

# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1

1993

ÅRGANG 22



**Firkløveren symboliserer UTPOSTENS fire pillarer:**

- den allmennmedisinske hverdag
- teoretisk og ideologisk allmennmedisin
- praktisk samfunnsmedisinsk arbeid
- teoretisk og ideologisk samfunnsmedisin.

# UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Telefonhenvendelser vedrørende  
Utposten kan rettes til RMR, foruten  
redaktørene.

## Redaksjonen:

Geir Sverre Braut  
Tuholen 14, 4340 Bryne  
Tlf. priv.: 04 42 63 69  
Tlf. arb.: 04 56 87 70

Sonja Fossum  
Svenstuvn. 2, 0389 Oslo  
Tlf. priv.: 22 14 11 97  
Tlf. arb.: 22 25 34 72

Betty Pettersen  
Tussan, 8372 Gravdal  
Tlf. priv.: 08 88 32 25 / 22 44 49 77  
Tlf. arb.: 08 88 32 25 / 22 04 22 00

Eystein Straume  
9550 Øksfjord  
Tlf. priv.: 08 45 81 18  
Tlf. arb.: 08 45 81 04

Eivind Vestbø  
4160 Judaberg  
Tlf. priv.: 04 51 22 74  
Tlf. arb.: 04 51 24 44

Helge Worren  
Langmyrgrenda 59b, 0861 Oslo  
Tlf. priv.: 22 95 04 80  
Tlf. arb.: 67 06 00 83

Petter Øgar  
6790 Hornindal  
Tlf. priv.: 05 77 95 76  
Tlf. arb.: 05 77 94 86

## Annonser:

RMR, Sjøbergv. 32, 2050 Jessheim  
telefon 06 97 32 22

## Abonnement:

kr 250,- pr år,  
Bankgiro 3838. 07. 68248  
Postgiro 0825 0835 397

Layout : Idéfo, Voss

Trykk: Voss Offset

# KJÆRE LESER:

”

## Ny etappe - og velkommen med på ferden!

Utposten har skiftet redaksjon, og dette er den nye redaksjonens første nummer. Først må vi benytte anledningen til å takke den avgåtte redaksjonen for vel utført arbeid.

Hvor går veien for Utposten nå? Noen detaljert programerklæring vil vi ikke komme med, men en del tanker har vi gjort oss.

Utposten har vært og skal være et blad for allmenn- og samfunnsmedisin med solid forankring i den primærmedisinske grasrota. Innholdet skal hvile på fire pillarer; den allmennmedisinske kliniske hverdag, praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene og teoretiske og ideologiske spørsmål knyttet til fagene allmenn- og samfunnsmedisin. I dette ligger at vi både ønsker å bringe praktisk og direkte matnyttig stoff for den vanlige primærlege i det daglige arbeid og utfordrende, gjerne provoserende stoff som kan sette større tanker i sving. De erfaringene vi samlet høster i vårt daglige arbeid, er det viktigste grunnlag for læring og videre utvikling av fagene. Men vi

ønsker også innspill fra andre fag og vitenskaper som kan bidra til å øke vår forståelse av virkeligheten og på den måten gi oss bedre forutsetninger for å gjøre en god jobb. Vi ønsker at Utposten skal være en møteplass for refleksjon, kommunikasjon og oppmuntring.

Vi har gjort oss tanker om mange mulige faste og mindre faste spalter: *Slik gjør vi det. Samfunnsmedisinske hverdagsproblemer. Smil i hverdagen. Synspunkt. Kasuistikker. Bokanmeldelser. Kursspalte. Intervjuer. Brev fra periferien.* (Husk at i et primærmedisinsk perspektiv er storbyen minst like perifer som Loppa på Finnmarkskysten!). *Temaer.* Hvilke spalter som har livets rett avgjør dere som bidragsytere.

