på den syke familiens premisser.

Et formelt samarbeidsorgan mellom sykehuset og primærhelsetjenesten er muligens en forutsetning for at denne saken i det hele tatt kommer på dagsorden og blir fulgt opp både ute og inne. I tillegg er lokale etterutdanningstilbud felles for personalet på sykehuset og i primærhelsetjenesten en mulighet for å fremme felles mål for den terminale omsorgen. Til slutt bør det være rutiner for løpende kontakt mellom første og annenlinjetjenesten med tanke på å støtte den enkelte pårørende både når den syke er hjemme, på sykehus og etter dødsfallet.

Et dødsfall i nær familie er ikke en sykdom, men en risikosituasjon for sykdom. Det hører til de vonde og vanskelige tingene i livet, og det er hverken ønskelig eller realistisk at vi helsearbeidere skal fjerne sorgen. Veien videre ligger vel nettopp i møtet med sorgen i all sin smerte og tomhet. Vi helsearbeidere blir imidlertid innveid i denne sorgprosessen enten vi vil eller ikke, og derfor er det vår oppgave å handle ut fra forståelse av hva som gavner og hva som skader sorgarbeidet, og å tilby et sikkerhetsnett uten svake ledd eller for grove masker når det er behov for det.

1. Fossåskar E. Sjukehus og pårørende. Om rolla som manglar. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 1470-2

Kommunelege Marit Hafting
5700 Voss





MELDINGER

Forskning om arbeidsløshet fra allmennpraksis

Steinar Westin. Unemployment and health: Medical and social consequences of a factory closure in a ten-year controlled follow-up study.

A study from general practice. Trondheim: Tapir, 1990. 289s.

Det er en viktig undersøkelse. Den startet blant disjunktlegene på Askøy i 1974 og er blitt den hittil lengste oppfølgingsstudien av arbeidsløshetens medisinske konsekvenser.

De fire første artiklene er en epidemiologisk undersøkelse av arbeidsstatus og trygging hos 85 oppsagte fra en nedlagt sardinfabrikk, med 87 arbeidere på en nærmest identisk nabofabrikk som kontroll. Første år var sykkelingsraten fordoblet blant de arbeidsløse. Uføretrygdraten ble tredoblet de første fem årene. Etter 10 år var 24% av tidligere oppsagte ute av arbeidsstyrken mot 8% av kontrollene, et drastisk resultat for et lite industristed.

I den femte artikkelen brukes økonometrisk analyse til å studere effekten av bedriftsnedleggelsen på fremtidig deltaking på arbeidsmarkedet, et interessant samarbeid med økonomer. De viser hvordan tryggingen reduserer arbeidsstyrken så mye at vi taper en stor del av de økonomiske konkurransefordelene som økt arbeidsløshet gir.

Den sjette artikkelen, kanskje den mest interessante for allmennpraktikere flest, er en klinisk studie av de 30 som

etter snaut tre års ledighet ble tilbudt nye jobber i Bergen. Dette førte til at fem kom i arbeid, 11 fikk uføretrygd, 11 ble hjemmeværende uten inntekt og tre førtidspensjonert. Med bruk av kvalitative metoder gi Westin et levende bilde av utviklingen til de 11 som ble "uføre", fra å være kollektivt oppsagte til å fremstå som syke. Legen på sin side beskriver dem stort sett som uforandret. Aggraverer kan ikke utelukkes, men synes ikke å forekomme i særlig utstrekning. Det som slår Westin, er at de selv begynner å handle som syke og føle seg som syke. I de tidligere artiklene hadde han problemer med spørsmålet om økt trygging betyr økt sykelighet. I denne artikkelen argumenterer han overbevisende for at slik er det. Mange langtidsarbeidsløse søker ikke bare uføretrygd for å få et sikkert utkomme, de føler seg også som syke, ter seg som syke og er dermed syke. Legene deltar stort sett i dette, noe som gir etiske problemer i to retninger. Dels bidrar vi til å gjøre folk sykere. Men vi er også med på å omdefinere et samfunnsmessig arbeidsmarkedsproblem til et individuelt helseproblem.

Dette er sentrale og vanskelige samfunnsmedisinske spørsmål som plasserer arbeidet midt i aktuelle diskusjoner. Det er etter mitt syn både god vitenskap og samtidig levende og poengtert. Forfatteren greier å vise mange av de menneskelige konsekvensene av en bedriftsnedleggelse, som ikke bare er den "strukturom-

leggingen" mange ynder å snakke om. Tvert i mot er tapet av arbeidskraft enormt, sammen med tap av menneskelig verdighet og helse. Han viser også mer systematisk og detaljert den prosessen alle leger kjenner deler av, fra å være i arbeid til å bli uføretrygdet.

Nå kan det reises tvil om selvbildet til de uføretrygdene er så mye endret som Westin beskriver. Noe av de observerte forandringene kan ligge i det respondentene formidler til undersøkeren på ulike tidspunkt i arbeidsløshetskarrieren. Forfatteren diskuterer ikke grundig nok om spørremåten hans kan ha forandret seg under prosessen mot uføretrygd. Denne innvendingen gjelder også det etiske dilemmaet på samfunnsplanet. Trygdellovgivningen kan gjøre arbeidsløshet til et medisinsk problem, men det betyr ikke nødvendigvis et individuelt problem. Mange ser nok på uføretrygden først og fremst som en økonomisk sikkerhet når helse og arbeidsmarked svikter. Men dette blir ofte et individuelt problem på den måten at mange lider under den påtvungne uføretrygden. Jeg er enige med Steinar Westin i at det haster å få en skikkelig førtidspensjon.

Boka anbefales til leger som er interessert i arbeidsløshet eller i trygdespørsmål. Westin fortjener også ros fordi han de siste årene har skrevet lettere tilgjengelige artikler om både resultater og tanker (1-3).

Litteratur:

1. Westin S. Sosialmedisinske konsekvenser av en fabrikknedleggelse. Nord Med 1988; 103: 44-5.
2. Westin S. Langsiktige virkninger av en bedriftsnedleggelse: sysselsetting, sykkelingsrate og uføret gjennom ti år. Søkelys på arbeidsmarkedet 1989; 2: 25-32.
3. Westin S. Arbeidsløsheten og vår tids sosialmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 1324-6.

Lege/ stipendiat NAVF
Bjørgulf Claussen
Avdeling for samfunnsmedisin
Folkehelse, Oslo



Tegning: Ragnhild Gjerstad
UTPOSTEN 1991; 20 (4)

Sykehusbasert allmennpraktiker for de gamle

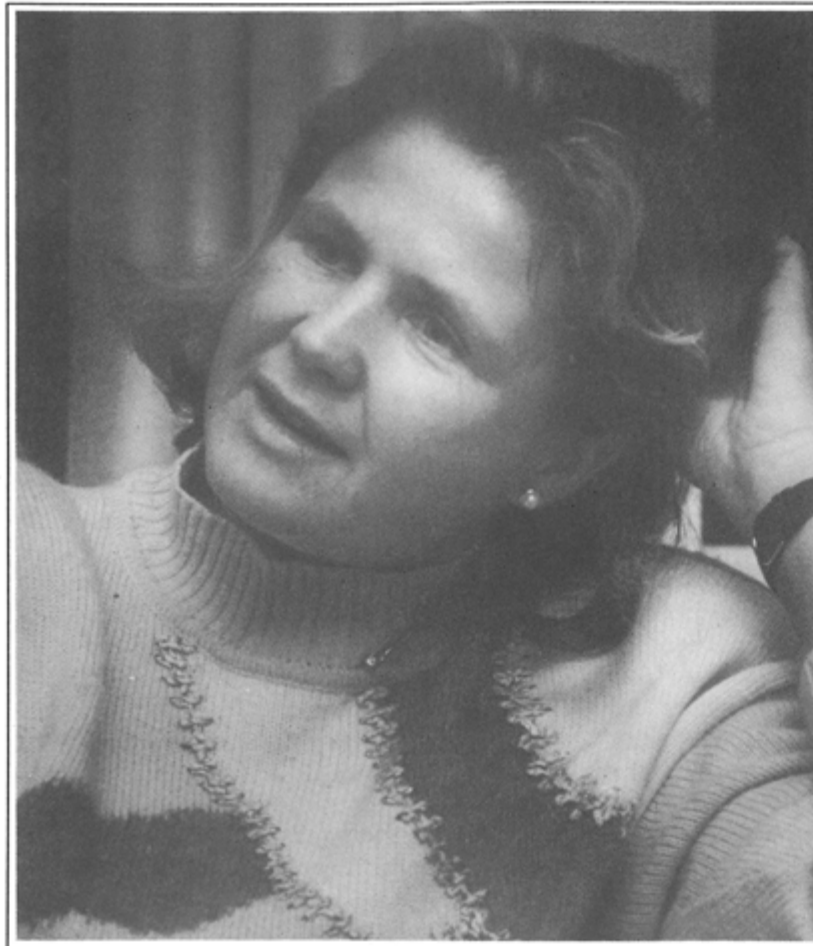


Foto: Bjørn A. Hansen
Tidens Krav

Anette Hylén Ranhoff, født -56, cand med -85, er stipendiat i prosjektet: Allmennpraktiker for de gamle. Dette er en knippe prosjekter, varighet 1988-91, der driften av Poliklinikk for eldre ved Fylkessjukehuset i Kristiansund er ett av flere delprosjekt. Anette Hylén Ranhoff har tidligere arbeidet på barneavdeling, og gikk inn i prosjektet fra en stilling som kommunelege/tilsynslege på sykehjem. Hun er gift, har to barn, 7 og 3 år gamle, og har familie- og friluftsliv som sine viktigste interesser ved siden av jobben. Om framtida sier hun: "Jeg kan godt tenke meg å fortsette i geriatrien, gjerne som allmennpraktiker for de gamle, men jeg kan ikke tenke meg å være allmennpraktiker for de unge."

UTPOSTEN i samtale med Anette Hylén Ranhoff.

I nær tilknytning til medisinsk poliklinikk, Fylkessjukehuset i Kristiansund, finner vi poliklinikk for eldre. Et team bestående av kontordame Astri Kosmo, sykepleier Kirsten Færevåg og lege Anette Hylén Ranhoff samarbeider om hver enkelt pasient. En førstegangs-konsultasjon tar gjerne 2-2,5 time (samtale og undersøkelse hos sykepleier 45-60 min, lege 30-45 min, i tillegg til samtale med kontordama, div lab-undersøkelser osv.) Andre samarbeidspartnere trekkes inn etter behov:

fysio- og ergoterapeut, dietetiker, indremedisiner osv. Pasientene henvises av lege og/eller hjemmetjenestene, et mindretall tas også inn direkte. Pasientene får ofte flere konsultasjoner, og alle følges opp telefonisk av kontordama etter en tid. Teamet drar også ut til kommunene. Der undersøker de pasienter i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten, og bruker sykehjemmet, et legekantor eller pasientens hjem som base.

UP: Hva er ideen bak poliklinikk for eldre?

AHR: I Kristiansund var situasjonen ikke ulik mange andre steder: Vi hadde stilling for geriater, men fikk den ikke besatt. Det var en gylden sjanse til å prøve ut en modell som var presentert i Ot. prp. nr 48 (1985-86), nemlig en sykehusbasert allmennpraktiker for de gamle. Tanken var at en allmennpraktiker med spesielle interesser og kvalifikasjoner i geriatri kunne gi de eldre et godt tilbud i samarbeid med og som le-

der av et geriatrisk team. Professor i geriatri, Knut Laake organiserte tiltaket som et prosjekt, jeg kom i kontakt med ham, og så rullet det hele i gang. Helt konkret måtte jeg den gangen velge mellom pediatri og geriatri.

UP: Hva var viktige forutsetninger for å få dette til?

AHR: Sykehuset var svært interessert i å få etablert tilbudet; administrasjonen og alle legene var enormt positive og støttet meg hele veien. I tillegg var det nok viktig at dette var organisert som et prosjekt, og at det fantes penger, bl a fra Nasjonalforeningens store TV-aksjon høsten 1987.

Allmennpraktikerne i området ble aldri spurt om hva de mente, men vi besøkte nesten alle kommunene 1. halvår etter oppstart og informerte om tiltaket. Reaksjonene var litt forskjellige, du må huske at primærhelsetjenesten fungerer kvalitetsmessig svært ulikt fra sted til sted. I de "beste" kommunene mente legene at tiltaket nærmest var overflødig, dette klarer primærhelsetjenesten selv. Det er spesielt hyggelig at vi i dag har et særlig godt samarbeid med flere av disse kommunene. Pasienter fra slike kommuner får spesielt god oppfølging fra tjenestene på hjemstedet, og da er det moro å jobbe!

UP: Hva er det som er annerledes med denne måten å jobbe på, hvis vi sammenligner med:

- allmennpraktikeren på kontoret
- sykehjemslegen på institusjonen
- indremedisineren i avdelingen/poliklinikken?

AHR: Stikkordene er:

- helhetsspektiv
- god tid
- teamarbeid
- lett tilgang på sykehusets ressurser i form av apparatur og spesialister

For å ta allmennpraktikeren først: Vi legger vekt på helheten i plager, funksjon og omsorg og spør med tanke på det, i stedet for å ta problemene ett for ett etterhvert som de presenteres. Tid har vi mer av, likedan tid til teamarbeid, og tilgang på sykehusets ressurser.

Sykehjemslegen har også et helhetsspektiv og jobber i team, men har ofte dårlig tid. I tillegg er det ofte dårlig kontinuitet i tilsynslegestillingene.

Indremedisinerene har mindre tid og jobber sjeldnere i team, men det mest slående er at de som stand er utpreget organsenterte.

UP: Hvorfor er det så viktig å gi syke gamle et godt medisinsk tilbud?

Er det ikke bedre å holde dem unna helsevesenet, når vi vet at de ofte får for mye piller og plagsomme utredninger for sykdommer som ikke kan behandles? Risikerer vi ikke å medikalisere aldringsprosessen?

AHR: Både over- og underbehandling, over- og underutredning er store problemer i geriatrien. Det er jo nettopp dette som utfordrer legekunsten i arbeidet med de gamle. Vi må være ute etter nytteeffekten av moderne medisin, uten unødig omfattende utredninger. Det trengs både erfaring og sunt vett for å klare denne balansegangen, jeg kjenner ingen som klarer det hele tiden. Men min erfaring er at det ofte er enkle tiltak, enkel behandling som skal til, og det er viktig at gamle med plager får en sjanse til et bedre liv.

Vi kan ta 84-åringen Sigrid Løvø, som A-magasinet skrev om i januar i år, som eksempel. Hun satt immobilisert hjemme pga vonde hofter og hovne bein, sov dårlig og var avhengig av hjemmetjenestene. Flere leger ga henne stadig mer furosemid, og forklarte henne at hun måtte lære seg å leve med plagene. På poliklinikken fikk hun utredning, et tilpasset slankeprogram av dietetikeren og vurdering av fysioterapeut. Dette førte til opptrening på et kursted. Nå er hun 10 kg lettere, går alene til butikken uten stikk, og trener regelmessig i svømmebasseng. Og hva bedre er: hun har ved sitt eksempel og pågangsmot motivert mange andre til tilsvarende innsats for et bedre liv.

UP: Til slutt, Anette Hylén Ranhoff: Stikkord demens!

AHR: Alle med mental svikt skal ha en skikkelig utredning, med kartlegging av diagnose, problem og funksjonsnivå. Dette er uhyre viktig, for å skreddersy omsorgen. Fortsatt er det slik at mange gamle får diagnosen aldersdemens altfor lett og tilfeldig, og mange som skulle hatt diagnosen får den ikke. Alle behøver ikke utredes med CT, men indikasjoner er raskt progredierende forløp, tidlig debut (<75 år), nevrologiske utfall eller andre tegn til atypisk forløp.

Det viktigste i dette arbeidet er å gi den gamle med mental svikt et verdig liv og en verdig avslutning når den tid kommer. Vi trenger differensiert omsorg med hele spekteret av tiltak:

- individuell hjelp
- hjemmetjenester med tilgang på psykiatrisk sjukepleier
- dagsentre
- bofellesskap
- institusjonsplasser, hvorav noen må være i skjermede enheter
- psykogeriatriske tjenester, osv

Arbeidet med de pårørende er viktig, de trenger mye informasjon, støtte og rikelig anledning til å snakke. Pårørendeforeninger er viktige her.

UP: Helt til slutt: Du sier du kan tenke deg en framtid i arbeid med eldre, og at du valgte geriatrien framfor pediatrien. Hvorfor?

AHR: Du får brukt mye av medisinen du lærte på doktorskolen - de gamle har mange "ordentlige" sykdommer. Du kan oppnå mye med enkle midler. Og: det er enormt takknemlige pasienter å arbeide med.

Intervju ved Janecke Thesen. □



Geriatrisk team, poliklinikk for eldre; Kristiansund. Fra venstre: Astrí Kosmo, Anette Hylén Ranhoff og Kirsten Færevåg

Foto: Bjørn A. Hansen Tidens Krav



I den fullstendige geriatriiske undersøkelse og vurdering inngår diagnostikk på tre plan:

Sykdom
Funksjon
Omsorg

For å få full oversikt over pasientens problemer og ressurser, og dermed kunne gi riktig behandling og omsorg må alle tre elementene vies oppmerksomhet. Der vi arbeider i et geriatriisk team med fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og andre er det greit å ivareta dette. Men rundt omkring i Norges land er geriatriiske team og ergoterapeuter mangelvare. Hverdagen i kommunchelstjenesten er at legen står overfor et geriatriisk problem alene, eller med støtte og informasjon fra pårørende og hjemmesykepleie.

Når det gjelder funksjonsvurderingen har legene vært lite på banen. Vi har i stor grad konsentrert oss om sykdomsdiagnostikken.

I den senere tid har artikler i flere anerkjente tidsskrift poengtert viktigheten av gode funksjonsvurderinger av geriatriiske pasienter.(1,2).

Hensikten er både å påvise funksjonssvikt som tegn på sykdom og å kartlegge funksjonen slik at omsorgen kan skreddersyes.

ADL funksjon

Knut Laake anbefaler i boken "Geriatriske i praksis" (3), Barthels ADL indeks. Denne indeksen var imidlertid basert på observasjon av sykepleier eller ergoterapeut. Jeg har va-

Funksjonsvurderinger av geriatriiske pasienter - hva kan legen gjøre?

lidert indeksen brukt av ufaglært omsorgspersonell og som intervju utført av legen.(4).

Dette gir oss et godt arbeidsverktøy som er enkelt og raskt å bruke i konsultasjon på kontoret.

Hos personer med god mental funksjon kan Barthels ADL indeks brukes som intervju. Hos personer med mentalsvikt må vi benytte en tredje person som har observert pasientens ADL-ferdigheter. Her kan pleier, hjemmehjelper eller eventuelt pårørende benyttes. Barthels ADL indeks brukt som intervju er validert for de som skårer 20 eller mer på Mini Mental Status. For de som skårer under 20 må observasjon av ADL funksjonene benyttes.

Mental funksjon

Til bedømmelse av den mentale funksjon kan benyttes strukturert samtale eller mental-funksjonsskalaer som Mini Mental Status.

Det er nylig laget en kortversjon av Mini Mental Status av Anne Brækhus og medarbeidere, Geriatriisk avd. Ullevål sykehus. Denne kan trolig fåes ved henvendelse dit.

Anette Hylene Ranhoff
Poliklinikk for eldre
Fylkessykehuset
i Kristiansund N
6500 Kristiansund N

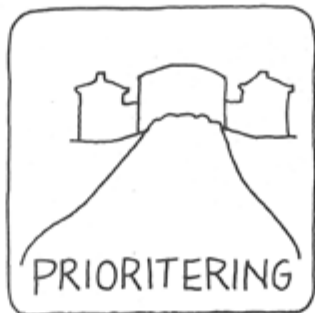
Referanser:

1. Lachs MS et al. A Simple Procedure for General Screening for Functional Disability in Elderly patients. *Ann Intern Med* 1990; 112-2.
2. Applegate WB et al. Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 1990; 322-3.
3. Laake K. Geriatri i praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
4. Hylene Ranhoff A. The Barthel ADL index: Does doctor's scoring based on patient's history relate to scoring by nurse and nurse aids? (artikkel under utarbeidelse) In abstract: 10. Nordiske kongress i Gerontologi 1990.