Vi ønsker imidlertid ikke å sementere Utpostens form i utgangspunktet, men delvis la veien bli til mens vi går. Og veien går vi sammen med dere. I det ligger erkjennelsen av at Utposten er et dugnadsprodukt som aldri kan bli bedre enn det den enkelte av dere hjelper oss å gjøre den til, enten det er som bidragsyter, tipser eller tilbakemelder.

Velkommen med på ferden!

”

Geir Sverre Braut Sonja Fossum  
Betty Pettersen Eystein Straume  
Helge Worren Petter Øgar Eivind Vestbø

**INN H O L D :**

Redaktørene:	
<b>Hils på den nye redaksjonen</b>	<b>4</b>
Petter Øgar:	
<b>Småsykehusene- snart en saga blott?</b>	<b>5</b>
Fylkeslege Kolbjørn Øygard intervjuet av Eystein Straume:	
<b>Det er menneskenes ve og vel det gjelder</b>	<b>8</b>
Aslak Bråtveit:	
<b>E-tavle, eit nytt primærmedisinsk verktøy</b>	<b>11</b>
Petter Øgar:	
<b>Vi intervjuer helseminister Werner Christie</b>	<b>16</b>
Sonja Fossum:	
<b>Medisinerstudiet under omforming</b>	<b>20</b>
Frode Forland:	
<b>Brev fra periferien: Frå Vest-Telemark til Aust-Mashonaland</b>	<b>24</b>
Anne Mathilde Hanstad:	
<b>Spiseforstyrrelser i allmennpraksis</b>	<b>28</b>
Knut Ågotnes:	
<b>"Å stanses i spranget"</b>	
- Refleksjoner omkring arbeid og arbeidsløshet	<b>36</b>
Olav Rutle:	
<b>En pille for alt som er ille</b>	<b>40</b>
Redaksjonen:	
<b>Løvetannprisen 1992</b>	<b>43</b>
Gunn Aadland:	
<b>Årsmøte i NSAM 1992</b>	<b>44</b>
Redaksjonen:	
<b>Forfatterveiledning</b>	<b>47</b>



# Hils på den nye redaksjonen!



**Betty Pettersen**, f. 59, cand. med 86, MPH Loma Linda USA. Turnus + privat. prakt. + kom. lege II og I i Hadsel, Vesterålen 86 - 91. Nå forsker ved Folkehelse. Interesser: samfunnsmedisinsk ideologi, helsefremmende og forebyggende arbeid, tverrfaglighet, sang, nærmiljø/kulturarbeid.

**Redaktør Helge Worren** har samlet et knippe kolleger fra stort sett hele landet rundt seg. Vi er tilsammen 301 år, og har vært leger i tilsammen 107 år. For å kunne møtes reiser vi tilsammen 30 timer t/r. Her er en kort presentasjon av den enkelte. Vi håper at leserne og bidragsyterne dermed vet hvem de kan henvende seg til!



**Eystein Straume**, f. 42, cand. med 68, München. Høy flyttefrekvens i tidligere år. Fra 72 i Loppa, med div. sykehustjeneste: patologi, indremedisin og kirurgi. Nå kom. lege I. Interesser: Lokalsamfunnets tilstand, seile fembøring på Loppahavet, allmennmedisinsk filosofi.



**Petter Øgar**, f. 53, cand. med 78. Kongsberg sykehus 80-83. Kom. lege/helsesjef i Hornindal fra 83. Veileder. Med i NSAMs diabetes-gruppe. Interesser: allmennmedisinsk ideologi, helseøkonomi, helsetjenesteutforming og fysiske utskielser.



**Helge Worren**, f. 47, cand. med. 76. Ass. lege Dikemark 79/80, kom. lege Sør-Aurdal 80-88. SHUS - avd. for helseopplysning 88 - 90. Bydelsoverlege Vindern 90 - 92. Fra 92 priv. alm. prakt. Nittedal. Interesser: Helsefremmende arbeid, formidlingsarbeid og belastningslidelser. Fjellturer.



**Eivind Vestbø**, f. 43, cand. med 70. Alm. prakt. i Ryfylke fra 74, samt barne- og psyk. avd. Rogaland sentralsykehus. Nå kom. lege I og alm. praktiker. Interesser: Allmennmedisinsk teori og fagutvikling, helsekontroller, helseopplysning, arbeidsmodeller i allmennpraksis, havseiling og fjellturer.



**Sonja Fossum**, f. 45 i Danmark, cand. med 79. Stort sett bydelslege i sentrum av Oslo, nå i privat praksis. Arbeidet mye med innvandrerkvinner. Oppfølging HIV-pos./forebygg. AIDS Miljøetaten Oslo 88/90. Helsedirektoratet 90/91, forebygging og SOS. Interesser: Forebyggende arbeid, opera, litteratur, dans.

**Geir Sverre Braut**, f. 55, cand. med 80. Folkehelseutdanning NHV Göteborg. Ass. fylkeslege Rogaland fra 85, deltid forsker-assistent ved NHV. Mange verv i Legeforeningen. Interesser: Miljørettet helsevern, sosialmedisin, helserett og -økonomi, natur, fotografi, målsak og lyrikk.





# Små- sykehusene - snart en saga blott?

Tekst: Petter Øgar

Petter Øgar er cand. med. fra Oslo 78. Ass. lege med. avd. Kongsberg sykehus 1980-83. Ene- og alene kommunelege/helsesjef i Hornindal fra 1983. Dobbeltspesialist og veileder i allmennmedisin. Medlem av NSAM's diabetesgruppe og leiar av kommunelege I-forum i Sogn og Fjordane.

Med unntak av kongelige signingsferder er det ingen saker i lokalsamfunnet som samler større og mer unison oppslutning enn forsvaret for eget lokalsykehus. Til tross for dette står disse sykehusene i overhengende fare for å forsvinne. De rådende krefter i sentrale faglige og administrative organer synes å ha akseptert dette som en unngåelig følge av den faglige utviklingen. Det er signalet i Helsedirektoratets rapport om småsykehusene fra 1991 og fra en ekspertkonferanse om akuttmedisinsk beredskap ved småsykehus som ble arrangert i Bodø i september 92. Helsedepartementet forventes å komme med en melding om småsykehusene inneværende år. Det er et urovekkende tankekors når ekspertene og opinionen til de grader er på kollisjonskurs, og det er god grunn til å analysere noe grundigere hvilke konflikter vi egentlig står overfor.

I Norge har vi idag 85 sykehus. 35 av disse er småsykehus. Småsykehuset kjennetegnes ved at det betjener en befolkning på under 50.000 mennesker. Over halvparten har et befolkningsunderlag på under 30.000. Småsykehuset har som regel medisinsk, kirurgisk, føde- og røntgenavdeling med døgnberedskap for akutte sykdomstilfelle, og behandler det store flertall av de vanlige sykdommene innenfor disse fagområdene.

## *Spesialiseringen umuliggjør framtidig drift av småsykehus.*

Det er flere årsaker til at småsykehusenes eksistens er truet. Den viktigste er den stadig økende spesialiseringen av helsevesenet som utløser økte krav til bemanning. Spesialiseringen gjør at den enkelte lege vet stadig mer om stadig mindre. I "gamle" dager kunne en kirurg operere både mage og prostata, behandle de fleste brudd og bistå ved