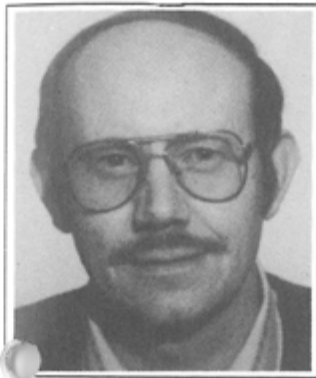
Barthels ADL indeks

1. Fødeinntak:		5. Påkledning:		8. Mobilitet generelt:	
Selvhjulpen	2----	Selvhjulpen	2----	Går uten gåstativ	3----
Noe hjelp	1----	Noe hjelp	1----	Gåstativ	2----
Helt avhengig av hjelp	0----	Hjelp til det meste	0----	Klarer seg i rullestol	1----
2. Personlig hygiene:		6. Forflytning mellom stol og seng:		Kan ikke forflytte seg alene	0----
Selvhjulpen	1----	Selvhjulpen	3----	9. Trappegang:	
Trenger hjelp	0----	Noe tilsyn	2----	Går uten hjelp	2----
3. Avføring:		Kan sitte, ellers behov for mye hjelp	1----	Må ha støtte eller hjelp til å bære gåstativ	1----
Helt kontinent	2----	Kan ikke sitte, hjelp av to for forflytning	0----	Kan ikke gå trapp	0----
Av og til inkontinent	1----	7. Hjelpebehov på toalettet:		10. Bading:	
Inkontinent	0----	Uavhengig	2----	Uten hjelp	1----
4. Vannlatning:		Endel hjelp med klær og forflytning	1----	Trenger hjelp til vask eller å komme ned i eller opp av kar	0----
Helt kontinent	2----	Mye hjelp	0----		
Av og til inkontinent	1----				
Helt inkontinent	0----				
					Sum -----

Der pasienten er mentalt velfungerende kan du spørre om i hvilken grad han/hun greier disse punktene. Der pasienten har mental svikt kan du be pleier, hjemmehjelper eller pårørende observere pasienten med hensyn på punktene over.



Ubyråkratisk sommaravlastning for psykisk utviklingshemma.



Kjell Helleland er født i -46, Vik i Sogn. Han har yrkeserfaring fra personaladministrasjon i Stat og Fylkeskommune og har vært sektoransvarlig for sykehjemmene og senere for HVPU i Sogn og Fjordane Fylkeskommune. I 4 år var han leder for Helse- og Sosialutvalet i Leikanger kommune. For tiden er han Helse- og Sosialsjef i Lærdal kommune. Han er kjent for en avslappet arbeidsform, evne til å ta vare på folk, og evne til å skjære gjennom byråkratiske elverk.

Lang skuleferie og stengde barnehagar om sommaren skapar ofte ein vanskeleg situasjon for psykisk utviklingshemma og deira foreldre. Ei tid på året som skal gå med til å samla krefter til ein lang vinter, blir i staden eit slit frå dag til dag for foreldra for å gi barna eit heildøgn-tilbod.

Lærdal kommune starta sommaren 1990 eit avlastningstilbod etter ein modell som kanskje kan brukast av andre kommunar.

Kommunen stilte opp med ein ny rekkebustad som omfatta stove, kjøkken, 1 soverom og eit stort bad/toalett. Samla areal på bustaden er på ca 60 m². På budsjettet hadde vi fått sett av ein sum på kr. 95.000,-. Det første vi konsentrerte oss om var å finne kvalifiserte personar som kunne ta totalansvaret for avlastninga. Vi fekk kontakt med 4 personar som sa seg viljug til innanfor avtalte rammer å starte og drive avlastningstilbodet gjennom heile sommaren. To var lærarar som kjende dei aktuelle brukarane gjennom sitt arbeid i skulen. Dei to andre hadde begge røynsle frå arbeid med psykisk utviklingshemma. Dei fire personane (avlastarane) tok på seg ansvaret for å få avdelinga i gang.

Det vart oppretta ein arbeidsavtale for tidsrommet 15.06-17.08.90. Stillingane vart løna som miljøarbeidar/miljø-terapeut etter høgste lønsalternativ. Etter avtalen

var den einssilde avlastar ansvarleg for å skaffe kvalifisert vikar, dersom sjukdom eller andre grunnar hindra dei å møte opp på arbeid. Lukkast ikkje dette ved eiga hjelp, skulle dei straks melde frå til helse- og sosialsjefen. Det vart lagt opp ein arbeidsplan der avlastarane fekk fastlagt kva periode/dagar dei skulle arbeide.

Foreldra vart kalla inn til møte der dei vart presentert for planane. Dei vart bedt om å legge fram sine behov for avlastning i perioden 20. juni til 20. august. Det kom inn ønske om avlastning for 2 gutar (14 år) det meste av sommaren. For ein eldre gutt var det kun ønske om meir sporadisk opphald. Ut frå foreldra sine ønske vart det lagt opp ein arbeidsplan for avlastarane. Denne planen tok omsyn til at også avlastarane skulle få sin sommarferie.

Avlastarane og brukarane starta opp med planlegginga av innkjøp av møblar og anna utstyr til bustaden. Etter framlegg av kostnadsoverslag fekk dei fullmakt til å stå for alle innkjøpa og innreiinga av bustaden. Dette vart ein viktig aktivitet. Gjennom ulike former for utsmykking fekk brukarane setje sitt personleg preg på ein stad som var deira. Såleis vart det lagt ned eit stort arbeid i utforminga av ulike veggdekorasjonar. Alle brukarane har stor glede av musikkaktivitetar, musikk-anlegg var noko av det første som kom på plass.

Avlastarane la opp til at sommaren skulle opplevast som ein ferie for brukarane. Såleis vart det lagt ei rekke aktiviteter ulik den vanlege kvardag. Dette var m.a. sykkelturar på tandem, hyttetur på Filefjell, kafebesøk, piknik langs elva og rydding av utearealet rundt bustaden.

Sommaravlastninga vart gjennomført utan at det vart registrert nokon form for problem. På oppsummeringa i september gav brukarane og foreldra uttrykk for at dette hadde vore ein god sommar. Ei mor sa det slik *"Dette er beste sommaren eg har hatt på mange år"*. Ein av lærarane som var avlastar sa det slik *"Dette har vore ein sommar eg føler å ha fått noko positivt ut av"*.

Etter tilbod frå avlastarane har ein helde fram med helgeavlastning i bustaden. Det er foreldra som avgjer kor mykje dei vil bruke tilbodet.

Reknskapet viser at avlastningstilbodet hadde kosta kommunen kr 83.000,-. Av denne summen utgjer ca. kr 30.000,- møblar og utstyr. Kommunen fekk for 1990 statleg tilskott på kr 24.000,- til avlastning for psykisk utviklingshemma, og hadde som nevnt avsett kr 95.000,- på budsjettet til funksjonshemma generelt. Kostnadene bør ikkje skremme nokon!

Helse- og Sosialsjef
Kjell Helleland
5890 Lærdal



DUMOZOLAM (triazolam)
HYPNOTIKUM

Resoribletter 0,2 mg. Hver resoriblett inneh:
Triazolam 0,2 mg. Resoribletten har delestrek.

Egenskaper: Klassifisering: Kortvirkende benzodiazepinderivat som ikke gir akkumulering ved gjentatt daglig administrasjon. Hypnotisk-sedativ, angstdempende, muskelrelaxerende og antikonvulsiv virkning, hvorav den hypnotisk-sedative komponent er mest fremtredende. **Absorpsjon:** God, minst 80 %. Hurtig absorpsjon fra munnens slimhinne. **Proteinbinding:** 89 % bindes løst til serumproteiner. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig 2,3 timer med en variasjon på 1,7-3,0 timer. **Metabolisme:** Hovedmetabolittene α -hydroksytriazolam og 4-hydroksytriazolam gjenfinnes som konjugerte glukuronider som ikke har noen klinisk betydning. **Utskillelse:** Ca. 90 % i urin og 10 % i feces. **Overgang i placenta/morsmelk:** Dyrestudier viser overgang både i placenta og morsmelk.

Indikasjoner: Forbigående og kortvarig insomnia. Kan brukes som kortvarig adjuvans til pasienter under non-medikamentell behandling for kronisk insomnia.

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for legemidlet.

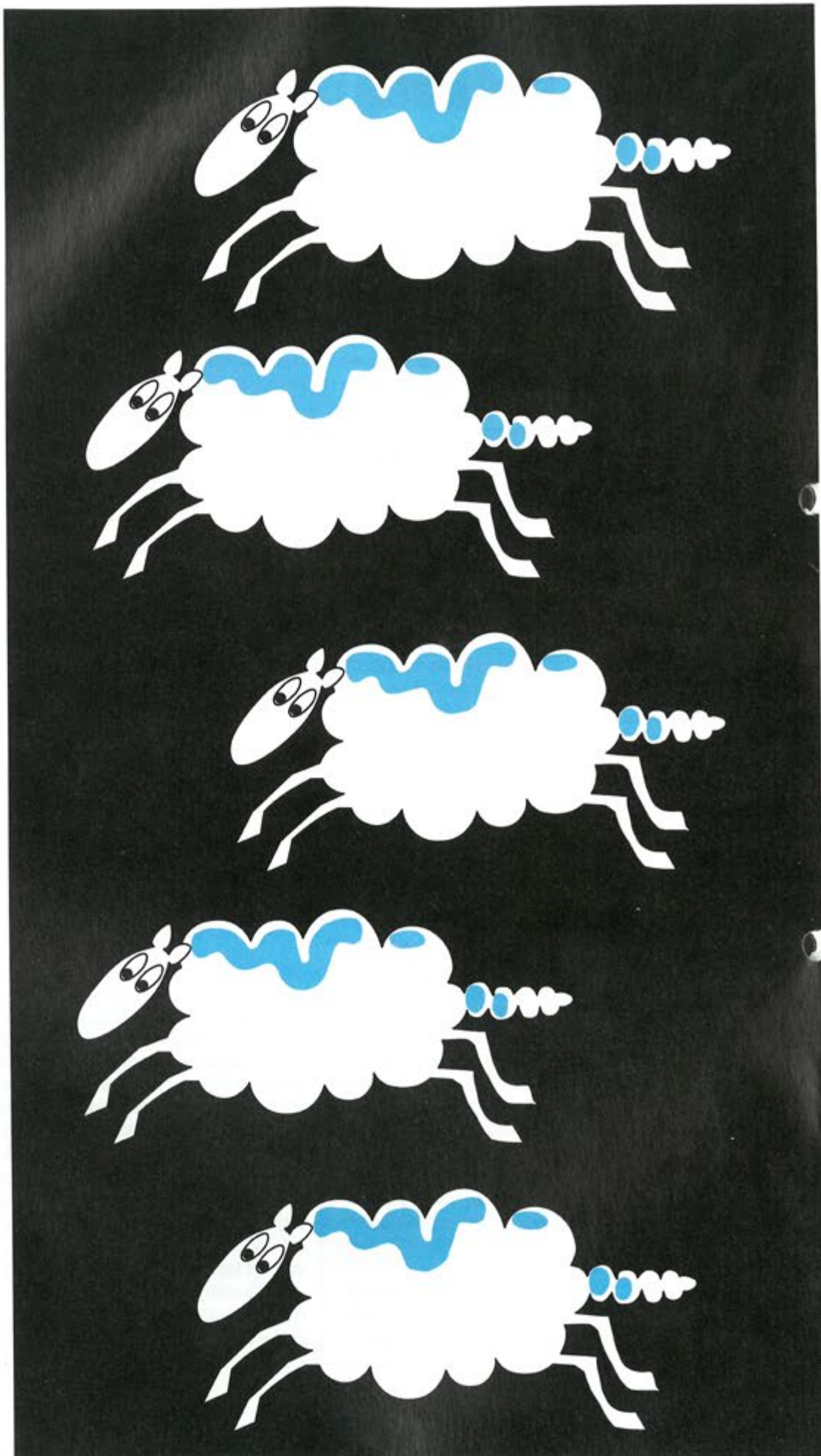
Bivirkninger: Hovedsakelig doseavhengige. Døsighet, omtåket, svimmelhet, øret og nedsatt koordinering har forekommet. I likhet med andre benzodiazepiner har det vært rapportert en lav forekomst av paradoksale reaksjoner og også spredte tilfeller av anterograd amnesi. Ved seponering kan tilfeldige innsovningsproblemer forekomme de første to nettene.

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

Interaksjoner: Interaksjon kan sees med CNS-depressiva (bl.a. alkohol). Plasmakonsentrasjonene kan omtrent fordobles ved samtidig administrasjon med cimetidin eller makrolidantibiotika. Ved samtidig inntak av slike legemidler kan plasmakonsentrasjonen fordobles og halveringstiden øker. Reduksjon av dosen bør overveies. (1:63e benzodiazepiner).

Anbefalt dosering: Legges under tungen. Dosen tilpasses individuelt for å oppnå optimal effekt uten oversedering. Tas ved behov når pasienten ikke får sove. Anbefalt dosering hos voksne: 1 resoriblett; kan økes til 2 resoribletter om pasienten ikke responderer tilfredsstillende. P.g.a. større følsomhet hos geriatriske/svekkede pasienter gis initialt 1/2 resoriblett (0,1 mg) som kan økes til 1 resoriblett (0,2 mg) om nødvendig. Resoribletten kan tas liggende i sengen. Unngå å svelge mens resoribletten henfaller.

Pakninger og priser: 0,2 mg 100 stk. kr 109,70. Enpac: 30 stk. kr 41,40. 10 stk. kr 21,00.



Dumozolam[®].

Bare når naturen selv må gi tapt.

Det beste hadde selvsagt vært at en tilstrekkelig dose av dyrene du ser til venstre alltid hadde hatt garantert søvndyssende effekt. Så enkelt er det som kjent ikke.

Men med Dumozolam kan pasienter med søvnvansker nå få større håp om virkelig å sovne ved egen hjelp. Løsningen ligger i å ta en resoriblett i stedet for en vanlig tablett. Med Dumozolam kan dine pasienter virkelig prøve å sovne på egen hånd først - uten hjelp av medisin. Skulle søvnen likevel ikke komme, kan sovemidlet tas liggende i sengen.

- Dumozolam er en resoriblett som til tross for 20 % mindre dose triazolam, har samme effekt som tilsvarende tablett*.

- Effekten kommer hurtig*.

- Absorpsjonen blir mer ensartet fra pasient til pasient*.

Neste gang kveld blir til natt, har altså dine søvnløse pasienter muligheten til å kunne stole litt mer på naturens egen medisin.

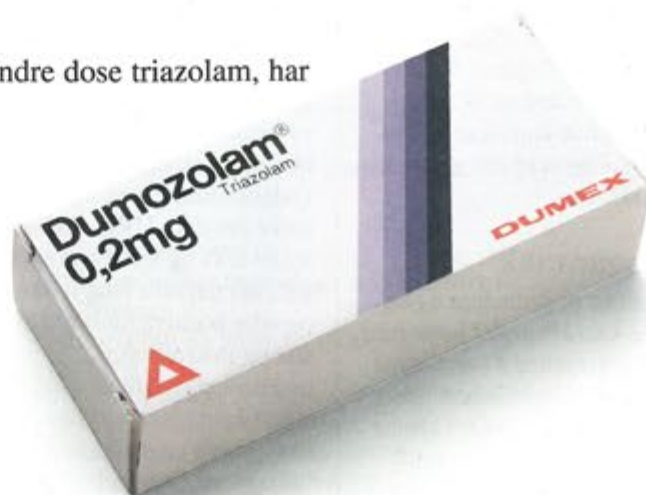
Selv om det innebærer å måtte telle noen sauer først.

**Dumozolam[®] har delestrek.
10-, 30- og 100-pakning.**

Rekvisisjonskort på gratisprøve kan bestilles fra DUMEX. Telefon: 02/84 63 63.

*Ynndal, L. «Bioequivalence of two different formulations of triazolam.» In press 1990.

Kan rekvireres fra Dumex.



Give nature a chance!

Postboks 93, 1364 Hvalstad, Telefon 02/84 63 63.

DUMEX



Urinveis- infeksjoner hos kvinner i fertil alder

Av: Arnfinn Ingvaldsen,
Per Kristian Knudsen,
Hans Erik Kvikne,
Hans Kristian Langsetmo,
Knut Inge Solbakk og
Per Morten Ødegaard.
Medforfatter: Prof. dr.
med. Even Lærum.

Denne artikkelen baserer seg på en eksamen seminaroppgave i offentlig helsetjeneste og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo hvor prof. dr. med. Even Lærum var vår veileder. Vi var seks studenter som høsten 1990 tok for oss temaet "urinveisinfeksjoner hos kvinner i fertil alder i allmennpraksis". I en 4 ukers periode var vi utplassert hos 6 forskjellige allmennpraktikere på Østlandet. På grunnlag av våre erfaringer fra denne utplasseringen og litteratur om emnet laget vi en 27 siders oppgave. Da det ikke er rom for å gjengi oppgaven i sin helhet, har vi valgt å ta for oss noen sider ved diagnostikken, behandlingen og oppfølgingen av urinveisinfeksjoner, hvor vi mente å erfare en til tider manglende konsekvens mellom liv og lære hos allmennpraktikere.

Diagnostikk

Vi anser at *anamnese* og en *klinisk undersøkelse* hører med i diagnostikken av en tilsynelatende "enkel tilstand" som denne. Det er viktig å spørre spesifikt om feber og tidligere UVI, i tillegg til de mer vanlige symptomer. Videre er det viktig å undersøke på bankeømheter i nyrelojse og måle temperatur for å bekrefte/utelukke en øvre UVI.

Helt sentralt i diagnostikken står urinprøven. Man gjør "stix-undersøkelser" og ser etter utslag på leukocytter - *pyuri*, men også nitritt som indikerer tilstedeværelse av bakterier. Det er viktig å påpeke at negativ nitritt *ikke* utelukker en bakteriell infeksjon. *Hematuri* og *proteinuri* bør også vurderes. *Mikroskopi* er hjørnesteinen i urinundersøkelsen. Urinen sentrifugeres ved 2000 rpm. i 4 til 5 min, supernatanten helles av og resten farges. Man ser etter *pyuri* (> 8-10 leukocytter pr. synsfelt ved 400x). *Hematuri* (> 3-5 erytrocytter pr. synsfelt) er et uspesifikt tegn. Funn av *glitterceller* og *sylindre* tyder som regel på affeksjon av nyren. *Dyppekulturer* (*Uricult*, *Urotube*, *Sensicult*) er en god hjelp for å kunne vurdere bakteriemengden i urinen. Dette er også et godt transportalternativ til laboratoriet for mikrobiologisk undersøkelse. Alternativ til denne metoden er transport i borsyreglass. *Mikrobiologisk undersøkelse* ansees ikke nødvendig ved 1. -gangs ukomplisert nedre UVI. Slik undersøkelse gjøres ved mistanke om øvre UVI, residiverende UVI og ved etterkontroll der det sees terapivikt og/eller positive funn ved stix og mikroskopisk undersøkelse. Grensen for signifikant bakteriuri har tradisjonelt vært 10 i femte bakt. pr. ml. For bedre å fange opp pasienter med *akutt urethrasyndrom* (som også kan mangle påvisbare mikroorganismer), har vi valgt å senke denne grensen

til 10 i fjerde bakt. pr. ml. En slik grense fordrer imidlertid en god og riktig prøvetagning.

Urinprøven

Vi erfarte at pasientene som hadde med seg urinprøve til legekantoret, ofte hadde mangelfull kunnskap om hvordan prøven skulle tas og oppbevares. Legenes kunnskaper om dette fikk vi ikke vite noe om, da vi ikke kunne observere at noen av dem ga informasjon om dette til sine pasienter. Svikten i prøvetagningsteknikk og informasjon om dette opplevde vi noe paradoksalt sammenlignet med den vekt som legges på selve analysen av prøven, dvs. kartlegging og tolkning av bakterietall og resistensmønster. En fast rutine med å informere pasienter som skal levere urinprøve både *mundlig og skriftlig* (ferdigtrykket lapp) om prøvetagningen vil bedre "kvaliteten" på urinprøven. Vi bringer et forslag til en informasjonslapp:

A. Praktiske opplysninger.

1. Du trenger et rent glass eller beger til å late vannet i. Dette får du kjøpt på legekantoret eller apoteket.
2. Det bør ha gått minst 2 timer siden forrige vannlatning når du tar prøven. (Du kan f. eks. ta prøven om morgenen).
3. Du må ta prøven samme dag som du skal til legen. Hvis det tar tid før du får levert den, må den oppbevares i kjøleskap eller i en plastpose med isbiter.

B. Framgangsmåte.

1. Vask hendene først.
2. Stå med ett ben på hver side av toalettskåla, og hold kjønnsleppene godt fra hverandre mens du later vannet.
3. Det er den midterste delen av urinstrålen som skal i begeret. Derfor:
 - La den første urinmengden gå i toalettskåla.
 - Lat deretter urin i begeret.
 - La resten av urinen gå i toalettet.

Om denne framgangsmåten følges hos voksne, oppgående pasienter er ikke nedentilvask nødvendig.

Behandlingslengde

Ved ukomplisert nedre UVI har gjentatte studier vist at "ultrakort behandling" (3 dager) er tilstrekkelig. Dette gjelder ikke-gravide kvinner. Gravide kvinner skal behandles 1 til 2 uker. 1 til 2 uker anvendes også hos gravide med asymptomatisk bakteriuri (ABU). Øvre UVI (pyelonefritt) behandles i 7 til 10 dager.

Det har vist seg at flere leger behandler ukomplisert nedre UVI i 4 til 7 dager for å være "helt sikker" på å få effekt. Dette finner vi overraskende idet en rekke studier har vist at 3 - dagers behandling er tilstrekkelig.

Oppfølging

Enhver behandling av UVI skal følges opp med kontroll(er) 1 uke etter avsluttet behandling. Legen må snakke med pasienten. Det er han/hun som best kan vurdere effekten av behandlingen

og eventuelle bivirkninger. Dette må legen spørre spesielt om. Mikroskopi av kontrollurin fra pasienten skal alltid gjøres. Ved positive funn ved mikro eller dersom pasienten fremdeles har symptomer, gjøres også en dyrkning.

Pasientinformasjon

Etter første gangs akutt nedre UVI er det *ikke* nødvendig å "belemre" pasienten med ikke-medikamentelle råd, med mindre pasienten selv ønsker dette. Ved *residiverende UVI* bør man imidlertid gi pasienten noen profylaktiske råd, muntlig og skriftlig.

Disse rådene som er mer eller mindre veldokumenterte kan være:

- Rikelig væskeinntak og regelmessig komplett blæretømming forebygger infeksjon.
- Kvinnen bør late vannet etter samleie.
- Kvinnen bør tørke seg forfra og bakover.
- Dusje istedet for karbad.
- Urinkontroll etter avsluttet behandling er viktig både for å se at pasienten er blitt bra, og for å utelukke en alvorligere øvre UVI.

Å unngå å fryse og egenomsorgstiltak med varme omslag er råd som gis av mange leger, men som det ikke finnes dokumentert effekt av.

Konklusjon

I allmennpraksis opplevde vi at det var *avstand mellom "liv og lære"* mhp. UVI. Vår erfaring er at det *ikke* er "læren" det svikter på hos legen. At legen til tider kan unnlate å gjøre det han/hun vet han/hun burde gjøre, mener vi ofte kan tilskrives dårlige rutiner, og kanskje mangel på *tid*. Vi tror noe kan bedres uten store forandringer. Vi drister oss til å komme med 8 punkter som vi mener i blandt kan bidra til at den allmennpraktiserende legen på en bedre måte kan takle li delsen UVI hos kvinner i fertilitetsalder.

8 råd til legen:

1. Spør alltid etter utflod hos kvinner som presenterer symptomer på UVI.
2. Presiser for pasienten at det er viktig å ta kuren ut.
3. Forklar pasienten at behandlingen ikke forebygges tilbakefall.
4. Informer pasienten, helst skriftlig, om forebyggende tiltak.
5. Avtal kontrolltime samtidig som du leverer ut resept.
6. Informer pasienten skriftlig om urinprøve-taking.
7. Ved kontroll; spør alltid om effekten av behandlingen og eventuelle bivirkninger.
8. *Ikke å behandle øvre UVI - "det e fali det"*.

Prosedyrene ved to klassiske sykdomsbilder:

I. Symptomer forenlig med ukomplisert nedre UVI.

Ikke-gravide kvinner i fertil alder med *mindre enn en ukes* sykehistorie, *uten* allmenn-symptomer og med pollakisuri og dysuri.

Ved første henvendelse:

- Strimmeltest + urinmikroskopi av frisklatt midtstråleurin
- Ingen dyrkning.

Hvis urin mikro er negativ: revurder din diagnose, er urinen alkalisk? (alkalisk urin lysere hvite blodlegemer).

Behandling:

- Ultrakort (f. eks. trimetoprim eller sulfa, tbl. 200 mg x 2 i 3 dager)
- Avtal kontrolltime
- Gi instruksjonslapp om prøvetaking.

Kontroll: En uke etter avsluttet behandling.

- Spør pasienten om effekten av behandlingen og evt. bivirkninger
- Strimmeltest og mikroskopi
- Dyrkning dersom funn ved mikroskopi eller fortsatt symptomer.

Hvis positiv dyrkning: Behandling i 7-14 dager. Avtal ny kontroll innen 4 uker etter avsluttet behandling.

II. Symptomer forenlig med øvre UVI/pyelonefritt.

Ikke-gravide kvinner i fertil alder med redusert allmenntilstand, feber, bankømhøhet over nyrøsjen(e). Evt. med dysuri og pollakisuri.

Ved første henvendelse:

- Urinmikroskopi
- Dyrkning med resistensbestemmelse
- Blodprøve (CRP).

Behandling:

- a) - 7-10 dager (f. eks. trimetoprim-sulfa eller syntetisk penicillin, initialt 4 tbl, deretter 2 tbl. x 2 i 7-10 dager)
 - Avtal kontrolltime
 - Gi instruksjonslapp om prøvetaking
 - Gi sykemelding
- b) - Innleggelse ved mistanke om urosepsis.

Kontroll:

- a) En uke etter avsluttet behandling.
 - Spør pasienten om effekten av behandlingen og evt. bivirkninger
 - Strimmeltest og urinmikroskopi
 - Dyrkning
 Hvis positiv dyrkning: Behandling i 6 uker, ny kontroll en uke etter avsluttet behandling.
- b) 3 måneder etter avsluttet behandling.
 - Hvis positiv dyrkning: Utredning.

Kontaktperson: Knut Inge Solbakk
Industrigt. 31E
0357 Oslo 3. □

Rapport fra *personellet*

- inspirert av Ivar Halvorsens artikkel om personalutvikling i "Utposten" nr. 2 - 91.



Anne Kari Romarheim har vært hjemmearbeidende med omsorg for 2 barn i 10 år. Uteksaminert fra Lørenskog sykepleiehøgskole i -86. Har arbeidet ved Fet kommunale legesenter siden -87.

Av Anne Kari Romarheim

"Jeg tror at det å være medhjelper for oss allmennleger kan være spennende og utviklende" sier kommunelege Ivar Halvorsen i "Utposten" nr. 2 -91. Det tror jeg også, men jeg har ikke riktig fått det til. All ære til kommunelegen for hans personalutviklings-lærestykke. Og en stor honnør skal han ha fordi han satte på trykk også det som gikk galt.

Jeg har arbeidet som sykepleier ved et legesenter i 4 år. Jeg vil med en gang si: Legene som arbeider der er ikke spesielt umulige, snarere tvert imot. Og "damene" er normalt utrustet, er rimelig bra motivert og ikke spesielt rigide. Likevel har det vist seg vanskelig å komme fram til en arbeidsfordeling som alle er fornøyd med. Et kors vi stadig må drages med, er underbemanningen. Vi er for få i forhold til legene, og legene er for få i forhold til befolkningen. Dette som bakgrunnsstoff for mine videre utgytelser



Tegning: Anne Kari Romarheim

UTPOSTEN 1991; 20 (4)

Det finnes diverse typer arbeidskraft på legekantorene rundt om:

Legesekretærer, sykepleiere, hjelpepleiere, bioingeniører. Halvorsen sier at de er "kontorets ansikt og portner, St. Peter og Mor selv". Her er altså mange yrkesgrupper representert. Felles for dem alle er - iflg. Halvorsen - at de er kvinner. Men det er verre enn som så: I diverse kurskataloger jeg har sett, figurerer vi som et appendiks til legene, omtalt under betegnelsen "personellet", eller "hjelpepersonalet". Vi er altså blitt intetkjønn.

Jeg har lyst til å sette på trykk noen tanker og refleksjoner jeg har gjort meg i løpet av de siste 4 årene. - Men aller først et raskt resyme av hvordan en vanlig arbeidsdag kan arte seg, sett fra "personellets" synsvinkel:

Den absolutt verste jobben er å fungere som St. Peter, altså å sitte i ekspedisjonen og disponere himmelrikets nøkler. Som oftest er vi to stykker, sekretæren og en sykepleier. Men enkelte dager er det kun en person som skal betjene 4 inngående telefonlinjer pluss en direkte linje for øyeblikkelig hjelp, ta imot betaling, gi kvitteringer, henvise videre til laboratorium og skiftestue, samt passe luka. Hvis det er i høysesongen, januar/februar, og endatil mandag, kan det gå nokså livlig for seg. Etter et par timer i dette kjøret, føler jeg at det er JEG som har behov for øyeblikkelig hjelp. Linjene gløder og blinker. Folk presenterer de forskjelligste problemstillinger i telefonrøret: "Jeg skulle hatt en sjukemelding ..." sier de. "Bestemora mi er død - kan jeg få en time hos legen?" "Nå har jeg hostet i 14 dager ..." "Minsten har hatt feber siden i går..." Øyeblikkelig-hjelp-lista er i ferd med å fylles opp. Blir den for full, kan jeg risikere stor frustrasjon hos legen. Altså må jeg begynne å bremse på inntaket av pasienter og rasle med St. Peters nøkler. Det er det samme som å be om kjest fra dem som ringer. Er det

noen som befinner seg mellom barken og veden, så er det "personellet". Anne Karin Elstad beskriver dem slik i sin bok "Maria Maria". - "disse legene har en hær av folkevonde kvinnemennesker til å være livvakter for seg. Det er verre å komme inn til dem enn å få audiens hos paven".

En dag på laboratoriet arter seg annerledes. I ekspedisjonen sitter jeg stort sett på rompa framfor skjermen, med skuldrene oppunder ørene. På laboratoriet flyr jeg fra det ene til det andre. - Stikker nåler i folk, fyller opp glass etter glass. Urinprøver, stix, mikro, uricult. - Hvite, monospot, gravitester. Legen roper over calling'en: "hvordan var stix'en?" Køen av "stikke-kunder" på gangen vokser. Noen sitter og tripper. "Du, jeg skal med bussen, den går om 10 minutter tror du at ..?" Jeg setter opp tempoet. - Kjenner at jeg får den velkjente rødfargen med lilla sjatteringer i kinnene. Der rekvirerer en av legene et EKG. Det velter alt. Damen kommer ikke til å rekke bussen. Jo, forresten. Jeg haler EKG-pasienten inn på benken. Ber ham kle av seg og gjøre seg klar. "Jeg kommer igjen om et øyeblikk". Så fyker jeg over til laboratoriet med henne som skal på bussen. Måtte hun ha fine årer! Dersom jeg har dagen, er hun raskt ekspedert, og jeg kan forbarme meg over EKG-mannen innen rimelig tid. I motsatt fall blir EKG-kandidaten liggende og glo i taket i lange tider. Det eneste som mangler da for at alt skal bli fullkomment, er en beskjed om at det er en som skal øreskylles.

Etter en dag på jobb i influensa-rusjet er jeg helt skutt. Er jeg da et tandert kvinnemenneske som ikke tåler å få røde, hektiske flekker i kinnene? Tåler jeg ikke å jobbe hardt og ha tempoet oppe? Jeg har etter hvert funnet ut at jeg er ikke trøtt fordi jeg GJØR så mye, men jeg blir trøtt fordi jeg hele tiden føler at jeg ikke har kontroll og styring over min egen arbeidssituasjon. Jeg er hele tiden prisgitt legenes forordninger og innsiget av pasienter. Pasientene som henvender seg i luka og skal ha ordnet ditt og datt, vet ikke at dr. Hansen nettopp har bedt meg å ta et EKG. Og dr. Hansen er lykkelig uvitende om at fru Jensen akkurat nå har funnet det betimelig å få spylt ørevoksen ut av sine gjengrodde ører.

Det er noe annet som gjør meg minst like trøtt: Uoppfylte forventninger. Jeg har tre sett forskjellige forventninger å forholde meg til.

- 1) Min egen forventning til meg selv som fagperson.
- 2) Legenes forventning til meg.
- 3) Pasientenes forventninger.

Følgelig føles presset både "innenfra" og "utenfra". For min egen del kjenner jeg på at jeg er nødt til å jobbe med noe som engasjerer meg faglig for ikke å gå i frø. Og jeg føler forventningen legene har til meg, at jeg skal utvikle meg, ta over flere oppgaver. Pasientene har forventninger om tilgjengelighet og god service. Men hva skal jeg stille opp med, når jeg har så liten innflytelse på min egen arbeidssituasjon?

Hvordan skal jeg kunne drive f.eks. diabetesveiledning, når jeg, som speiderne, må være beredt, alltid beredt? - Til å spyle ører, svare i telefonen og tappe blod? Hele tiden blir jeg avbrutt i det jeg holder på med. Når "personellet" har møter, hender det at de må foregå utenom arbeidstiden, for at vi i det hele tatt skal få sitte ned.

Konklusjon: Jeg blir trøtt - ja utmattet - over å tenke på alt det jeg BURDE ha gjort istedenfor det jeg faktisk gjør.

På toppen av det hele kommer "identitetskrisa": Hva er min rolle på legesenteret? Her er nok å velge mellom, alt fra St. Peter, via medarbeider, personell - til folkevondt kvinnemenneske. Skal jeg satse på en status som intetkjønn - dvs. personell - og fungere som

legenes håndtlanger? Består min "personalutvikling" i å ta over flere og flere gjøremål som legene har tatt seg av til nå? Kari Breckan skriver i sin artikkel i Utposten nr. 2 - 91 at "Legene får frigjort tid ved at hjelpepersonalet overtar en del av våre mer rutinepregede oppgaver...."

- Eller skal jeg gå inn for stillingsbetegnelsen "medarbeider", og dermed satse på en mer selvstendig tilværelse på legesenteret?

Er det rom for en egen sykepleier-rolle, der jeg kan få praktisert mer av det jeg er utdannet for? I tilfelle må mange av de daglige rutinene legges om. Det vil garantert koste blod, svette og tårer, både for leger og hjelpepersonell.

Kjære Ivar Halvorsen, fortsatt med personalutviklingen, og la oss få vite hvordan det går videre. "Itj no kjæm tå sæ sjøl", skriver han. Jeg gir dette ut-sagnet min fulle tilslutning. Og jeg har tenkt å meditere videre på hans avslutning av artikkelen, som lyder slik: "Kanskje både lege og medhjelper lager seg begrensninger som ikke finnes og som ingen av oss egentlig ønsker?"

- Men EN begrensning er i allefall følbar på legekantoret: Det totale fravær av mannlig hjelpepersonell! Vi burde hatt hele spekteret representert: Hunkjønn, intetkjønn og hankjønn.

Anne Kari Romarheim
Varåvn. 37
1900 Fetsund



Tegning: Anne Kari Romarheim

Norvasc "Pfizer"

Kalsiumantagonist.
ATC-nr.: C02 DE.

Tabletter: 5 mg og 10 mg. Hver tablett inneholder: Amlodipin besylat, æqv. amlodipin, 5 mg, resp. 10 mg, const. q.s.

Egenskaper:

Klassifisering: Kalsiumblokker, dihydropyridinderivat med lang halveringstid. Avlaster hjertets arbeid og senker perifer motstand. Ingen effekt på supraventrikulære arytmier. **Virkningsmekanisme:** Hemmer innstrømming av kalsiumioner i hjertermuskelceller og glatt muskulatur i blodkar. Vasodilatasjon med reduksjon av perifer karmotstand gir nedsatt "afterload" og senking av forhøyet blodtrykk. Siden reflektorisk takykardi vanligvis uteblir, vil hjertets energiforbruk og oksygenbehov minke. Sammen med dilatasjon av koronarkarene forklarer dette amlodipins effekt ved angina pectoris. På grunn av langsomt innsetende virkning er det liten fare for akutt hypotensjon. Amlodipin har ikke vist metabolske bivirkninger eller forandringer i plasmalipider. Det kan anvendes av pasienter med astma, diabetes og urinsyregikt. **Absorpsjon:** Maksimal plasmakonsentrasjon etter 6-12 timer. Biotilgjengelighet 60-65%. **Proteinbinding:** Ca. 97,5% in vitro. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 20 l/kg. **Halveringstid:** 35-50 timer. Effektive plasmakonsentrasjoner opprettholdes hele døgnet med én dose daglig. Steady state etter 7-8 dager. **Metabolisme:** I stor grad til inaktive metabolitter. **Utskillelse:** 10% uforandret og 60% av metabolittene i urin. **Overgang i placenta:** Passerer. **Overgang i morsmelk:** Ukjent.

Indikasjoner: Mild til moderat hypertensjon. Angina pectoris.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor dihydropyridiner (amlodipin, nifedipin). Graviditet (se Forsiktighetsregler). Alvorlig hypotensjon.

Bivirkninger: Som regel av mild og forbigående natur. Vanligst er hodepine, muskeltretthet, kvalme, ansiktsrødme, svimmelhet og perifert ødem (hovedsakelig ankelhevelse). Sjeldnere er palpitasjoner, dyspnoe og utslett.

Forsiktighetsregler: Eldre og pasienter med nyresykdom kan gis normal dose. Imidlertid anbefales inntil videre forsiktighet ved høyere dose til eldre pasienter, spesielt kvinner, og pasienter med nedsatt nyrefunksjon, da de farmakologiske forhold hos disse pasientgrupper er sparsomt dokumentert og de synes å få høyere plasmakonsentrasjoner. Halveringstiden forlenges hos pasienter med nedsatt leverfunksjon, og preparatet må derfor gis med forsiktighet til disse. Dokumentasjon foreligger ikke for bruk under graviditet og amming eller for bruk til barn.

Dosering: Vanlig startdose er 5 mg én gang daglig. Kan ved behov økes til 10 mg én gang daglig. Det er ikke nødvendig å justere dosen av amlodipin ved samtidig bruk av tiazider, betablokkere eller ACE-hemmere.

Overdosering/forgiftning: Ingen veldokumentert erfaring med overdosering. På grunn av amlodipins langsomme absorpsjon kan mageskylling være virksomt i visse tilfeller. Pasienter med klinisk signifikant hypotensjon bør overvåkes og evt. gis en vaso-konstriktor. Siden amlodipin har høy grad av proteinbinding, er ikke dialyse indisert.

Pakninger og priser: Tabletter: 5 mg: 30 stk. kr. 262,40.
100 stk. kr. 814,60.
10 mg: 100 stk. kr. 1220,60.

T:12



Endelig en kalsiumblokker som virker i 24 timer.

Alle kan vi komme i situasjoner som ikke er planlagt og som forstyrrer dagens små og store gjøremål.

Godt da at én tablett Norvasc rekker fra frokost til frokost.

Nå er det kommet en ny kalsiumblokker til behandling av hypertensjon og angina pectoris.

Norvasc har en unik farmakokinetisk profil med jevn virkning hele døgnet og uten påvirkning av hjerteaktiviteten (1).