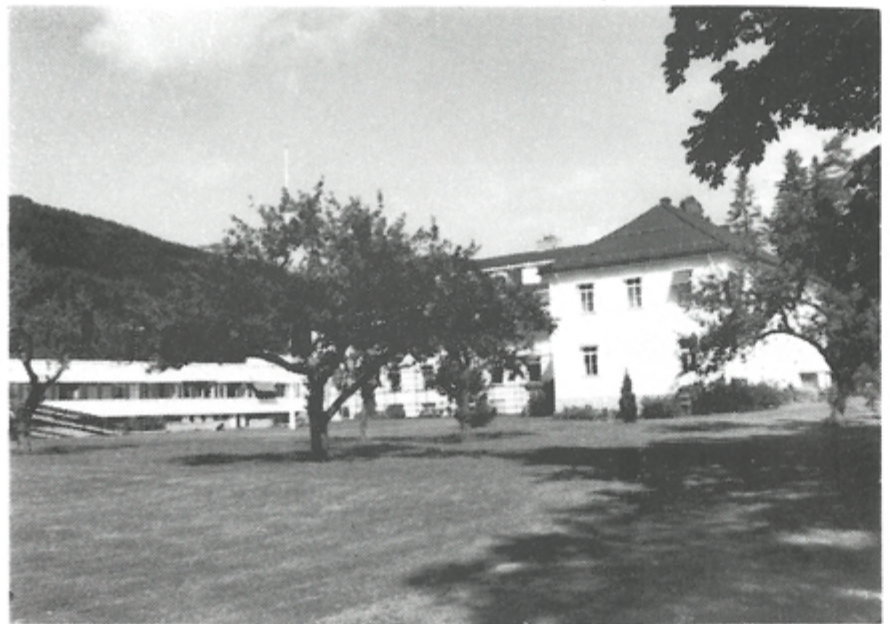
kompliserte fødsler. Idag er disse oppgavene fordelt på 4 ulike spesialområder, og en "må" ha 4 ulike spesialister for å løse dem. Når en også vet at mange av disse ulike sykdommene kan oppstå plutselig og trenger spesialisert beredskap døgnet rundt, er det lett å skjønne hvilken kostnadsdrivende effekt spesialiseringen har. Skal dette overhodet kunne forsvares økonomisk, må sykehusenes befolkningsunderlag være så stort at arbeidskraften blir effektivt utnyttet. Fra faglig hold hevdes det også at en stor befolkning er nødvendig for at spesialistene skal få så mange pasienter innen sitt spesialfelt at de kan opprettholde sine ferdigheter. Småsykehusenes befolkningsunderlag blir etterhvert for små til å oppfylle disse vilkårene. Utviklingen er således iferd med å umuliggjøre framtidig drift av småsykehus med de samme funksjonene som de har idag.

### Er spesialiseringen faglig nødvendig?

Selv om spesialiseringen utvilsomt har medført betydelige framskritt, er det grunn til å spørre om den stadig fører til en bedre helsetjeneste for befolkningen totalt sett. Det kan være grunnlag for å hevde at de store brukergruppene får sine behov bedre dekket i en noe mindre spesialisert helsetjeneste enn den det idag legges opp til. En undersøkelse fra Aker sykehus i 1990 viser at 88 % av pasientene som ble lagt inn som øyeblikkelig hjelp på medisinsk avdeling, hadde problemer som kunne løses tilfredsstillende på et vanlig lokalsykehus uten høyspesialiserte tilbud.

### Hva styrer utviklingen?

Utformingen av helsevesenet har i stor grad vært styrt av hva som til enhver tid har vært definert som faglig forsvarlig virksomhet. Dette kommer formelt til uttrykk gjennom lover, regelverk og de statlige tilsynsmyndigheters fortløpende vurdering (Helsedirektoratet og



Stensby sykehus, Minnesund

fylkeslegene). Men i realiteten er det fagorganisasjonene og de ledende fagmiljøene - i første rekke Den norske lægeforening og legene - som avgjør hva som er faglig godt og med det hva som er faglig forsvarlig. Problemet med dette er at det spesialiserte og faglige perspektivet har blitt for dominerende og nærmest enerådende. Det faglige perspektivet har også hatt en tendens til å bygge på såkalt værste fallstening. Standarden skal være slik at en kan ta hånd om de vanskeligst tenkelige tilfellene, selv om disse inntreffer svært sjelden og kostnadene blir uforholdsmessig store i forhold til nytteverdien.