Norvasc doseres én gang daglig, gjerne om morgenen og til et måltid.

Det er nytt for en kalsiumblokker!

Rask vasodilatasjon unngås på grunn av langsom absorpsjon, lang tid til «steady state» (7 dager) og langsom binding til reseptorene (2). Dette harmonerer med erfaringene for at initiale bivirkninger forekommer sjelden (3).

Ved hypertensjon eller angina pectoris.



NORVASC

(amlodipin)

(1) Lund-Johansen, P. et al. Long-term hemodynamic effects of amlodipine at rest and during exercise in essential hypertension. *J Hypertension* (in press). (2) Burges, R. A. et al. Calcium Channel Blocking Properties of Amlodipine in Vascular Smooth Muscle and Cardiac Muscle In Vitro: Evidence for Voltage Modulation of Vascular Dihydropyridine Receptors. *J Cardiovasc Pharmacol* (1987) 9:110-119. (3) Osterloh, I. The Safety of amlodipine. *Am Heart J* (1989) 118, 5 (2) 1114-20.

Fastlønnstilskuddet til kommunenes helsetjeneste. Jukser Sosialdepartementet?



Kommunelege Per Joachim Lund er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Han var distriktslege i Steigen 1957-62, Lund 1962-68, Gran fra 1968. Fra 1984 helsesjef, fra 1987 kommunelege I i Gran.

Av Per Joachim Lund

Da lov om kommunehelsetjenesten ble gjennomført i 1984, fikk kommunene 2 kategorier allmennpraktiserende leger - avtaleleger og fastlønnleger. Kommunen betaler driftstilskudd til avtalelegene, som får resten av sine inntekter fra pasientenes egenandeler og stykkprisrefusjoner fra trygdekontoret. Fastlønnlegene blir lønnet etter kommunalt regulativ, mens kommunen får egenandelene fra pasientene samt et tilskudd fra RTV for hver fastlønnlege. Det var Stortingets forutsetning at disse to ordninger skulle være økonomisk likeverdige både for kommunene og legene. Jeg har forsøkt å vurdere fastlønnstilskuddets nåværende størrelse i forhold til denne forutsetning.

I Sosialdepartementets rundskriv (Nr. I - 34/84) til forskrift om rammetilskudd og fastlønnstilskudd til kommunenes helsetjeneste heter det i punkt 2 om fastlønnstilskudd:

"Tilskuddet gis istedenfor stykkprisrefusjoner. Tilskuddene er fastsatt med

bakgrunn i refusjoner til gjennomsnittlige privatpraktiserende.

Tilskuddet bygger dermed på en gjennomsnittlig takstbruk og omfatter all undersøkelse og behandling. Fastlønnstilskuddet vil bli regulert i takt med stykkprisrefusjonene".

Jeg har gjort en del beregninger som viser hvordan fastlønnstilskuddet til leger har utviklet seg i forhold til takstbruken.

Tabell 1 viser utviklingen av fastlønnstilskuddet fra år til år. For å få sammenlignbare tall, må det tas hensyn til at den totale ukentlige arbeidstid gikk ned fra 38 timer til 37,5 timer fra 1987, og at minimumskravet til kurativ virksomhet fra og med 1988 gikk ned fra 25 timer til 20 timer for høyt tilskudd. Jeg har forutsatt at den reelle tid til kurativ virksomhet ligger midt mellom den gjeldende totale ukentlige arbeidstid og minimumskravet til kurativ virksomhet. Jeg har brukt 1985 som basisår, med 31,5 timer kurativ virksomhet, og har regnet om fastlønnstilskuddet for de øvrige år slik at det svarer til dette arbeidsvolum.

Tabell 1. Utviklingen av fastlønnstilskudd for leger 1985 - 1989

	1985	1986	1987	1988	1989
Fastlønnstilskudd (høyt tilskudd)	105.100	115.000	124.500	129.200	135.100
Fastlønnstilskudd (omregnet til 31,5 t. kur.arb.)	105.100	115.000	125.496	142.663	148.023
Prosentvis økning fra år til år (omreg. tilskudd)		9,4	9,1	12,8	4,6
Prosentvis økning 1985-1989					40,8

Tabell 2 viser RTV's samlede utgifter til avtaleleger i årene 1985-89, hentet fra RTV's egne oppgaver. Den prosentvise økning i utgiftene fra år til år er også beregnet. Antall avtaleleger har vært nokså konstant i tidsrommet (1985: 1606, 1989: 1572). Imidlertid omfatter tallene også utgifter til både avtalelegers og fastlønnlegers legevaktvirksomhet. Volumet av legevaktvirksomheten kan antas å være nokså konstant, men ved vurderingen av tallene må det tas hensyn til om legevaktrelaterte takster i normaltariffen har vært prioritert opp eller ned. Alt i alt vil tallene være en brukbar indikator på den gjennomsnittlige takstbruk.

Tabell 3 viser RTV's utgifter til 3 leger i G. kommune med avtale om tilsammen 2,5 årsverk. Alle 3 legene har vært lenge i kommunen og har en stabil og, etter min mening, faglig sunn praksis. Bare 2 av dem er med i legevaktordningen. Beløpene omfatter også utgifterne til disse legers legevaktvirksomhet. Det er også gjort et anslag over RTV's utgifter i legenes ordinære arbeidstid. De opprinnelige beløp er her redusert med anslåtte utgifter til legevaktvirksomheten. Dette er et anslag ut fra RTV's gjennomsnittlige utgift hvert år til legevaktvirksomheten for fastlønnslegene i kommunen, som det finnes brukbare tall for. De 2 avtalelegene deltar i legevaktordningen i mindre grad enn fastlønnslegene. De anslåtte utgifter unntatt legevakt, er derfor noe undervurdert. Tilslutt er den prosentvise økning fra år til år beregnet.

Tabell 4 viser den beregnede prosentvise økning i normaltariffens refusjonstakster fra år til år, i følge oppgaver fra Lægeföreningen. Revisjonen av normaltariffen skjer ikke fra samme tidspunkt hvert år og følger aldri kalenderåret, men tallene kan likevel sammenlignes med tallene i de øvrige tabellene.

Det går ikke an å bruke dette tallmaterialet til å beregne det helt riktige nivå på fastlønnskuttet. Det er for mange mulige feilkilder til det. Materialet viser likevel klart at fastlønnskuttet ikke er regulert slik forskriftene sier.

Jeg ønsket å vurdere fastlønnskuttet i forhold til gjennomsnittlig takstbruk på et sikrere grunnlag og har derfor gjort registreringer i G. kommune. Kommunen har 7 fastlønnede kommuneleger og 3,5 avtaleleger. Omfanget av kommunelegenes kurative virksomhet varierer fra 22 timer til 32,5 timer pr. uke, med et gjennomsnitt på 26,1 timer pr. uke.

2 av kommunelegene i G. registrerte i september 1990 all kurativ virksomhet i sin vanlige arbeidstid på en slik måte at det lot seg gjøre å beregne den refusjon de ville fått som allmennleger med avtale. Ved beregningen er normaltariffen brukt med de endringer som trådte i kraft fra 15. oktober 1990. Den store økningen i trygderefusjoner som nor-

Tabell 2. Utviklingen i RTV's utgifter til avtaleleger 1985 - 1989

	1985	1986	1987	1988	1989
RTV's utgifter til avtaleleger (mill. kr.)	365,5	429,8	488,8	576,0	634,2
Prosentvis økning fra år til år		17,6	13,7	17,8	11,8
Prosentvis økning 1985-1989					73,5

Tabell 3. RTV's utgifter til 2,5 legeårsverk 1986 - 1989

	1986	1987	1988	1989
RTV's utgifter til 2,5 legeårsverk (inkl. legevakt for 1,5 lege)	448.000	519.000	621.000	742.000
Anslåtte utgifter, unntatt legevakt	394.000	450.000	525.000	612.000
Prosentvis økning (anslåtte utgifter) fra år til år		14,2	16,7	16,6

Tabell 4. Beregnet økning i refusjonstakstene 1986 - 1989

	1986	1987	1988	1989
Beregnet prosentvis økning i refusjonstakstene fra år til år	5,2	7,6	3,5	5,4

maltariffen kunne gi i perioden 1. juli - 15. oktober 1990, gir således ikke utslag i mine beregninger.

Det var nokså liten forskjell mellom tallene for disse 2 praksiser, og det er derfor regnet ut gjennomsnittsverdier.

Den gjennomsnittlige arbeidstid i kurativ virksomhet for disse 2 leger i september 1990 var 25 timer pr. uke.

Trygderefusjonen innenfor denne arbeidstid ville vært kr. 23.474,- pr. lege. Av dette beløp er kr. 16.994,- refusjon som allmennlege og kr. 6.480,- tillegg for spesialitet i allmennmedisin.

For å beregne den årlige refusjon, er det rimelig å multiplisere månedsbeløpet med 10. Det blir da tatt hensyn til fravær ved ferie, kurs o.l.

Årlig refusjon pr. lege for disse praksiser ville da bli:

Refusjon for allmennlege	kr. 169.940,-
Tillegg som spesialist i allmennmedisin	" 64.800,-
Tilsammen	kr. 234.740,-

Beløpet ville blitt enda større hvis det ble regnet ut fra den gjennomsnittlige arbeidstid (26,1 timer/uke) i kurativ virksomhet for kommunelegene i G., kr. 245.069,-, eller ut fra gjennomsnittlig arbeidstid (28,75 timer/uke) i det område som berettiger til høyt fastlønnskutt, kr. 269.851,-.

Når disse tall settes opp mot kommunens tilskudd fra RTV, som i 1990 er kr. 139.200,- for hver fastlønnslege med kurativ virksomhet over 20 timer pr. uke, blir det helt klart at fastsettelsen og reguleringen av fastlønnskuttet har ført til at tilskuddet er langt lavere enn forutsatt. Betydelige beløp er unndratt kommuneøkonomien.

⇒



Reguleringen av fastlønnskuddet skjer ikke etter forhandlinger. Justeringen fastsettes ensidig av Sosialdepartementet, som har et klart ansvar for at dette skjer etter de retningslinjer som er gitt. Jeg har fått vite fra departementet hvordan justeringen skjer. Det viser seg at den i hovedsak skjer på grunnlag av den totale prosentvise økning i refusjonene (se tabell 4), som revisjonen av normaltariffen ventes å gi, ikke på grunnlag av den reelle takstbruk.

At fastlønnskuddet stadig blir relativt lavere, har flere konsekvenser. Det vil gjøre kommunene mindre interessert i fastlønnsstillinger. Og det kan lett få følger for de fastlønnsstillinger som alt er opprettet. Når det kommer ny teknologi til bruk i allmennpraksis, vil dette ofte føre til nye takster eller takstjusteringer i normaltariffen. Dette vil gjøre det økonomisk lett, ofte gunstig, for avtalelegene å anskaffe ny apparatur. For kommunene, som bekoster fastlønnslegenes utstyr, betyr hver slik anskaffelse bare utgifter. I økonomiske nedgangstider blir det stadig vanskeligere for fastlønnslegene å argumentere for innkjøp av nytt utstyr og vedlikehold av eldre utstyr. På lengre sikt kan dette føre til en dårlig faglig standard i de kommunale legepraksiser. Dette vil igjen føre til faglig frustrasjon og dernest til dårlig rekruttering.

Det er kanskje ingen helt gode løsninger på problemet.

Den mest rettferdige ordning vil være å sløyfe fastlønnskuddet og la kommu-

nene få stykkprisrefusjon etter normaltariffen for sine fastlønnsleger. Men det må være et nederlag å innføre en ordning som fører til så meget arbeid både på legekontorer og trygdekontorer.

Det kan være mulig å ha et visst etterlep for fastlønnskuddet, slik at det beregnes etter den faktiske takstbruk hos avtalelegers foregående regnskapsår. Dette forutsetter at det kan skaffes tall for takstbruken som kan brukes i denne sammenheng. Dagens statistikk er ikke god nok.

Det kan også være mulig å gradere fastlønnskuddet etter andre objektive kriterier enn arbeidstiden, slik det blir gjort i dag.

En meget enkel og logisk reform vil være at RTV gir forhøyet fastlønnskudd for kommuneleger som er spesialister i allmennmedisin. Kommunen har økte utgifter på kommuneleger som er spesialister. De har krav på permisjon med lønn for å vedlikeholde spesialiteten, og de har krav på 2 ekstra lønnstrinn. Avtaleleger som er spesialister, får allerede økte refusjoner fra folketrygden. Etter de beregninger som er vist ovenfor, bør en slik økning i fastlønnskuddet være på ca kr. 70.000,- for lege med høyt tilskudd. En slik økning vil gjøre kommunene mer interessert i at legene utdanner seg til spesialister, og dette kan bety en faglig styrking av kommunehelsetjenesten. Reformen vil rette opp en del i de kommuner der skjevheten er størst, men vil ha liten eller ingen virkning i kommuner med få eller ingen spesialister i allmennmedisin.

Fastlønnskuddet kan graderes etter antall hjelpepersonell pr. lege.

Det kan gis økning i fastlønnskuddet for spesielt dyrt utstyr, f. eks. røntgenutstyr.

En kombinasjon av flere kriterier er også mulig.

Innføring av listesystem vil gjøre det enklere å finne en rettferdig ordning.

Fra 1. januar 1991 bortfaller egenandelen for barn under 7 år. Dette fører umiddelbart til redusert inntjening ved de kommunale legekontorer. Den må kompenseres ved økt fastlønnskudd. Dette forutsetter en god og detaljert praksisstatistikk som jeg tviler på at departementet har. Eksempelet viser at forandringer i normaltariffen lett kan få økonomiske følger for fastlønnsstillingene som det kan være vanskelig å forutse og vanskelig å kompensere. Og det viser at det må finnes en annen måte å fastsette fastlønnskuddet på.

Det er åpenbart at Sosialdepartementet ikke har oppfylt Stortingets forutsetninger når det gjelder fastlønnsstillinger. Dette kan etterhvert få alvorlige konsekvenser for kommunehelsetjenesten. Det er på høy tid at departementet tar opp denne saken på bredt grunnlag.

Kommunelege I
Per Joachim Lund
2770 Jaren



Mindiab[®]

(glipizid)

BEDRE TABLETTALTERNATIV⁽²⁾

ved type 2 diabetes
(ikke insulinavhengig)



Styrke 2,5 mg og 5 mg

Mindiab[®] er effektiv
med hurtig blodsukkersenkning
(glipizid) og enkel dosering

- Mindre mulighet for langvarige hypoglykemier (1) (2)
- Biologisk virketid inntil 24 timer (3) (4)
- Doseres en gang pr. dag – før frokost (4) (5)
- God effekt etter flere års bruk (5)
- Rimelig
- Rask effekt; rett etter måltidene (3) (4) (5)

Mindiab[®] (glipizid) er et originalprodukt fra:
FARMITALIA CARLO ERBA

For ytterligere informasjon, kontakt:

MONTEDESON GROUP
FARMITALIA CARLO ERBA AB
Postboks 53, 1371 Asker. Tlf.: (02) 79 07 60

Referanser:

- (1) Berger W: Die relative Häufigkeit der schweren sulfonylharnstoff – Hypoglykämie in der letzten 25 Jahren in der Schweiz. Schweiz med. Wschr. 116, Nr. 5 145–151 (1986).
- (2) Gries FA: Düsseldorf, K.G.M.M. Alberti Newcastle Upon Tyne, U.K. Management of Non-insulin-dependent Diabetes mellitus in Europe. A consensus statement. Bulletin International Diabetes Federation. Volum XXXII No. 3. Dec. 1987.
- (3) Peterson CM et.al: Diabetes care No. 5, s 497. 1982.
- (4) Melander A. Clinical Pharmacology of Sulfonylureas metabolism. Vol. 36 No. 2, suppl. 1, Febr. 1987, pp 12 – 16.
- (5) Bitzen, PO: Doktoravhandling, Dalby 1988. Sverige: The early Detection and Treatment of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mell. in Primary Health Care.

Preparatomtale:

Mindiab «Farmitalia»

Famitalia Carlo Erba

Antidiabetikum

ATC-nr.: A10B B07

Tabletter 2,5 mg og 5 mg: *Hver tablett inneh.:* Glipizid 2,5 mg, const. q.s. resp. 5 mg, const. q.s. (delestrek)

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Antidiabetikum av sulfonylureatype. *Virkningsmekanisme:* Regulerer pancreas' insulin frisetting ved at øyevevet gjøres ømfintlig for glukosestimulans og gir økt insulinfølsomhet i perifere vev. Overvektige type II diabetikere har gjerne forhøyet insulinseil (kompensatorisk hyperinsulinemi). Glipizid senker her først blodsukker og gir mer normalt insulinseil. Virkningstid inntil 24 timer. Har ingen antidiuretisk effekt og kan derfor også gis til pasienter med kardiovaskulære komplikasjoner med ødemtendens.

Absorpsjon: Glipizid absorberes hurtig og fullstendig.

Proteinbinding: Ca. 98% er proteinbundet.

Halveringstid: 3 - 7 timer.

Ved nedsatt nyrefunksjon er halveringstiden for glipizid praktisk talt uforandret, men pasienter med sterkt nedsatt nyrefunksjon må følges nøye.

INDIKASJONER: Diabetes mellitus type II (ikke insulinavhengig) hvor blodsukkeret ikke lar seg normalisere med vektreduksjon eller mosjon alene.

DOSERING: Det er viktig å begynne med adekvat diett i tilstrekkelig lang tid, gjerne 4 - 6 uker, før glipizid gis i tillegg. Individuell dosering, som avhengig av sykdomstilstanden kan variere mellom 2,5 og 15 mg daglig i endose. Tabletten bør tas ca. 30 minutter før måltid. 1) *Nyinnstilling:* Gjennomføres som regel ambulant. Passende initialdose er 2,5 - 5 mg daglig. Blodsukker og urinsukker kontrolleres etter 3 - 5 dager. Ved utifredstillende virkning på blodsukkeret økes dosen etappervis med 3 - 5 dagers mellomrom. De fleste pasienter kan reguleres med dagsdoser 2,5 - 15 mg. Dagsdoser over 15 mg gir sjelden ytterligere effekt. Om følingsreaksjoner opptrer med initialdose på 2,5 mg, er dette tegn på at pasienten kan innstilles med diett alene. 2) *Omstilling fra andre preparater til glipizid:* Dersom pasienten har stått på et langtidsvirkende sulfonylurea, bør det legges inn en utvaskningspause på 1 - 2 dager før man starter med glipizid. Har pasienten vært innstilt på preparater med kort halveringstid, kan man skifte over til glipizid dagen etter. Man begynner da med 2,5 - 5 mg. Ved utifredstillende innstilling med det preparatet som brukes, begynner man neste dag med 5 mg. Fremgangsmåte forøvrig som ved nyinnstilling. Forbedring av glukosetoleranse etter flere ukers glipizidbehandling kan føre til symptomer på hypoglykemi og nødvendiggjør en reduksjon av dosen(e).

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Hypoglykemi forårsaket av overdosering, interaksjoner eller nedsatt næringsopptak kan gi symptomer som varierer fra matthet, sult, svette og kramper til bevisstløshet. Ved hypoglykemi gis hurtig absorberbare karbohydrater peroralt. Ved bevisstløshet injiseres 20 g glukose i konsentrert løsning i.V., og eventuelt 1 - 2 mg glukagon. Gjentas om nødvendig. Tablettbetenget hypoglykemisk koma kan ha et protrauert forløp, og krever da overvåking i flere døgn. Imidlertid har Mindiab en farmakokinetikk som gir mindre mulighet for langvarige hypoglykemier.

(Se ellers Felleskatalogen.)

T: 5.



Man vil jo ikke betale det dobbelte.

Får jeg velge tar jeg heller originalvare.

DET ER FORSKJELL PÅ original og original. Noen er betydelig dyrere enn andre. Men hvorfor skal pasientene dine behøve å betale over det dobbelte når det finnes originalpreparat som er like billig som kopipreparatene.

Skriv ut Tagamet neste gang. Det tjener pasienten på, og dessuten blir det billigere for Norge.

Alle beredningsformer av Tagamet kan fortsatt skrives på blå resept etter paragraf 9 punkt 37.

KOSTNADER FOR 4 UKERS BEHANDLING MED H₂-BLOKKER VED DUODENALULCUS.

PREPARAT:	PRIS 30 STK. PR. 1/3 -91	EGENANDEL FOR PASIENTEN
ZANTAC 300 MG	593,70	118,70
TAGAMET 800 MG	270,80	54,10
CIMETID 800 MG	270,10	54,00
CIMAL 800 MG	270,10	54,00
GASTROBITAN 800 MG	293,80	58,70
PEPCIDIN 40 MG	491,90	98,40

TAGAMET®

ORIGINALEN SOM GJØR ALLE GLADE

SB SmithKline Beecham

P.O. BOX 134, 1473 SKÅRER. TELEFON 02-70 79 01.

Forskning og evaluering i primærhelsetjenesten

Anders Grimsmo er 40 år. Cand. med. fra Trondheim -78. Var så tilknyttet Institutt for allmenntilleggsmedisin i Oslo, tok doktorgrad -83 med avhandlingen "Fra å bli syk - til å bli pasient." Kommunelege i Surnadal fra 1984. Han er aktiv på mange fronter, bl.a. arbeidet med kommunenes ansvar for HVPU-klienter og skolehelsetjenesten. Han er formann i Allmenntilleggsmedisinsk forskningsutvalg. Seinhøstes 1990 åpnet en allmenntilleggsmedisinsk forskningsstasjon tilknyttet Universitetet i Trondheim i Surnadal.

Opprettelse av forskningsstasjoner og forskningsnettverk

Av Anders Grimsmo

De siste årene har tyngdepunktet i norsk helsevesen forflyttet seg. Ansvaret for eldreomsorgen, HVPU og det forebyggende arbeidet er blitt overført til kommunene. Stadig flere pasientgrupper som tidligere ble behandlet i sykehus, blir nå fulgt opp i primærhelsetjenesten. Desentraliseringen har ført til at omlag 40% av ressursene i helsevesenet nå går til kommunene. Ser en internasjonalt er det sannsynlig at denne utviklingen vil fortsette.

Det har skjedd uten at forskningen har tilpasset seg eller blitt omstrukturert tilsvarende. Resultatet er en svært mangefarget primærhelsetjeneste med mangel på klare faglige mål på flere

områder. Hver primærlege representerer i seg selv en liten bedrift som hvert år forvalter utgifter på 10-20 millioner kroner når en inkluderer sykehusinnleggelse og trygdeutgifter. Våre myndigheter har mangelfulle opplysninger til effektiv administrasjon og tilsyn med primærhelsetjenesten og vet lite om hvordan pengene blir brukt. Mens det er bygd opp store institusjoner på tilsammen 40-50 årsverk som kontinuerlig evaluerer og vurderer utviklingen i 2. linjetjenesten, har utredninger om primærhelsetjenesten stort sett vært tilfeldig og sporadisk. Det samme gjelder også den kliniske forskningen.

Det vil være underlig om våre politikere fortsatt vil akseptere en slik ubalanse når det her dreier seg om en av samfunnets største utgiftsposter.

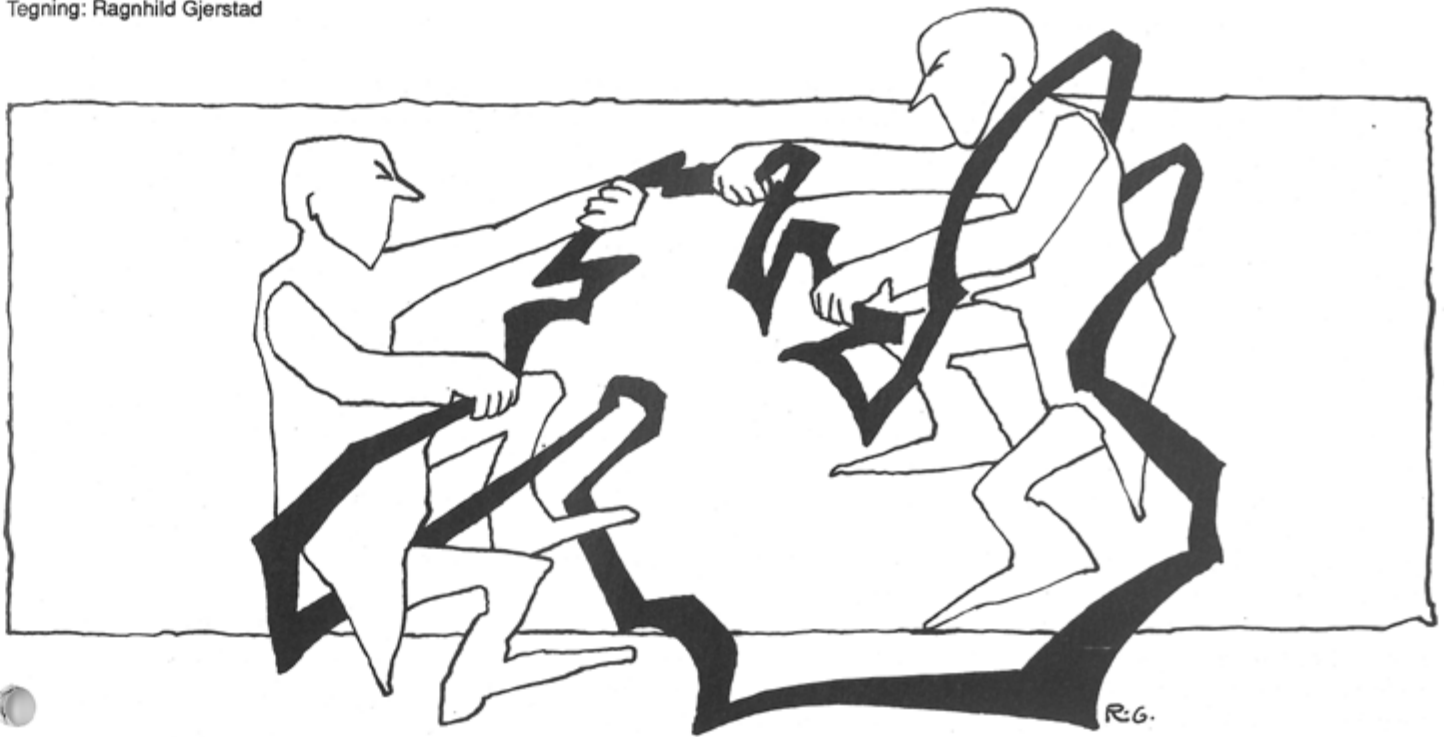
Forskning i primærhelsetjenesten har betydning for hele helsetjenesten

Generelt er det viktig med forskning i primærhelsetjenesten fordi den er premissleverandør for hele den øvrige helsetjenesten. Er ikke primærhelsetjenesten god og effektiv, vil heller aldri institusjonshelsetjenesten bli god. Vi vet f.eks. at henvisningsfrekvensen hos de som henviser oftest ligger 3-4 ganger over de som henviser sjelden. Forskjellen i medikamentforbruk er enda større. Forskning som kan forbedre primærhelsetjenesten vil således kunne heve kvaliteten og ressursutnyttningen i hele helsetjenesten. Dette er viktig ved ressursknapphet.

Resultatene av den kliniske forskningen ved institusjonene lar seg heller ikke direkte overføre til bruk i primærhelsetjenesten. Pasientmaterialet er selektert



Seminar i Surnadal 3. og 4. desember om bruk av EDB-baserte journalsystem i forskning og evaluering i primærhelsetjenesten. På bildet sees noen av innleiderne: Fra venstre: Prof. André Knottnerus, Nederland, forskningsveileder Dag Bruusgaard, byråsjef Jan Tvedt, professor Steinar Westin, kommunelege Anders Grimsmo (kursleder)



og kan bare fortelle brokker av en sykehistorie og forekomst. Mange problemstillinger når aldri frem til institusjons-helsetjenesten og blir derfor aldri utforsket. En desentralisering av oppgavene i helsetjenesten som ikke følges av en tilsvarende desentralisering av forskningen, vil føre til en kvalitetsforringelse av omsorg og behandling.

Forskning i primærhelsetjenesten krever en annen organisering

Allmennedisinsk forskning er som annen klinisk forskning sterkt knyttet til den praktiske utøvelsen av faget. Infrastrukturen i allmennmedisin er imidlertid helt forskjellig fra andre medisinske fagområder. Virksomheten er maksimalt desentralisert både geografisk og organisatorisk. Det ligger også i fagets natur at forskningen faglig sett spenner vidt.

Forskningen i allmennmedisin er i større grad enn på andre forskningsfelter, avhengig av den kontekst og kultur som den kliniske virksomheten er knyttet til. Resultater og teorier blir på flere områder i allmennmedisinen sterkt formet av den tiden og det samfunnet som faget utvikles i. Allmennmedisinen som fag ligger også nærmere skiftningene i samfunnet enn noen annen medisinsk disiplin, og må derfor kunne stille opp

og ta utfordringene når de er der, f.eks. eldrebølgen, arbeidsledigheten, HVPU-reformen, innvanderproblematikken osv. En del av den allmennmedisinske forskningen er derfor også i liten grad kumulativ som på andre medisinske fagfelt.

Det som derfor i stor grad vil måtte kjennetegne allmennmedisinsk forskning er stor spredning av forskningsressursene, praktisk orienterte prosjekter knyttet til enkeltpersoner og med stor geografisk spredning. Det vil ofte bli forsket på mange og skiftende fagfelt. Forskning og evaluering i primærhelsetjenesten krever derfor en annen organisering enn den vi har innenfor de andre sentraliserte og høyt spesialiserte fagområdene i helsetjenesten.

Det viktige spørsmålet blir hvordan kan en organisere en desentralisert forskning som samtidig utnytter ressursene effektivt, er kontinuerlig og har høyt faglig nivå?

Nye muligheter gjør seg gjeldende

De allmennmedisinske-/samfunnsmedisinske instituttene har til nå vært bærebjelkene i forskningen i primærhelsetjenesten. Det bør de fortsatt være med tanke på undervisningen ved universitetene, forskerutdanningen og

kompetent veiledning. De vil kunne sikre forskning på et høyt akademisk nivå og kontinuitet. De er omtrent de eneste forskermiljøene som til nå har hatt et utstrakt samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Nye muligheter er imidlertid iferd med å gjøre seg gjeldende. Mange primærleger har fått forskningskompetanse. Pr. i dag er det omlag to hundre primærleger som har gjennomført egne forskningsprosjekter, og 1500 har "smakt" på forskning som vannbærere til diverse forskningsprosjekter. To hundre har deltatt på forskningskurs, og over 100 har hatt forskningsstipend. 13 primærleger har tatt doktorgraden. Allmennpraktikerstipendordningen og NAVF's program for forskning i allmennmedisin har bidratt sterkt til dette.

Innføringen av informasjonsteknologi har også skutt fart. Omlag 30% av primærlegene bruker nå EDB-journal og allerede i 1992 vil dette tallet passere 50%. I programvaren som brukes, er det lagt til rette for forskning. Det er utviklet et internasjonalt klassifikasjonssystem som omfatter både kontaktårsaker, diagnoser, virksomhet, ressursbruk, undersøkelser, behandling og forløp (ICPC).



Opprettelsen av forskningsstasjoner og forskningsnettverk

De fire allmennt medisinske-/samfunnsmedisinske instituttene har nå inngått samarbeidsavtaler med kommuner i regionen om utvikling av forskningsaktiviteter lokalt - Balsfjord med instituttet i Tromsø, Surnadal med Trondheim, Hjelmeland med Bergen og Ullensaker med Oslo. Verdal har lenge hatt et samarbeid med SIFF. De har alle satset på ulike felter.

I utlandet har en begynt å utnytte de fordelene som standardiserte EDB-baserte journalsystemer gir. Utviklingen synes å gå i retning av to forskjellige måter å organisere dette på, men i praksis virker disse komplementerende til hverandre. Noen har gått sammen og dannet store nettverk, hvor over 100 praksiser samarbeider, til dels også internasjonalt. Disse synes spesielt å være egnet til registrering av enkle og deskriptive data. Det gjelder f.eks enkle demografiske data, forekomst av sykdommer, helse-/risiko profiler og kartlegging/sammenligning av virksomhet. Det er ikke vanskelig å forestille seg mulighetene av at innsamling av slike data i Norge kan foregå på landsbasis.

Ved utredninger og mer analyserende forskning og evaluering skal det ikke være særlig komplisert før 4-5 praksiser blir en grense for samarbeidets omfang. En har god erfaring med at disse praksisene knyttes nært opp til allmennt medisinske-/samfunnsmedisinske institutter ved universitetene, for på den måten å oppnå kontinuitet og høyt akademisk nivå. En må også kunne tenke seg at ved noen av disse forskningsenhetene bør det på samme måte som ved sykehusene, være leger i dobbeltstillinger, som kan drive egen forskning og lede datainnsamling og prosjekter som utgår fra universitetene eller myndighetene. Forøvrig vil finansiering og omfanget av forskningsvirksomheten kunne være bestemt av antallet konkrete prosjekter og utplasserte/tilknyttete stipendiater som en søker på ordinær måte.

Ved slike forskningsenheter og i større EDB-baserte nettverk kan det drives kontinuerlig registrering av basisdata for primærhelsetjenesten og datainnsamling til avgrensede prosjekter. Det vil være til stor nytte innenfor flere områder som faller innenfor myndighetenes satsningsområder:

- administrative data/helsetjenesteforskning
- pasientregistreringer, henvisninger
- effektivitets- og forbruksanalyser
- evaluering av økonomiske virkemidler
- virksomhetsregistrering
- behovs- og etterspørselsregistrering
- innføring av ny medisinsk teknologi
- utvikling av informasjonsteknologi i primærhelsetjenesten

- epidemiologiske data
- kommunediagnose
- regional overvåking av helseforhold
- forekomst, endringer
- analyse av årsaker
- sammenheng mellom miljø/livsstil og helse

- klinisk allmennt medisin
- naturlig forløps- og prognose studier
- case-control og kohortstudier
- terapievurdering
- nytten av laboratorieprøver og andre diagnostiske metoder
- kvalitetssikring

- forebyggende helsearbeid
- ulykkesregistrering
- evaluering av screening-/helseundersøkelser
- evaluering av helseopplysning og intervensjonsforsøk
- risikoprofildata

Forskningsenhetene vil i tillegg kunne fungere som databaser for andre praksiser eller kommuner som ønsker å evaluere eller sammenligne sin egen virksomhet. Forskningsenhetene vil kunne bli helt sentrale i utviklingen av handlingsprogrammer og myndighetenes tilsyn med primærhelsetjenesten.

Opprettelsen av forskningsenheter vil knytte den praktiske utøvelsen av fagområdet og forskningen nærmere sammen. Det vil bli mulig med prosjekter som bygger på de lokale premissene, og som samtidig har en nær tilknytning til de akademiske miljøene ved universi-

tetene. Det vil høyne forskerkompetansen i primærhelsetjenesten, og primærhelsetjenesten vil i større grad kunne beholde forskere med høy kompetanse i faget fremfor å ofte miste disse til universitetene eller andre fagområder. Forskningsenhetene vil kunne fungere som veivisere i primærhelsetjenesten og vil kunne gi viktige bidrag i studentundervisningen og i videre- og etterutdanningen av leger.

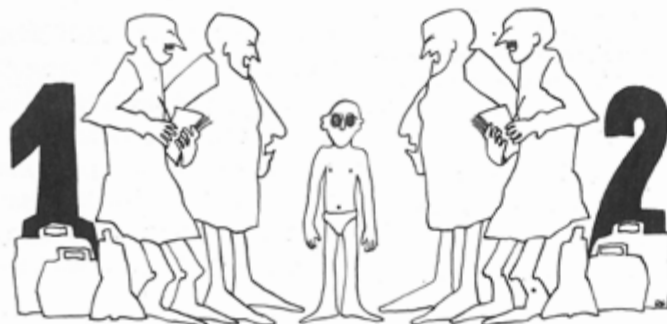
Slike forskningsenheter vil gi større kontinuitet i forskningen i primærhelsetjenesten, gjøre det mulig å gjennomføre langsiktige prosjekter og gi en mer effektiv utnyttning av forskningsressursene.

En strategi for forskning i primærhelsetjenesten

Utbyggingen av en desentralisert forskning vil ikke komme av seg selv. I de større forskningsinstitusjonene blåser vinden for tiden en annen vei - mer sentralisering og satsning på avgrensede og spesialiserte fagfelt. NAVF's program for forskning i allmennt medisin er opphørt og et tilsvarende program for samfunnsmedisin har ikke slått igjennom. Vi er nødt til å få myndighetene til å innse hvilken betydning forskning i primærhelsetjenesten kan ha for kvaliteten og utnyttelsen av ressursene, skal vi komme noen vei.

De fire allmennt medisinske-/samfunnsmedisinske instituttene og APLF, OLL og NSAM har nedsatt et utvalg som skal lage et utkast til en strategi for utviklingen av forskningen i primærhelsetjenesten. Den vil omhandle både utdanning, organisering og finansiering. En god oppslutning om dette og et planmessig arbeid fremover er en forutsetning for at vi skal kunne lykkes.

Kommunelege, dr. med.
Anders Grimsmo
6650 Surnadal. □



Tegning: Ragnhild Gjerstad

Advent i Spania

Rapport fra Wonca konferanse i Barcelona 10-14. desember 1990.

Av Gunn Aadland

Jeg sitter og venter i Barcelona. Egentlig skulle man ha vært hjemme i adventstida; ventet på unger som skal opptre på julekonserter og på små luciarøvere med glitter i håret og levende lys - og på julekvelden. Men jeg venter altså likevel i Spania; venter på at noen skal finne ut at jeg har betalt og har anledning til å være der. Det oppklares omsider at undertegnede er Mr. Gund og konferansens navneskilt overrekkes. Vi går inn til åpningsseremonien.

Vi er i Barcelona på europeisk regional Wonca konferanse. Det er Spanish Society for Family and Community Medicine som sammen med lokal avdeling i Katalonia har ansvaret for å dra det hele i gang. Temaet for konferansen er: Towards Unified Europe in general practice/family medicine. Det er lagt opp med store plenumsforedrag, seksjoner på emne og posters. Det dekker et stort og mangfoldig område.

Det er ikke alltid like utbytte-rikt med kjappe innlegg fra diverse områder. Det presses ofte mye stoff på tildelte 15 minutter. Kanskje er det mest spennende for innlederen selv?

Olav Thorsen fra Stavanger og Hasse Melby fra Tromsø kom med fine bidrag fra det norske forskningsmiljø. Nylig utflyttede Nils Lønberg holdt foredrag om det å holde foredrag - det var godt

besøkt. Er man heldig dumper man oppi noen som driver med det samme som en selv gjør, og man får nye ideer og ikke minst kontakter.

Vi tok oss også tid til å rusle gatelangs på Las Ramblas-Barcelonas hovedgate-sammen med gode venner. Sagrada Familia, en katedral som i seg selv er en Spaniareise verdt.

Men så er vi plutselig lang vekk fra Ramblaen og spennende moderne arkitektur. Vi er på ekskursjon til Barcelonas utkant. Det er søppel i gatene, dårlige bygninger og folk i gaten er dårlig kledd. Vi får beskjed om ikke å rusle gatelangs alene - kriminaliteten er høy i denne delen av byen. Vi skal på praksisbesøk til Centre d'Assistencia Primaria La Mina.

Vi blir godt mottatt av dr. de la Figuera. Han forteller om helsetilstanden i befolkningen og viser oss hvordan helsetilstanden er drevet. Dette er den fattigste delen av Barcelona. En stor del av de som bor her er sigøynere. 20% av befolkningen er analfabeter. Det er et belastet område på mange felt. Narkotika er et stort problem. Det er høy forekomst av AIDS, også blant barn. Det er høy forekomst av kroniske sykdommer.

Senteret er et pilotprosjekt for den nye primærhelsetilmodellen i Spania. Målet er å integrere forebyggende og helsefremmende oppgaver i senterets daglige arbeid. Legeteamet var sammensatt av 11

allmennpraktikere, 6 pediatere, 2 gynekologer og et psykososialt team. Disse skulle dekke en befolkning på 25 000.