Den faglige utviklingen og organiseringen av legearbeidet har videre gjort arbeid ved småsykehusene til en blindvei i legenes karrieremønstre. Når en også vet at småsykehusene i stor utstrekning ligger i distrikts-Norge og at legemarkedet generelt er meget stramt, er det ikke til å undres over at det er svært vanskelig å rekruttere faglig nøkkelpersonell. Mange småsykehusavdelinger drives med underbemanning av leger og ved hjelp av korttidsvikarere. Dette er en så alvorlig trussel mot kvaliteten på småsykehusenes

tjenester at den på sikt ikke er til å leve med, men bokstavelig talt kan være til å dø av!

### Alternative driftsformer - uten realitetsforankring?

Helsedirektoratet har i en rapport om småsykehusenes fremtidige oppgaver og funksjoner fra 1991 gitt en dekkende beskrivelse av tingenes tilstand, men stiller ikke spørsmål ved om denne utviklingen er ønskelig. Helsedirektoratets løsning er en omforming av lokalsykehusene til andre driftsformer. Den døgnbaserte akuttberedskapen må vekk. I stedet skal en satse på planlagte (elektive) og nisjepregede behandlingsformer med hovedvekt på poliklinisk virksomhet og dagbehandling. Omgjøring til rehabiliteringsinstitusjoner eller sykestuer er andre muligheter. Bak flere av modellene ligger en tanke om at primærhelsetjenesten skal knyttes nærmere til disse institusjonene.

Disse alternative driftsformene representerer alle noe radikalt annerledes enn de lokalsykehusene vi har idag. Det store flertall av øyeblikkelig hjelp-innleggelses kan ikke mottas. De fleste, om ikke alle, av disse

modellene vil være mindre faglig attraktive enn lokalsykehusene er idag. Når en ser på rekrutteringsvanskene idag, kan en bare drømme om problemene med å få spesialister til de alternative modellene. Dermed kan en hevde at de ikke er reelle alternativer, men et skritt videre på veien mot full avvikling av småsykehusene.

Det synes også å være en overdreven tro på graden av overlapping i oppgavene til sykehusleger og primærleger og mulige rasjonaliseringer. Dersom sykehus- og primærleger skal arbeide side om side, kan det bli vanskelig å overholde en ryddig ansvars- og oppgavefordeling. Dette er en grunnleggende forutsetning for å kunne realisere bruk av det lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), som norsk helsevesen bygger på.

### Småsykehusenes fortrinn.

Hva taler til småsykehusenes fordel? Som Helsedirektoratet selv sier i sin rapport, er det de gamle og kronisk syke, med flere og sammensatte sykdommer, som dominerer sykdomsbildet. Ved siden av håndtering av akutte sykdomstilfelle vil medisinsk rehabilitering ofte være et viktig aspekt av tjenestebehovet. Disse pasientene vil ofte være bedre tjent med en helsetjeneste preget av nærhet og mer generell faglig kompetanse og tilnærming, enn av et høyspesialisert, seksjonert tilbud med mye avansert teknisk utstyr. Det viser seg at økt spesialisering ofte innebærer både en mental og strukturell hindring mot en helhetlig tilnærming til det syke mennesket.

Et nært samarbeid mellom sykehus og helsetjenesten i kommunene er også svært avgjørende for kvaliteten på tjenestene. Småsykehusene har klart bedre forutsetninger for å møte disse behovene enn store og mer fjerntliggende sykehus. Geografisk nærhet og relativt små enheter er nøkkelord. Det er riktignok slik at

avstanden til nærmeste akuttisykehus sjelden spiller noen avgjørende rolle for det "harde" medisinske utfallet i form av overlevelse, operasjonsresultat o.l. Derimot er det viktig av andre grunner. Nærhet gir mulighet for pårørende til besøk. For mange pasientgrupper og deres pårørende er det faktisk ganske viktig. Ikke minst gjelder det mennesker med alvorlige sykdommer i livets slutfase.

Rimelig geografisk nærhet gjør det i mye større grad mulig for helsepersonell i kommunene å bruke sykehuset som faglig ressursbase ved møtevirksomhet, hospitering mv. Små enheter skaper forutsetninger for personlig kjennskap og kontakt mellom helsepersonell på sykehuset og ute i kommunene. Dette beforder den gode kommunikasjonen som er en forutsetning for et godt samarbeid mellom nivåene. Betydningen av dette både for kvalitet og effektiv ressursutnyttelse kan vanskelig overdrives, og er trolig et av de feltene der det er størst rom for forbedringer og effektivisering i dagens helsevesen.

For lokalbefolkningen er det også andre verdier knyttet til lokalsykehuset. Det representerer en betydelig psykologisk trykkekraftfaktor. Noen vil hevde at følelsen av trykkekraft ikke alltid er rasjonelt begrunnet og kan mangle saklig forankring, men er den verdiløs av den grunn? Lokalsykehuset utgjør ofte en viktig del av lokalsamfunnets identitet. En trussel mot sykehuset er en trussel mot lokalsamfunnet. Dette er ikke minst viktig i den rådende arbeidsmarkedssituasjon.

### Stridens kjerne.

Striden om småsykehusenes framtid er en strid om hvilke kvalitetskriterier som skal ligge til grunn for utformingen av helsevesenet vårt og hvem som skal få bestemme dem. Primærhelsetjenesten bør stå fram og tone flagg i denne striden. Det er på tide å revurdere den ensidige dyr-

kingen og beundringen av det høyspesialiserte helsevesenet. Bivirkningene er iferd med å bli for store. Forutsatt en bemanning med tilpasset utdanning bør det være mulig å drive småsykehusene på en økonomisk og faglig forsvarlig måte. Men for å få dette til kreves en snuoperasjon med bruk av sterke, statlige styringsmidler der legenes spesialistutdanning endres og legemarkedet reguleres på en annen måte enn idag. Samarbeidet mellom store og små sykehus må forbedres. Småsykehusene må hoppe av spesialiseringsskarens og akseptere et realistisk faglig- og beredskapsmessig ambisjonsnivå. Befolkningen på sin side må innse at også lokalsykehusene har sine begrensninger og at en ikke kan få både i pose og sekk.

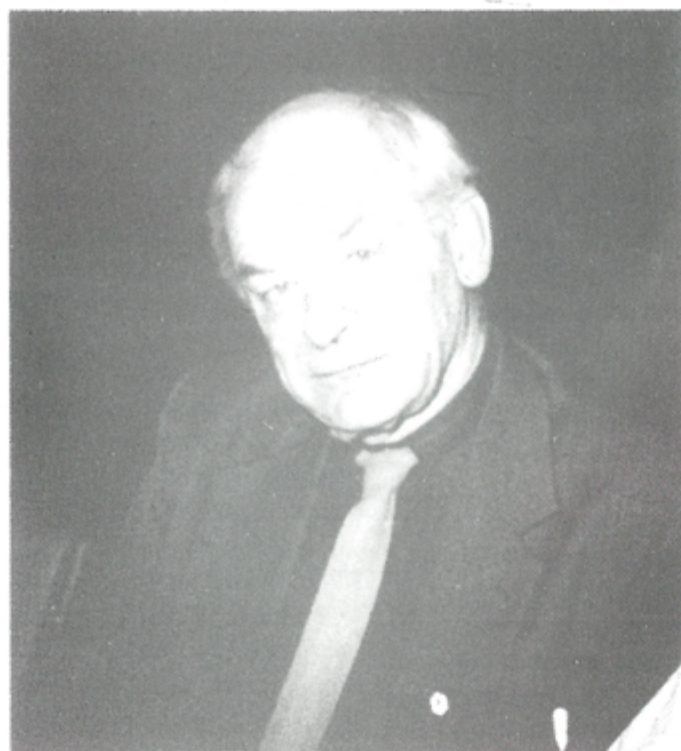
**Kommunelege I  
Petter Øgar  
6790 Hornindal**