Vi gikk rundt på de forskjellige avdelingene. Lokalene var enkle og sparsomt utstyrt. Men vi fikk inntrykk av at senteret var svært godt organisert. De hadde et godt journalsystem, med egne kort for kronisk sykdom. Det var også utviklet gode innkalingsrutiner ved manglende fram møte. Senteret deltok i flere helseprogrammer: program for kronisk sykdom, program for forebyggende medisin, program for pediatri og program for stoffmisbruk.

Det gjør sterkt inntrykk å komme på en storbyes østkant. Det er lærerikt å se hvordan helsetjenesten planlegger sine oppgaver under slike forhold.

Tilbake på Las Ramblas med yrende folkeliv i desember og seinere tilbake i Stavanger til førjulssinnsputt - man har en følelse av uvirkelighet. Dette praksisbesøket var det viktigste faglige bidraget denne gang. Også det en Spaniareise verdt.

Bydelslege Gunn Aadland
Storhaug legesenter
Stavanger



OVESTERIN "ORGANON"

Østrogen

ATC-nr. G03C A04

Tabletter 1 mg og 2 mg: Hver tablett inneh.: Østriol 1 mg, resp. 2 mg, hjelpestoffer q.s.

VAGINALKREM 0,1%: 1 g inneh.: Østriol 1 mg, eutanol, spermasett, glyserol, cetanol, stearylalkohol, polysorbat 60, sorbitan monostearat, melkesyre, klorheksidinklorid, rensset vann til 1 g.

VAGITORIER 0,5 mg: Hver vagitorie inneh.: Østriol 0,5 mg, cetomacrogol 1000 50 mg, ricinooleinsyremonoglycerid 125 mg, hardfett til 2,5 g.

Egenskaper: Klassifisering: Naturlig østrogen med kort virketid. De aktuelle doser gir effekt bare på det meget østrogenfølsomme vev i nedre urinvei og ytre genitalia. Ved lokal administrasjon oppnås god lokal effekt. Liten innvirkning på endometriet ved bruk av terapeutiske doser, dosert 1 gang daglig. Virkningsmekanisme: Substituerer redusert østrogenproduksjon og motvirker degenerative forandringer i slimhinnen i vulva og vagina. Absorpsjon: Tabletter: Rask ved peroral administrasjon. Vaginalkrem/vagitorier: God fra vaginalslimhinnen, noe som også medfører en systemisk effekt. Metabolisme/Utskillelse: Via lever/urin. Overgang til morsmelk: Går over og kan føre til redusert laktasjon.

Indikasjoner: Degenerative og atrofiske endringer i genital-organene som følge av østrogenmangel i tilknytning til menopausen eller ovarieektomi. Atrofisk vaginit og vulvitt, kolpitt, kraurosis og pruritus vulvae, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Tablettene er også indisert ved ikke- infeksjose cystouretritter som følge av østrogenmangel. Cervikal sterilitet. Forsøksvis ved visse former for urin-inkontinens.

Kontraindikasjoner: Kjent eller mistenkt mammacancer eller endometriecancer. Vaginalblødning av ukjent årsak. Alvorlig leverskade. Aktiv tromboembolisk sykdom. Graviditet. Pga. god absorpsjon gjelder de samme kontraindikasjoner for vaginalkremen og vagitoriene som for tablettene.

Bivirkninger: Tabletter: Kvalme, hodepine, brystspenning, væskeretensjon, spotting under og etter seponering av terapi, økt produksjon av cervix-sekret. Vaginalkrem/vagitorier: Brystspenning, økt produksjon av cervix-sekret kan forekomme ved høye doser. Lokal behandling kan forårsake lokal irritasjon og kløe. Denne er normalt kortvarig.

Forsiktighetsregler: Under langvarig behandling med østrogener anbefales regelmessige undersøkelser (første etterundersøkelse innen 6 måneder, deretter hvert år). Pasienter med hjertesvikt, nedsatt nyre- eller leverfunksjon, hypertensjon, diabetes eller epilepsi bør kontrolleres omhyggelig. Unormal underlivsblødning krever adekvat diagnostikk. Pasienter med migrene, tromboemboliske lidelser i anamnesen eller disposisjon for tromboembolisk sykdom, endometriose, fibrocystisk mastopati, porfyri, hyperlipo-proteinemi bør følges nøye. Likeledes de som under svangerskap eller ved tidligere østrogentilførsel har hatt alvorlig pruritus, herpes gestationes eller forverring av otosclerosis. Ved vaginale infeksjoner skal spesifikk infeksjonsbehandling igangsettes før vaginalkrem/vagitorier benyttes.

Interaksjoner: (I:78e steroider).

Dosering: Tabletter: Urogenitale besvær postmenopausal: 2-3 mg 1 gang daglig i 2-3 uker. Vedlikeholdsdose: 1-2 mg daglig. Pre- og postoperativt ved vaginale inngrep: 1 mg daglig. Cervikal sterilitet: 0,25-1 mg daglig fra 6. til 15. dag. Vaginalkrem: Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden ved hjelp av kalibrert applikator. 1 applikator dose (fylt til det opphøyde merket) er 0,5 g vaginalkrem og inneholder 0,5 mg østriol. Vaginalkrem/vagitorier: Vanlig dose ved vulva/vaginale plager: 1 applikasjon krem/1 vagitorie pr. dag i 3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1 applikasjon krem/1 vagitorie 2 ganger pr. uke. Preoperativt: Behandlingen bør startes 2 uker før operasjonen med 1 applikasjon krem/1 vagitorie daglig.

Postoperativt:

1 applikasjon krem/1 vagitorie pr. dag i minst 2 uker. **Pakninger og priser:**

Tabletter: 1 mg: 30 stk. kr. 52,60, 90 stk. kr. 140,50. 2 mg Enpac: 90 stk. kr. 272,00. **Vaginalkrem:** 15 g kr. 61,80. **Vagitorier:** 15 stk. kr. 57,00. T: 6,9.

Referanser:

1. Norges allmennvitenskapelige forskningsråd: Konsensuskonferansen om bruk av østrogen i og etter overgangsalderen 27.-29. nov. 1990. Panelets uttalelse.
3. Iversen OE: Østrogenbehandling. Nyttig eller farlig i klimakteriet og postmenopausal? Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109:2531-4.



Organon

ScrupPartners, Christchurch, N.Z.

KVINNER OVER 50 ÅR SNAKKER IKKE OM SITT SEXLIV

Ihvertfall ikke med legen.

Tørr, sår skjede og smerter ved samleie kan skyldes mangel på østrogen etter overgangsalderen. Eldre kvinners bluferdighet kan imidlertid være en sperre for å ta opp dette med legen.

Prøv å ta problemet opp med pasienten. Kanskje kan det være lurt å alminneliggjøre problemet ved å fortelle hvor vanlige slike plager er hos eldre kvinner.

"Mot urogenitale plager er lavpotente østrogener tilstrekkelig. Dette kan gi som vagitorier eller krem, eventuelt som tabletter. Effektene er prinsipielt de samme. Slik behandling er ufarlig og det bør derfor vurderes om preparatene kan gjøres reseptfrie. De farmakologiske forholdene ved østriol er langt bedre kjent enn for dienoestrol, og østriol bør derfor foretrekkes" (1).

Ovesterin[®] inneholder østriol, det sterkeste naturlige østrogenet.

Ovesterin[®] bygger opp igjen slimhennene i underlivet uten å gi generelle østrogeneffekter ved normal dosering (3).

Vil du vite mer om **Ovesterin**[®] ring oss, så sender vi utfyllende informasjon. 02-78 43 65.

VAGITORIER,
KREM OG
TABLETTER.

OVESTERIN

Vaksine mot utbrenning



Ole V. Jacobsen er cand. med. fra Oslo 1976. Han hadde turnustjeneste i Harstad og Ibestad. Etter militærtjeneste og 1 års sykehustjeneste har han arbeidet som allmennpraktiker i Farsund siden -80. Han er allmennpraktiker Dnlf og veileder i allmennmedisin.

Av Ole V. Jacobsen.

Ved Institutt for allmennmedisin i Bergen er Per Fugelli og medarbeidere i gang med å utarbeide en vaksine mot utbrenning. Forsøkene har allerede pågått en tid, og resultatene er lovende. Som ledd i forsøkene arrangerte instituttet i tiden 15. til 19. oktober -90 et spesialkurs for en del av sine forsøkspersoner, nemlig 20 praksislærere fra Sør- og Vestlandet.

Jeg skal her la leserne få del i enkelte høydepunkter fra kurset:

Professor Ian McWhinney var vert for de 2 første dagene av kurset. På flyet over til Canada hadde jeg lest ivrig i hans "Textbook of Family Medicine" (1). Vel fremme i London, Ontario traff vi ham "in person" og fikk erfare at det kan være den mest stillfærne og beskjedne som har de klokeste tankene og den beste evne til å formulere seg klart. McWhinney holdt en filosofisk betraktning om tenkerne fra Athen, fornuftens forkjempere, og etterkommerne fra Jerusalem, hjertets talsmenn. Han knyttet dette til vår situasjon i medisinen; vi sitter med "harde data" som f. eks. laboratoriesvar og vi veier stundom disse opp mot "myke data" om pasienten, våre inntrykk etter samtaler, kjennskap til deres sosiale bakgrunn osv. "La ikke de harde data veie for tungt når dere skal summere opp!" var McWhinneys konklusjon, "still din diagnose like trygt på myke data fra "hjertet" som på grunnlag av tekniske målinger."

Etter å ha reist så langt hjemmefra, var det naturlig å spørre seg om medisinen praktiseres annerledes i Canada enn i Norge. "Everything is so big over there". Vi ble både overrasket og imponert da vi hørte at alle medical schools i Canada har sitt Department of Family Medicine og at disse har like mange lærere ansatt som faget kirurgi.

Leger som skal begynne med allmennpraksis som medlem av Canadian College of Family Medicine, må følge et godkjent program i ca. 2 1/2 år etter examen ved medical school, "clerkship years". De har da bolker på sykehusavdelinger og praksis hos familieleger tilknyttet instituttet. Disse praksisplassene kan være i geografisk nærhet eller ligge langt nord på de canadiske utpostene.

Allmennpraktikere i Canada og USA har en mye større oppgave innen obstetrikk enn vi er vant med fra Norge. Det er vanlig at familielegen varsles når kvinnen er kommet inn på fødeavdelingen, og at han håndterer fødselen om alt går normalt. Han har også ansvaret for å tilkalle spesialist-hjelp dersom det er påkrevet. Utviklingen har gått i retning av at færre allmennpraktikere i storbyene tar sine "egne" fødsler, men enkelte ved instituttet i London hevdet at denne utviklingen er i ferd med å snu.

Hvordan utdanner man så allmennpraktikere i fødselshjelp? Med stadig øverhengende trussel om malpractice-saksøking, er det viktig å ha et godt program for å kvalifisere allmennpraktikere utover kunnskapene fra studiet. For å få "privilege to do obstetrics" vil de fleste sykehus forlange at allmennpraktikeren har gjennomgått et slikt program. I Rochester traff vi et unikum av en gyn/obstetriker som drev residence training, Steve Eisinger. Han var tilknyttet et offentlig helsesenter som dekket lavstatus-området i byen. Han underviste sine allmennpraktikere og var på konstant bakvakt slik at allmennpraktikere kunne rådføre seg med ham om de hadde problemer. Han forkynte "low intervention" og kunne stolt vise til bra resultater. Til tross for høy-risk populasjon hadde de sectio-rate på 12,6% mot 19% for resten av sykehushets fødsler. Komplikasjons-raten var også lav, og selv hadde han aldri blitt saksøkt. Det vil gjennomsnittlig 80% av obstetrikere være når de har praktisert i 20 år, mens "bare" 20% av allmenn-



Øktikerne etter 20 år var saksøkt. Forsikringen kostet derfor ca. 40 000\$/år for obstetrikker og 15 000\$ for allmennpraktiker. 5 fødselshonorar kostet tillegg i forsikringspremie for AP'ere som vil drive litt obstetrik. Eisinger hadde flere gode argumenter for at AP'ere skulle drive normal obstetrik selv om spesialistene naturlig nok er overlegne på enkelte felt. Også i USA hadde de erfaring for at kvinnelige AP'er hadde større søkning av gravide til praksis og derfor flere fødsler pr. år.

På Highland Hospital var perinatal death rate på 7 pr. 1000, mens landsgjennomsnitt lå på 17 pr. 1000. Han hevdet at de store undersøkelsene der borte som sammenlignet neonatal mortalitet og morbiditet, viste ingen forskjell om barnene ble foretatt a) hjemme med AP b) på sykehus med AP c) på sykehus med obstetrikker og pediater. Allikevel fortsetter vi i Norge sentralisering uten å evaluere alternativer.

Familielegene har ansvar for å besøke og følge opp sine pasienter når de er innlagt i sykehus som legen har inngått avtale med. De skal koordinere, sørge for at både kropp og sjel tas hånd om. Flere steder stiller familielegen opp som assistent ved kirurgiske operasjoner. Besøkene på sykehus foregår gjerne på ettermiddag eller tidlig om morgenen. En av legene sa det slik: "Det skulle bare mangle at vi ikke følger opp våre pasienter når de er mest syke!" Det høres jo så riktig og logisk ut. Hvorfor har vi ikke en takst i vår normaltariff som kan oppmuntre til en lignende praksis i

Norge? Særlig ville gamle og langkomne cancerpasienter profitere på en slik ordning.

Arrangørene hadde klart å arrangere det slik at alle kursdeltagerne fikk besøke hver sin canadiske legepraksis fra kl. 13-16, dels i sentrum, dels et stykke utenfor byen. Jeg besøkte en erfaren allmennpraktiker i en 2-legepraksis i sentrum. Tilfeldigvis hadde han også besøk av en medisinerstudent i praksisperiode, og det var interessant å se hvordan denne læresituasjonen var lagt opp. Studenten fikk noe å tygge på da han undersøkte en ung mann med noe diffuse smerter i armen. Vi fikk en diskusjon om hvor alvorlig hans plager egentlig var, funksjonelle overtoner, om context. Tror du han ville ha kommet dersom konsultasjonen ikke var gratis? De var forbauset over at vi i Norge har en egenandel hos lege som svarte til 10 dollar, og så Norge som de tenkte var sosialistisk! I Canada var det ingen egenandel, hverken ved konsultasjon eller hjemmebesøk, en ny lov bestemte at det var strengt forbudt å ta noe ekstrabetaling! Da ville en risikere å miste lisensen.

I USA var det økonomiske oppgjøret svært forskjellig fra Canada. På legesenteret jeg besøkte i en forstad til Rochester, hadde de avtale med 5-6 ulike forsikrings-selskap med egne takster og oppgjørsformer. Nå ble mye ordnet med EDB, men utgifter til "billing office" var likevel betydelig. I det hele var utgiftene høye; ca. 65% av brutto inntekt. Netto før skatt lå da mellom 90

og 120 000 \$ pr. år. Senteret hadde også en PA = physicians assistant, som var en ny yrkesgruppe for meg. Jeg forsto at PA ofte har en annen akademisk bakgrunn f. eks. lærer. De tar så et 2 års studium i medisin og kan da praktisere som en slags lege. De må være ansatt av og drive under en annen leges oppsyn/ansvar. Sykhusinnleggelse ol. ble da gjort i samarbeide med legen. PA hadde en årslønn på ca. 33 000 \$/år.

Hovedemnet for vårt kurs i USA/Canada var undervisning av studenter. I London, Canada fikk vi omtalt "The learner-centered model" som en fortsettelse av deres omtale av "The patient-centered method" ved konsultasjoner. Akkurat som vi i konsultasjonen må prøve å finne pasientens ønsker og behov, må en som lærer prøve å finne hva som er på studentens agenda, hva er hans/hennes ambisjoner og interesser, hva mener han/hun er av størst betydning? Parallellt vil en som lærer ha sin egen agenda som går på å finne studentens hull i kunnskap, ferdighet og holdninger. Hvor trengs det påfyll?

En praksislærer i Rochester gav følgende historie: En student sa ved ankomst til sin praksislærer at siden han skulle bli ortoped, ville han ikke bruke så mye tid på å lese "family medicine". OK, de kom frem til "common grounds" for hva tiden i praksis kunne gi og ukene gikk greit. Da praksislæreren senere traff den unge ortopedden på sykehus, fikk han beskjed om å gå og ta seg ekstra av lille Tom som hadde brekt beinet. Bruddet og alt så fint ut, men Tom mistrivdes,



var mutt og gikk ned i vekt. Ortopeden skjønnte at her trengtes huslegen til å sortere ut hva som var galt i familien.

De brukte mye enveis-speil og noe video for å kunne gi studenten anledning til å bli skikkelig vurdert. Da jeg kom hjem og gikk gjennom en filmet konsultasjon med student, hadde jeg god nytte av en huskeliste for "clinical assessment" av studentens innsats. Det var en påminning om å sette det som skjedde under konsultasjonen inn i en større sammenheng enn bare å komme frem til en diagnose og behandling.

McMaster - Universitet i Hamilton, lengst syd i Canada er berømt for sin radikale studieplan. De påsto at man gjennom medisinerstudiet der ikke fikk en eneste forelesning i stort auditorium. Studiet var basert på grupper som arbeidet sammen med lærere/leger. Arbeidsmåten var problem-orientert, og det var mye opp til studentene hvordan kunnskapen skulle hentes frem. De kunne fordele oppgaver seg imellom for best mulig å få dekket et emne. Noen studenter kunne gå til tidsskrift, fagbøker, andre henvende seg til overleger, forskere e.l. For oss var det tydelig at de var mer vant til å søke "sannheten" kritisk i litteratur- studier enn vi er i Norge. Mitt inntrykk er at vi her oftere spør en overlege vi kjenner.

Siste kursdagen var avsatt til familieorientert tilnærming i allmennpraksis. Stedet var et stort helsesenter tilknyttet Dep. of Family Medicine i Rochester. Vi så videoer som utgangspunkt for en ledet gjennomgang hvordan vi kunne bruke "genogrammer" for å tegne opp sentrale hendelser i en familie, med piler for å betegne allianser, konflikter osv. Familiens livs-syklus fra problemer

i småbarnsfamilier, til dødsfall og kanskje ensomhet som gammel. I hverdagen kan det ha stor betydning å få frem hvilken familiesammenheng vår pasient står i. Hvilket stadium i familiesyklus? Henger pasientens plager sammen med utviklingskriser i familien? I smågrupper tok vi for oss familie-emner i workshops ledet av lærere, dels familierapeuter ved senteret.

Det som skjer utenfor kurs-salen er ofte av største betydning når vi vurderer et kurs. Hyggelige opplevelser faciliterer læringen, mens utrivelige opplevelser kan blokkere. For meg som kommer fra utkanten var det en stor opplevelse å kunne gå ut på teater og oppleve kanadisk drama, gå på topp konsert med Rochester Symfoni-orkester, se innom Eastman Kodak-museet for ikke å snakke om avslutningen i New York; topp musical på Broadway, jazz-brunch i Manhattan, bankliv i Wall street pluss litt av alt det andre som millionbyen kunne tilby. Vennskapet som knyttes til de andre kursdeltagerne på en slik tur burde være gjenstand for en egen artikkel, her blir det bare stikkord. At mange delte dobbeltrom for å berge økonomien, tror jeg bare virket positivt på lagånden. Ikke rart at vi satt litt suse-te på flyet hjem etter en så kraftig dose vaksine. Men jeg tror den vil hjelpe mot utbredning i lange tider fremover. En etterundersøkelse på cost / benefit og varighet av vaksinen blir nok det neste fra nidkjære Institutt for Allmennmedisin.

1. McWhinney I. Textbook in Family Medicine. New York-Oxford: Oxford University Press, 1989.

Ole V. Jacobsen
Kirkegt. 6
4550 Farsund

The American Academy of Family Physicians arrangerer sin årlige Scientific Assembly, et stort arrangement som etterhvert også har fått et internasjonalt preg, i Washington DC i dagene 26. - 29. september. Det er satt opp en gruppereise fra Scandinavia. Nærmere opplysninger om kongressen og gruppreisen kan fåes fra
Dr. Allan Pelch, MD,
Vognporten 6, DK-26
Albertslund, Danmark.
(Tlf. 45-42-641144,
fax 45-42-644230)



Foto:
J. Dickinson

Bor AIDS i radioen?

Rapport fra to vakre fylker uten AIDS

Av Per Stensland

Per Stensland, født i -49, distriktslege i Vesterdalen 1976-81. Fra 1981 distriktslege/kommunelege i Sogndal, med 2 års avbrudd i Botswana. Han er gift med Aud Marie, har 3 barn, og interesserer seg spesielt for U-landsmedisin og familierisin.

Afrika 1988.

For to år siden, på AIDS-dagen 1. desember, satt jeg på rådsplassen i en landsby i Kalahari. Jobben min var å si noe om AIDS, men den store opplevelsen var å sitte ved siden av høvdingen og se på AIDS-skuespill og høre AIDS-sanger.

Stykket handlet om en mann fra landsbyen som fant en ny kjæreste, ble HIV-smittet og smittet kona si som fikk AIDS. Dermed døde hun fra ham og alle ungene. Drama-tisk og klart.

Etterpå spurte jeg noen av de fremmøtte hva de syntes. - Jeg har problemer når jeg skal forklare dette med AIDS, sa en landsbyhelsearbeider. - De uten utdanning tror dette er en tradisjonell sykdom, en sykdom som bare våre hekседoktorer forstår og kan behandle. Derfor mener folk at de ikke behøver å ta hensyn, det er i alle fall hekседoktorenes domene å ordne opp i sykdommen. De med utdanning mener at alle sykdommer har latt seg behandle til nå, derfor må vaksinen være rett rundt hjørnet og det er liten grunn til å ta dette for høytidelig.

- Bra skuespill, mente en unggutt, - men hva for sykdom er nå dette? Vi ser ingen syke her i landsbyen. Dersom dette er en trussel mot oss, så vis oss de syke. Så langt vi vet er dette en sykdom de bare snakker om i radioen - en radiosykdom. Dette gjelder ikke oss her i vår vakre og beskyttede landsby!

Heksedoktoren starter mer poetisk: - "Du vet, doktor; denne moderne AIDS-sykdommen blir ganske å likne med en flymaskin. Du ser den komme i lufta, du vet ikke fra hvor, og heller ikke hva for retning den vil ta. Skulle dette være en av våre tradisjonelle sykdommer, må det være en variant av boswaghadi. Det er en dødelig sykdom som oppstår fra enker og enkemenn som unnlater å rense seg hos oss tradisjonelle leger før de starter nye forbindelser når de har blitt alene. Hva det nå enn er, ikke under noen omstendighet kan jeg se ideen med disse plastikk-kondomene dine. Vårt folk er vant med hud mot hud. Du sier dessuten at de sakene hindrer deg i å få barn. Vårt folk vil ha barn!"

Europa 1990.

Det er gått to år og det er ny AIDS-dag, 1. desember. Jeg sitter i gymsalen i den lokale folkehøyskolen her i vår vakre og beskyttede bygd, sammen med ordføreren. På dette arrangementet har vi hørt sanger og ser nå på teaterstykket om AIDS. Den samme gamle historien om faren som

Jeg tenker på en godt voksen mann som var på kontoret i forrige måned. Han kom

egentlig for noe annet, men før han skulle gå nevnte han at han nettopp hadde vært på et av hovedstadens horehus. - Nei, AIDS hadde han vel egentlig ikke tenkt på som noen trussel. Jeg må vite dette var et meget skikkelig sted, håndvask på hvert rom og rene jenter.

Jeg tenker også på gymnasiasten som jeg søkte for abort i forrige uke. Det positive chlamydiasvaret kom heldigvis tilbake før hun skulle legges inn. Nei, hun hadde ikke tenkt på kjønnsykdom da hun møtte den kjekke gutten i Bergen. - Det var ingenting ved ham som fikk meg til å tenke på det.

- Det er viktig at vi begynner å snakke om denne sykdommen, sa en politiker etter å ha hørt at 950 nordmenn er HIV-smittet.

- For alt vi vet kan sykdommen kanskje komme hit.

Det er godt det ikke gjelder oss.

Helseopplysere roper paroler til menneskene: Hold deg til en partner! Bruk kondom! Tenk rasjonelt!

Og så viser det seg at i øyeblikket er de opptatt med å tenke helt annerledes. For hvem skulle tro at noe kan være farlig her og nå? I vår vakre og beskyttede landsby!

Ungguten i Kalahari velger å tro at AIDS bor i radioen. Politikeren i Sogn velger å tro at sykdommen ikke kommer hit.

Heksedoktorens tro på boswaghadi forutsetter årelang trening i å kjenne til betyd-

ningen av urenheter og rituell rennelse. Ellers virker argumentasjonen hans absurd. Min venns tro på håndvask og rene jenter forutsetter årelang trening i å se sammenhengen mellom sykdom og bakterier, samt like lang erfaring med klut og kost og såpevann i kampen for folkehelsen. Ellers virker argumentasjonen hans absurd.

Gymnasiasten velger å tro at "urene" neppe kan være så flotte å se på som hennes siste bekjentskap. Hvordan smette inn en melding som virker rett inn til henne i forelskelsens trance?

Joda, vi har hatt AIDS-dag med kondomer og utsikt til mange nye automater på skoler og spisesteder. Men: - Dette er liddla vanskelig, sa en elev, - så kom ikke til oss bare med noen kondomer og tro dere har gjort en åll reit jobb.

Derfor trenger vi stadig å jobbe med ordførere og andre høvdingar.

De må minnes om at det fremdeles er upløydd mark i forebyggende arbeid. I disse dager får ordførere budsjettene sine i retur fra fylkesmannen med stempel "Ikke Godkjent". Selv den mest positive ordfører leter med lys og lykt etter sparetiltak. Han må vaksineres mot tanken på å kutte forebyggende arbeid mot AIDS. Selv i vår vakre og beskyttede landsby.

Kommunelege
Per Stensland
5800 Sogndal

□



Diflucan "Pfizer"

Antimykotikum til systemisk bruk.

Infusjonsvæske 2 mg/ml: 1 ml inneholder: Fluconazol, 2 mg, natrii chlorid, 9 mg, aqua ad inject. ad 1 ml.

Kapsler 50 mg, 100 mg, 150 mg og 200 mg: Hver kapsel inneholder: Fluconazol 50 mg, resp. 100 mg, 150 mg og 200 mg, const. q.s. ad 117 mg, resp. 235 mg, 350 mg og 470 mg.

Egenskaper: *Klassifisering:* Triazolderivat, med effekt særlig på *Candida albicans* og *Cryptococcus neoformans*.

Virkningsmekanisme: Fører til defekter i soppens cellemembran ved spesifikk hemming av soppens cytokrom P-450 avhengige ergosterolbiosyntese. Farmakokinetiske forhold er tilnærmet like ved intravenøs og peroral administrasjon.

Absorpsjon: > 90%. Biotilgjengeligheten påvirkes ikke av samtidig matinntak. Maksimal serumkonsentrasjon etter 0,5 - 1,5 timer på fastende mage. Plasmakonsentrasjonen er proporsjonal med dosen. *Steady state:* 90% nådd etter 4 - 5 dager eller etter 2 dager hvis det gis dobbelt dose første dag.

Proteinbinding: Lav (ca. 12%).

Fordeling: Distribusjonsvolum tilsvarende omtrent total kroppsvæske. Penetrerer godt til vevsvæsker. Konsentrasjon i spytt og bronkialsekret er den samme som i plasma. Ved

soppmeningitt er konsentrasjonen i cerebrospinalvæsken ca. 80% av den tilsvarende plasmakonsentrasjonen.

Halveringstid: Ca. 30 timer. *Utskillelse:* Vesentlig via nyrene. Ca. 80% i uforandret form i urinen. Clearance er proporsjonal med kreatininclearance. Ingen tegn til sirkulerende metabolitter.

Overgang til placenta: Opplysninger savnes. *Overgang til morsmelk:* Går over. (Se Kontraindikasjoner og Forsiktighetsregler).

Indikasjoner: Candidavaginitt resistent mot annen behandling. Systemiske og invasive candidainfeksjoner inkludert candidaøsofagitt. Oral candidiasis hos immunkompromitterte. Kryptokokkmeningitt.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet overfor flukonazol eller andre triazoler. Graviditet. Ved alvorlige eller livstruende mykoser bør behandling likevel vurderes mot en mulig risiko for fosteret.

Bivirkninger: Tolereres vanligvis godt. Vanligste bivirkninger er av gastrointestinal type som kvalme, magesmerter, diaré og flatulens. Hodepine, utslett og pruritus kan også forekomme. Alvorlige hudreaksjoner er sett hos et lite antall AIDS-pasienter ved kombinert terapi med flukonazol og andre preparater som man vet er forbundet med alvorlige hudreaksjoner. Forandringer i renale- og hematologiske funksjonsprøver samt

leverforandringer (se Forsiktighetsregler) er sett hos pasienter under behandling med flukonazol og andre preparater, særlig hos de med alvorlig grunnlidelse som AIDS og cancer, men klinisk betydning og sammenheng med flukonazol er usikker. AIDS-pasienter har økt tendens til å utvikle alvorlige hudreaksjoner ved bruk av forskjellige legemidler.

Forsiktighetsregler: Utvikles utslett som man mener er relatert til flukonazol hos pasienter som behandles for candidainfeksjon i munnhule/svelg, må videre behandling unngås. Utvikles utslett hos pasienter med invasive/systemiske soppinfeksjoner, må de følges nøye opp, og behandlingen må avbrytes hvis det utvikles bulløse lesjoner eller erythema multiforme. Meget sjelden er levernekrose påvist ved autopsi hos pasienter med alvorlig grunnlidelse og som har fått multiple doser med flukonazol. Disse pasientene har samtidig fått andre medikamenter, noen potensielt levertoksiske og/eller pasientene har hatt en grunnlidelse som kan ha forårsaket levernekrose.

Da årsakssammenheng med flukonazol ikke kan utelates må en avveining av fordel/risiko av fortsatt behandling foretas ved signifikant økning i leverenzymet. Liten erfaring hos gravide. (Se Kontraindikasjoner.) Det er observert teratogen effekt hos rotte ved doser som var så høye at de også ga maternell

Pfizer lanserer en systemisk kur mot Candida-vaginitt.



Hvorfor det?

Lokal behandling av Candida-vaginitt gir ofte god klinisk respons, men mange kvinner er plaget med gjentatte infeksjoner.

For første gang finnes det nå en helt ny kur mot Candida-vaginitt som er resistent mot annen behandling:

Nemlig én kapsel som svelges. Én gang.
Preparatet heter Diflucan (flukonazol).

Omfattende kliniske undersøkelser viser at Diflucan gir minst like god effekt som lokal behandling, og Diflucan tåles godt. 1, 2.)

Behandlingsmåten er bare blitt så mye enklere og mer bekvem enn før.

1.) Brammer K.W. et al: Treatment of Vaginal Candidiasis with a Single Oral Dose of Fluconazole. Eur J Clin Microbiol Infect Dis June 1988; 364-7.

2.) Brammer K.W. et al: A comparison of single-dose oral fluconazole with 3-day intravaginal clotrimazole in the treatment of vaginal candidiasis. Br J Obstet Gyn Feb 1989; 226-32.

Diflucan®
flukonazol

Én kapsel som svelges. Én gang.

toksisitet. Det er også sett forlenget fødselsforløp og økt antall dødfødte hos rotter.

Det er begrensede data om bruk hos barn under 16 år. Bruk av flukonazol anbefales derfor kun hvis soppbehandling er påkrevd og ingen andre egnede preparater finnes. Da det foreløpig ikke foreligger data om bruk hos barn under 1 år, anbefales det ikke brukt hos disse. Det anbefales heller ikke til ammende da det går over i morsmelk.

Interaksjoner: Forlenget blødningstid hos friske frivillige ved samtidig inntak av warfarin (ca. 12% endring). Ved samtidig bruk av kumarinpreparater bør dosen av disse titreres forsiktig. Forlenget T 1/2 av klorpropamid, glibenklamid, glipizid og tolbutamid hos friske frivillige. Forsiktighet bør utvises ved samtidig inntak av disse hos diabetikere. Plasmakonsentrasjonen av flukonazol økte (ca. 40%) ved samtidig inntak av multiple doser hydrokortizid. Det er ikke nødvendig å redusere dosen av flukonazol, men forsiktighet bør utvises. Kan øke konsentrasjonen av fenytoin. Fenytoinkonsentrasjonen bør følges, og dosen av fenytoin bør eventuelt justeres. Reduksjon i AUC (ca. 25%) og T 1/2 (ca. 20%) for flukonazol ved samtidig inntak av rifampicin. Doseøkning av flukonazol bør eventuelt vurderes. Plasmakonsentrasjonen av cyclosporin bør følges hos

pasienter som får flukonazol. Interaksjonsstudier har vist at: 50 mg daglig ikke påvirker endogene steroidkonsentrasjoner eller kinetikken til perorale prevensjonsmidler; 200 - 400 mg daglig har ikke klinisk signifikante effekter på endogene steroidkonsentrasjoner eller på ACTH-stimulerende respons hos friske, frivillige menn.

Dosering: *Voksne: Vaginale candidainfeksjoner:* 150 mg som éngangsdose. *Oral candidiasis hos immunkompromitterte og ved candidasofugitt:* 50 - 100 mg daglig i 14 - 30 dager. *Systemiske og invasive candidainfeksjoner:* 400 mg første dag, senere 200 mg daglig. Ved alvorlige infeksjoner kan dosen økes til 400 mg daglig. Behandlingstid er avhengig av klinisk respons.

Kryptokokkmeningitt: 400 mg initialt, deretter 200 - 400 mg daglig i minst 6 - 8 uker. For å hindre residiv av kryptokokkmeningitt anbefales 200 mg daglig.

Eldre: Såfremt ingen tegn på nyresvikt kan normal dosering gis. Pasienter med nyresvikt: Vanlig dose ved éngangsdosering. Ved gjentatt dosering gis vanlig dose 1. og 2. dag, deretter:

Kreatininerandse (ml/min.)	Doseintervall/Daglig dose
> 40	24 timer, vanlig dose
21 - 40	48 timer eller 1/2 dose
10 - 20	72 timer eller 1/3 dose

Pasienter som dialyseres

1 dose etter hver dialyse

Andre opplysninger: Infusjonsvæske er blandbar med: Glukose infusjonsvæske 240 mg/ml, Ringer-laktat, glukose + kaliumklorid. Natriumhydrogenkarbonat infusjonsvæske 500 mmol/l. Aminofusin og fysiologisk saltvann. Infusjonshastighet ikke mer enn 10 ml/min. Infusjonsvæsken inneholder natrium. Hos pasienter hvor det er nødvendig med væske- eller natriumrestriksjon, må infusjonshastigheten vurderes. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomatisk behandling (ventrikkelskylling hvis nødvendig). Siden flukonazol i stor grad skilles ut i urinen, vil forsatt diurese normalt øke eliminasjonshastigheten. Hemodialyse av 3 timers varighet senker plasmakonsentrasjonen med ca. 50%.

Pakninger og priser:

Kapsler: 50 mg: 7 stk. kr. 357,20. 28 stk. kr. 1.389,70
100 mg: 7 stk. kr. 683,10. 28 stk. kr. 2.499,00
150 mg: 1 stk. kr. 157,50. 200 mg: 28 stk. kr. 4.956,60
Infusjonsvæske 2 mg/ml: 50 ml kr. 280,40
100 ml. kr. 493,70

Utpostens essay-konkurranse 1991

Konkurranseregler:
For 7. gang inviteres Utpostens 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 2 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 1991.

Manuskriptet vil bli behandlet anonymt. Forfatterens 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 telf.nr.

Premiering:
Manuskriptet 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 Steinholt. Vinneren(e) vil bli tildelt Utpostens diplom og en samlet premiesum på 10000. 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 Utpostens essaykonkurranse 1991 fås ved henvendelse til UTPOSTEN, 5890 LÆRDAL. □

Utpostens Formidlingspris 1990

I Utposten nr. 6/90 utlyste vi en formidlingspris på kr. 5000 under mottoet: Kunnskap er makt - og skal deles! Kunnskap er død hvis den ikke kommer ut!

I reglene for konkurransen står bl.a. *"Det konkurreres om beste populærvitenskaplige atrikkel basert på materiale innhentet og bearbeidet av forfatteren. Arbeidets vitenskapelige troverdighet må ikke kunne betviles. Konkurransen omfatter imidlertid artikkelens faglitterære kvaliteter. Artikkelens publikum er Utpostens lesere - altså et fagkyndig, kritisk og erfaringsrikt publikum."*

Utpostens redaksjon er jury for konkurransen, og fristen for innlevering var 31.12.90.

Juryens vurdering:

Det kom inn 2 bidrag til konkurransen, og begge bidragene tok for seg klinisk epidemiologi. Vi ser dette som et viktig emne i allmennmedisinsk forskning og praktiske hverdag, og synes derfor det er gledelig at bidragsyterne her har gjort forsøk på å gjøre dette emnet tilgjengelig for den jevne leser av Utposten.

Bakgrunnen for at vi utlyste konkurransen er at vi mener formidlingsaspektet er et undervurdert element i medisinsk forskning. Vi ville her ta initiativ til å sette noen standarder for populærvitenskaplige artikler. Da dette til en viss grad er nybrottsarbeid, blir det etter vår vurdering viktig å stille høye krav til produktene. De innsendte bidragene har tatt for seg et vanskelig emne, og ingen av dem har fullt ut maktet å formidle teorien og egne resultater allment tilgjengelig og samtidig vitenskaplig troverdig. Vi har derfor besluttet ikke å dele ut noen formidlingspris i år.

Et av bidragene har imidlertid så mange lovende potensialer at vi ville gi den en honnørpris for innsatsen. Det gjelder Eivind Melands artikkel: *"Klinisk diagnostikk og beslutningsdilemma ved vond hals"*. Han tar utgangspunkt i teorien rundt klinisk epidemiologi, bruker den på eget materiale fra en undersøkelse om bakteriologisk diagnostikk av vond hals, og finner fram til den undergruppen av pasienter der en bakteriologisk hurtigtest har størst diagnostisk styrke. Vi synes både det teoretiske grunnlaget og de praktiske konsekvensene har allmenn interesse. Et lett bearbeidet resultat presenteres herved:

Klinisk diagnostikk og beslutningsdilemma ved vond hals



Eivind Meland er født 1950, cand.med. (Bergen) 1976. Han har vært distriktslege i Skånnevik (Sunnhordland) 5 år, siden bydelslege i Bergen kommune. Siste 4 år periodisk gjestarbeider ved Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Bergen. Spesialist i allmennmedisin siden 1988.

Tabell 1. Definisjon av sensitivitet

		Sykdom	
		+	-
Test	+	SP	FP
	-	FN	SN

Sensitivitet: $\frac{SP}{SP+FN}$

Av Eivind Meland

I denne artikkelen skal jeg definere noen begreper som brukes i klinisk beslutningsteori. Begrepene skal jeg benytte til å belyse hvordan klinisk diagnostikk ved vond hals kan systematiseres. Til slutt i artikkelen skal jeg illustrere noen beslutningsdilemma stilt overfor pasienter med vond hals: hvilke konsekvenser får det å utrede med streptokokk hurtigst når vi kjenner sannsynligheten for streptokokksykdom hos pasienter.

Sensitivitet

Sensitivitet sier noe om undersøkelsens/testens evne til å identifisere de syke blant de syke. På engelsk kalles også sensitivitet for "positivity in disease" (1), og jeg synes "sensisykiet" er en brukbar huskeregel. Som det framgår av tabell 1 framkommer sensitiviteten ved å dele de sant positive med summen av de sant positive og falsk negative.