○



# Det er menneskenes ve og vel det gjelder

Kolbjørn Øygard er født i 1927. Etter turnus og militærtjeneste var han assistentlege hos distriktslegen i Tolga fra 1956-58. Distriktslege i Kautokeino fra 1958-65. Ass. fylkeslege i Vest-Agder fra 1965-67. Fylkeslege i Finnmark fra 1968-78. Bedriftslege og senere verne sjef ved Sauda smelteverk fra 1978-92. Fra november 1992 er han tilbake i Finnmark som fylkeslege. Høsten 1992 fikk han OLLs hederspris.



**Fylkeslege Kolbjørn Øygard intervjuet av Eystein Straume**

UP:

Du holdt foredrag under den primærmedisinske uken i oktober 1992 om samfunnsmedisin i går, i dag og i morgen. Der sa du at utviklingen i vårt samfunn går på helsa løs og at vi må si fra til politikere og myndigheter. Hva er galt i vårt samfunn og hvilket mandat har vi?

KØ:

*I arbeidslivet er økonomien i den grad kommet i høysetet at det stilles slike krav til effektivitet, omstillings- evne og tempo at det går på helsa løs. Legene har i for stor grad trukket seg tilbake til det de synes de best kan, nemlig diagnostisering og behandling av sykdommer i et spe-*



sialisert helsevesen. En følge av dette er at vi som leger er kommet for langt bort fra samfunnets styrings-systemer. Det er en lite god utvikling fordi vi gjennom helselovgivningen har mandat til å vende oppmerksomheten mot det som angår menneskene ve og vel. Som leger forvalter vi kunnskap som må anvendes til å sette hensynet til hvert enkelte menneske i sentrum for utviklingen. Utover dette har vi alle som medmennesker et ansvar for vår neste.

UP:  
Gårsdagens samfunnsmedisin var særlig opptatt av infeksjonssykdommene. Du har sagt at det var kampen mot tuberkulose som skapte samfunnsmedisinen.

KØ:  
Jeg mener det går an å si at det var Sunhetsloven av 1860 og tuberkuloseloven fra 1900 som virkelig startet samfunnsmedisinen i Norge. Tuberkuloseloven ga muligheter for offentlig dekning av utgifter til smitteisolering og behandling av syke. Tuberkulose-problemet var stort. Så sent som i 1930 skyldtes 30 % av alle dødsfall i Finnmark tuberkulose. Kampen mot tuberkulose måtte føres på mange felt. Det var mer enn isolasjon og behandling av smitte. Det var i stor grad de fattiges sykdom, og dårlige boforhold og andre vanskelige sosiale forhold måtte angripes. Fra samfunns-engasjerte leger ble dette ofte påpekt. Ut fra disse forhold og den innsikt det medførte, vokste det frem en forståelse for helsetjenestens plass og betydning i samfunnet.

UP:  
Senere kom hjerte-kar sykdommene. Under din ledelse ble helsetjenesten i Finnmark et foregangsfylke på dette området. Hjerte-kar sykdommene er i dag i tydelig tilbakegang og aktiviteten omkring disse problemene har ført til en rekke doktorgradsarbeider.