Det høres kanskje paradoksalt ut at tester/kliniske symptomer og tegn med høy sensitivitet kan brukes til å utelukke sykdom. Imidlertid vil en undersøkelse eller test med høy sensitivitet kunne utelukke sykdom når undersøkelsen eller testen er negativ. I klinisk praksis er det vanligst å lete etter symptomer og tegn som kan bekrefte sykdom. I allmennpraksis tror jeg imidlertid det er viktigere å se etter fravær av tegn og symptomer med høy sensitivitet som kan utelukke sykdom. Invalidisering av friske diagnosebærere er i vår tid blitt et stort helseproblem.

Spesifisitet

Spesifisiteten forteller noe om undersøkelsens/testens evne til å identifisere de friske blant de friske. På engelsk kalles dette begrepet også for "negativity in health", og en gangbar huskeregel vil være "spesifrisikiet". Som tabell 2 viser, framkommer spesifisiteten som en brøk med de sant negative i telleren og summen av de sant negative og falsk positive i nevneren.

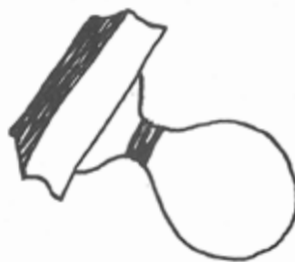
Tabell 2. Definisjon av spesifisitet

		Sykdom	
		+	-
Test	+	SP	FP
	-	FN	SN

Spesifisitet: $\frac{SN}{SN+FP}$

Undersøkelser og tegn med høy spesifisitet og samtidig høy sensitivitet vil være av stor differensialdiagnostisk betydning, men uheldigvis forholder det seg nesten alltid slik i klinisk medisin at høy sensitivitet er forbundet med lav spesifisitet og omvendt. Ikke desto mindre vil det være av interesse, som vi skal se under, å lete etter kliniske tegn og symptomer med samtidig høy sensitivitet og spesifisitet.

⇒



Utpostens essay-konkurranse 1991

Konkurranseregler:

For 7. gang inviteres Utpostens 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 2 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 1991.

Manuskriptet vil bli behandlet anonymt. Forfatterens 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 telf.nr.

Premiering:

Manuskriptet 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 Steinholt. Vinneren(e) vil bli tildelt Utpostens diplom og en samlet premiesum på 10000. 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 Utpostens essaykonkurranse 1991 fås ved henvendelse til UTPOSTEN, 5890 LÆRDAL. □

Utpostens Formidlingspris 1990

I Utposten nr. 6/90 utlyste vi en formidlingspris på kr. 5000 under mottoet: Kunnskap er makt - og skal deles! Kunnskap er død hvis den ikke kommer ut!

I reglene for konkurransen står bl.a. *"Det konkurreres om beste populærvitenskaplige artikler basert på materiale innhentet og bearbeidet av forfatteren. Arbeidets vitenskapelige troverdighet må ikke kunne betviles. Konkurransen omfatter imidlertid artikkelens faglitterære kvaliteter. Artikkelens publikum er Utpostens lesere - altså et fagkyndig, kritisk og erfaringsrikt publikum."*

Utpostens redaksjon er jury for konkurransen, og fristen for innlevering var 31.12.90.

Juryens vurdering:

Det kom inn 2 bidrag til konkurransen, og begge bidragene tok for seg klinisk epidemiologi. Vi ser dette som et viktig emne i allmennmedisinsk forskning og praktiske hverdag, og synes derfor det er gledelig at bidragsyterne her har gjort forsøk på å gjøre dette emnet tilgjengelig for den jevne leser av Utposten.

Bakgrunnen for at vi utlyste konkurransen er at vi mener formidlingsaspektet er et undervurdert element i medisinsk forskning. Vi ville her ta initiativ til å sette noen standarder for populærvitenskaplige artikler. Da dette til en viss grad er nybrottsarbeid, blir det etter vår vurdering viktig å stille høye krav til produktene. De innsendte bidragene har tatt for seg et vanskelig emne, og ingen av dem har fullt ut maktet å formidle teorien og egne resultater allment tilgjengelig og samtidig vitenskaplig troverdig. Vi har derfor besluttet ikke å dele ut noen formidlingspris i år.

Et av bidragene har imidlertid så mange lovende potensialer at vi ville gi den en honnørpris for innsatsen. Det gjelder Eivind Melands artikkel: *"Klinisk diagnostikk og beslutningsdilemma ved vond hals"*. Han tar utgangspunkt i teorien rundt klinisk epidemiologi, bruker den på eget materiale fra en undersøkelse om bakteriologisk diagnostikk av vond hals, og finner fram til den undergruppen av pasienter der en bakteriologisk hurtigst har størst diagnostisk styrke. Vi synes både det teoretiske grunnlaget og de praktiske konsekvensene har allmenn interesse. Et lett bearbeidet resultat presenteres herved:

Klinisk diagnostikk og beslutningsdilemma ved vond hals



Eivind Meland er født 1950, cand.med. (Bergen) 1976. Han har vært distriktslege i Skånevik (Sunnhordland) 5 år, siden bydelslege i Bergen kommune. Siste 4 år periodisk gjestearbeider ved Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Bergen. Spesialist i allmennmedisin siden 1988.

Av Eivind Meland

I denne artikkelen skal jeg definere noen begreper som brukes i klinisk beslutningsteori. Begrepene skal jeg benytte til å belyse hvordan klinisk diagnostikk ved vond hals kan systematiseres. Til slutt i artikkelen skal jeg illustrere noen beslutningsdilemma stilt overfor pasienter med vond hals: hvilke konsekvenser får det å utrede med streptokokk hurtigst når vi kjenner sannsynligheten for streptokokksykdom hos pasienter.

Sensitivitet

Sensitivitet sier noe om undersøkelses/testens evne til å identifisere de syke blant de syke. På engelsk kalles også sensitivitet for "positivity in disease" (1), og jeg synes "sensisykitet" er en brukbar huskeregel. Som det framgår av tabell 1 framkommer sensitiviteten ved å dele de sant positive med summen av de sant positive og falske negative.

Det høres kanskje paradoksalt ut at tester/kliniske symptomer og tegn med høy sensitivitet kan brukes til å utelukke sykdom. Imidlertid vil en undersøkelse eller test med høy sensitivitet kunne utelukke sykdom når undersøkelsen eller testen er negativ. I klinisk praksis er det vanligst å lete etter symptomer og tegn som kan bekrefte sykdom. I allmennpraksis tror jeg imidlertid det er viktigere å se etter fravær av tegn og symptomer med høy sensitivitet som kan utelukke sykdom. Invalidering av friske diagnosebærere er i vår tid blitt et stort helseproblem.

Spesifisitet

Spesifisiteten forteller noe om undersøkelses/testens evne til å identifisere de friske blant de friske. På engelsk kalles dette begrepet også for "negativity in health", og en gangbar huskeregel vil være "spesifrisikitet". Som tabell 2 viser, framkommer spesifisiteten som en brøk med de sant negative i telleren og summen av de sant negative og falske positive i nevneren.

Tabell 2. Definisjon av spesifisitet

		Sykdom	
		+	-
Test	+	SP	FP
	-	FN	SN

Spesifisitet:
 $\frac{SN}{SN + FP}$

Tabell 1. Definisjon av sensitivitet

		Sykdom	
		+	-
Test	+	SP	FP
	-	FN	SN

Sensitivitet:
 $\frac{SP}{SP + FN}$

Undersøkelser og tegn med høy spesifisitet og samtidig høy sensitivitet vil være av stor differensialdiagnostisk betydning, men uheldigvis forholder det seg nesten alltid slik i klinisk medisin at høy sensitivitet er forbundet med lav spesifisitet og omvendt. Ikke desto mindre vil det være av interesse, som vi skal se under, å lete etter kliniske tegn og symptomer med samtidig høy sensitivitet og spesifisitet.

⇒



Positiv prediksjonsverdi

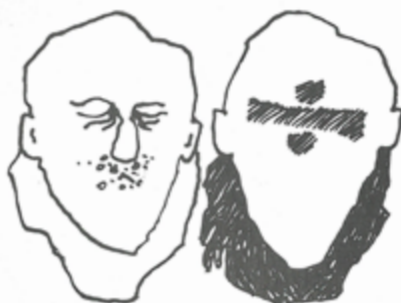
Den positive prediksjonsverdi uttrykker sannsynligheten for at en som har positiv test skal ha sykdommen. Som det framgår av tabell 3 er den positive prediksjonsverdi et forholdstall som framkommer ved å dividere de sant positive med summen av de sant positive og falsk positive. Den positive prediksjonsverdi vil øke med økende prevalens, og det er sammenlikningen mellom prevalens og positiv prediksjonsverdi som er interessant i klinisk beslutnings-sammenheng. Dess høyere positiv prediksjonsverdi er i forhold til prevalensen dess mer meningsfull er testen/diagnostikken i den aktuelle sammenheng. Det er viktig å være klar over at epidemiologien (prevalensen) bestemmer om en og samme diagnostikk/test er meningsfull i forskjellige sammenhenger.

Negativ prediksjonsverdi

Den negative prediksjonsverdi er et uttrykk for sannsynligheten for at pasienter med negativ test skal være friske (ikke ha sykdommen). Som tabell 3 viser, framkommer den negative prediksjonsverdi ved å dele de sant negative med summen av de sant negative og falsk negative. 100 - negativ prediksjonsverdi gir et mål i prosent på prevalensen av sykdommen i den gruppe som er frikjent for sykdom på grunnlag av testen. På samme måte som med den positive prediksjonsverdi, kan vi slik sammenlikne den negative prediksjonsverdi med prevalensen i den testede totalpopulasjon.

Tabell 3. Definisjon av positiv og negativ prediksjonsverdi (PPV og NPV)

		Sykdom		
		+	-	
Test	+	SP	FP	PPV: $\frac{SP}{SP + FP}$
	-	FN	SN	NPV: $\frac{SN}{SN + FN}$



Egen undersøkelse

Jeg har studert 120 pasienter som søkte legesenteret vårt for vondt hals. Hver pasient fikk registrert noen symptomer og tegn med forventet evne til å skille streptokokk-infeksjon fra viral infeksjon. Det ble tatt prøve av samtlige pasienters tonsillar-region, og prøven ble sendt på Culturette transport-medium til mikrobiologisk laboratorium for dyrkning. Dyrkningsresultatet tjente som "gull-standard".

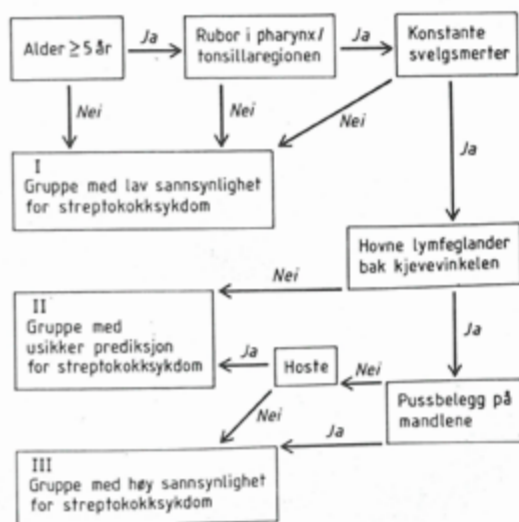
I tabell 4 har jeg framstilt de symptomer og tegn som i denne undersøkelse hadde størst evne til å differensiere streptokokk-infeksjon fra annen infeksjon. Som nevnt under avsnittet om sensitivitet, kan vi bruke de parametre med høyest sensitivitet til å definere en gruppe med lav sannsynlighet for streptokokkinfeksjon i halsen. Gruppen framkommer som vist i figur 1, av pasienter enten med lav alder (<5 år), bleke slimhinner i pharynx eller ikke konstante svelgsmerter.

Tabell 4. Validitetsmål for noen kliniske parametre.

	Sensitivitet	Spesifisitet	Positiv prediksjonsverdi
Alder 5 år og mer	100	13	32
Rubor i pharynx/tonsillaregion	91	23	36
Konstante svelgsmerter	77	28	34
Hovne lymfeknuter bak kjevevinkelen	69	54	41
Pussbelegg på mandlene	34	81	46
Fravær av hoste	69	65	48

Figur.1

ALGORITME FOR INNDELING I 3 GRUPPER ETTER SANNSYNLIGHET FOR STREPTOKOKKSYKDOM.



Prevalensen av streptokokkinfeksjon i hele populasjonen var som vist i tabell 5, 29 %. I gruppe 1 var prevalensen 19 %. Imidlertid er det viktig å være klar over at halvparten av disse (ca 10 %) vil være bærere av streptokokker i halsen.

Pasienter med alder 5 år eller mer, rubor i halsen og konstante svelgsmerter, men enten fravær av lymfekjertler i kjevevinkelen eller tilstedeværelse av hoste, representerte en gruppe med usikker prediksjon for streptokokksykdom. Som det framgår av tabell 5, er prevalensen av streptokokksykdom i denne gruppen nær identisk med prevalensen i totalmaterialet.

Tabell 5. Gruppeinndeling på grunnlag av algoritme (figur 1), gruppens størrelse og prevalens av streptokokk-infeksjon i hver gruppe i prosent.

Gruppe	Prosent av total	Prevalens
1. Lav sannsynlighet for streptokokkinfeksjon	44	19
2. Usikker prediksjon	35	26
3. Høy sannsynlighet for streptokokkinfeksjon	21	56
Total	100	29

Ingen enkelt-symptomer eller -tegn hadde høyere positiv prediksjonsevne enn 48 prosent (tabell 4). Ved å kombinere de tre parametre med høyest positiv prediksjonsverdi, kunne jeg identifisere en gruppe med høyere sannsynlighet for streptokokkinfeksjon: Pasienter med alder 5 år eller mer, med rubor i pharynx-tonsille-region, konstante svelgsmerter, hovne lymfeknuter bak kjevevinkelen og enten pussbelegg på mandlene eller fravær av hoste, hadde høy sannsynlighet for streptokokksykdom. Prevalensen var i denne gruppe 56 %.

Av tabell 4 ser vi at det enkelt-symptom med størst sensitivitet og spesifisitet, er hoste. Dette er det enkeltsymptom med størst differensialdiagnostisk evne. Hvis vi baserer diagnosen streptokokkinfeksjon hos pasienter med vond hals på fravær av hoste alene, vil vi ha en nesten 50 % sjans for korrekt positiv diagnose.

Hvem skal vi teste

For å illustrere hvilke dilemma vi står overfor, tar vi som utgangspunkt av vi disponerer en bekreftende hurtigtest med sensitivitet og spesifisitet tilsvarende 90 %. Så valide tester finnes på markedet, men det er viktig å være klar over at enkelte hurtigtester har vesentlig lavere sensitivitet.

Dersom vi tester gruppe 1, gruppen med lav sannsynlighet for streptokokksykdom, vil vi få resultater som vist i tabell 6. (Her er tallene omgjort til prosent ved å anta at populasjonen i hver gruppe tilsvarer 100).

Tabell 6. Positiv og negativ prediksjonsverdi etter testing med hurtigtest i gruppe 1 (lav sannsynlighet).

		Streptokokker		
		+	-	
Test	+	17	8	PPV: 68 %
	-	2	73	NPV: 97 %
		19	81	100

Vi ser av tabellen at vi etter gjennomføring av testen vil ha et forholdsvis stort antall falsk positive (8 pasienter).

Ved ikke å teste denne gruppe vil vi "miste" 19 av 100 hvorav 10 er bærere av streptokokker. Anvender vi testen vil nær samtlige bærere diagnostiseres samt et nesten like stort antall falsk positive uten streptokokker i halsen. Det må være tillatt å stille diagnosen: streptokokkfrisk, klinisk i denne situasjon med mulighet for ny kontakt ved forverring av symptomer.

I tabell 7 ser vi resultatet etter at gruppen med høy sannsynlighet for streptokokkinfeksjon er testet med den bekreftende hurtigtesten. 100 - NPV tilsvarende prevalensen av streptokokkinfeksjon i den gruppe som har fått negativt testresultat: 14 %. Dette uttrykker med andre ord sannsynligheten for at en pasient med negativt testresultat allikevel skal være streptokokksyk. Sannsynligheten for at pasienter med dette sykdomsbilde skal være streptokokksyke er 56 %. Dersom muligheten for falsk negativ prøve er så stor (14 %) at vi ikke vil stole på et negativt testresultat, kan vi trygt la være å ta prøven.

Tabell 7. Positiv og negativ prediksjonsverdi etter testing med hurtigtest i gruppe 3 (høy sannsynlighet).

		Streptokokker		
		+	-	
Test	+	50	4	PPV: 92 %
	-	6	40	NPV: 86 %
		56	44	100

Av tabell 8 ser vi at dersom bekreftende test forbeholdes gruppen med usikker prediksjon for streptokokksykdom, vil sannsynligheten for falsk negativt testresultat være ubetydelig (100 - NPV = 5%). Sammenliknet med så lav sannsynlighet i utgangspunktet som 26 %, vil en kunne stole på et negativt testresultat. Det vil derfor være meningsfullt å teste pasientene som tilhører denne gruppe.

Tabell 8. Positiv og negativ prediksjonsverdi etter testing med hurtigtest i gruppe-2 (usikker prediksjon).

		Streptokokker		
		+	-	
Test	+	23	7	PPV: 76 %
	-	3	67	NPV: 95 %
		26	74	100

Disse eksempler illustrerer for oss at selv om vi disponerer en bekreftende test med så god validitet som 90 % sensitivitet og spesifisitet, vil det være akseptabelt og stole på den kliniske diagnose hos pasienter med henholdsvis høy og lav sannsynlighet for streptokokksykdom. Testen har størst diagnostisk styrke i de tilfeller der det kliniske sykdomsbilde er usikkert.

Selv om disse eksempler er hentet fra et lite og spesielt område av klinisk allmennmedisin, gir det også en god illustrasjon på at en og samme diagnostiske utredning vil ha forskjellig verdi alt etter hvilken epidemiologiske situasjon vi befinner oss i. Prevalensen i de ulike situasjoner vil avgjøre om den diagnostiske metode er meningsfull. Dette er en ofte underslått kjensgjerning når sykehus-spesialisten og allmennpraktikeren diskuterer vilken utredning som er "korrekt".

Litteratur

1. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. Boston/Toronto: Little, Brown and Company, 1985, 59-139.

Stipendiat/ bydellege
Eivind Meland
Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
5009 Bergen



C**Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal**Olav Rutle
Sjøbergvn. 32

1341

2050 JESSHEIM

Innhold: UTPOSTEN nr. 4 1991

Leder Marit Hafting og Janecke Thesen	side 147
Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenestene Peder Ringdal	side 148
Bokmelding: Godt liv som gammel Nanna Ebbing	side 151
Samarbeidsprosjekt mellom fylkessjukehuset i Lærdal og kommunehelsetenesta Lasse Sælthun	side 152
Pårørende til terminalt syke Marit Hafting	side 154
Bokmelding: Forskning om arbeidsløshet fra allmennpraksis Bjørgulf Claussen	side 157
Sykehusbasert allmennpraktiker for de gamle Utposten i samtale med Anette Hylén Ranhoff	side 158
Hverdagsklinikk: Funksjonsvurderinger av geriatriske pasienter Anette Hylén Ranhoff	side 160
Prioriteringsspalten - ubyråkratisk sommaravlastning for psykisk utviklingshemma Kjell Helleland	side 161
Hverdagsklinikk: Urinveisinfeksjoner hos kvinner i fertil alder Knut Inge Solbakk m. fl.	side 164
Rapport fra personellet Anne Kari Romarheim	side 166
Fastlønnstilskuddet til kommunenes helsetjeneste Per Joachim Lund	side 170
Forskning og evaluering i primærhelsetjenesten Anders Grimsmo	side 176
Rapport fra Wonca-konferansen i Barcelona - advent i Spania Gunn Aadland	side 179
Vaksine mot utfbrenning -rapport fra praksislærerkurs i Canada/USA Ole V. Jacobsen	side 182
Bor AIDS i radioen? Per Stensland	side 185
Utpostens essaykonkurranse	side 188
Klinisk diagnostikk og beslutningsdilemma ved sår hals Honnørpris i konkurransen om Utpostens formidlingspris 1990, av Eivind Meland	side 188