KØ:  
Da jeg begynte som fylkeslege i Finnmark var det en betydelig overdødelighet av hjerte-kar sykdommer. Dette gikk frem av tilgjengelig offentlig statistikk. Oslo-undersøkelsen hadde vist sammenheng mellom flere risikofaktorer og hjerte-kar dødelighet. Det var også påvist at intervensjon mot risikofaktorene reduserte dødeligheten. I Finnmark hadde Anders Forsdahl begynt sin kartlegging av befolkningen i Bugøyenes, hvor han fant sammenheng mellom høyt kolesterol og hjerte-kar dødelighet. Da Universitetet i Tromsø ble opprettet var det en klar forutsetning at Universitetet skulle ha sin oppmerksomhet rettet mot forhold i Nord-Norge. Fylkeslegen gikk derfor med stor frimodighet til det unge Universitetet og presenterte hjerte-kar sykdommene i Finnmark som et naturlig satsingsområde.

På grunnlag av risikofaktorene ble det beregnet en total risikoscor for hjerte-kar sykdommer. Det var nesten uhyggelig da vi registrerte at de 10 med høyeste scor var døde i løpet av kort tid. Vi forsto ikke alt, men vi viste så mye at vi måtte handle. Det har vært gledelig å se den nedgangen i dødelighet som har skjedd. I dag bekymrer det meg at farmasøytisk industri vil løse problemet med medikamenter. Økonomisk vinning og medikalisering kommer i stedet for det det gjelder: nemlig enkle råd til befolkningen om endring av levninger og kosthold.

UP:  
Morgendagens samfunn kjenner vi ikke, men som verneleder i en industribedrift har du gjort deg noen tanker om det som er i ferd med å skje.

KØ:  
Vårt allmenne miljø er i fare. Vi eksponeres i stadig større grad for en rekke nye kjemiske stoffer samtidig som det mentale klima på arbeidsplassene blir hardere. Jeg ser den store økningen av allergiske lidelser

som en følge av dette. De miljø- og ressursproblemer vi står overfor viser at vår jord ikke tåler den utviklingen vi nå har. Kursen må legges om, det er bare et spørsmål om hvor galt det skal bli før så skjer. I dag er det slik at bare noen har arbeid og den sikkerhet det gir. Vi må kunne organisere oss slik at alle kan få denne sikkerheten.

UP:  
I dag skjæres det ned på rammene til helsetjenesten og mange tar til orde for et snevrere helsebegrep. Bare den som har objektivt påvisbare sykdommer skal få rett til trygdeytelser. Ser du dette som en del av et hardere mentalt miljø?

KØ:  
Det er urettferdig overfor de svakeste stilte i samfunnet å skjerpe kravene nå. Det er arbeidsledigheten som er problemet. Vi vet at det er en betydelig oversykkelighet i køen av arbeidsledige. Tiltak som presser flere ut i den køen vil bare føre til mer sykdom. Innstramminger som rammer de svakeste er derfor ingen tjent med, og det er uverdig for vårt samfunn.

UP:  
Dersom helsetjenesten skal kunne være en premissleverandør til politikere og myndigheter så trenger vi en egnet organisering av tjenesten, og vi trenger egnede metoder for arbeidet vårt. Etter 1984 er det mange som føler at kommunehelsetjenesten er isolert i hver enkelt kommune. Sosialdepartementets styringshjul er ikke etablert enda, i beste fall er det svært eksentrisk og henger i ro. Samfunnsmedisinen som fag strever med sin identitet. Har rettighetstenking og helsejuss erstattet faglig utvikling og innsikt?

KØ:  
Det er mitt inntrykk at helsebyråkratiet har vokst ganske betraktelig. Jeg er ikke sikker på at dette har gitt bedre helse som resultat. Jeg får an-

⇒

ledning til å se nærmere på dette nå når jeg er tilbake som fylkeslege. Når det gjelder tilbakemelding til sentrale myndigheter så ser jeg både epidemiologi og situasjonsbeskrivelser som viktige metoder. Det gjelder bare å finne de til enhver til viktige parameter. Jeg vil tro at meldinger angående selvmord, skilsmisser, arbeidsledighet, kriminalitet og sykefravær kan være viktige indikatorer for den utviklingen vi nå ser. De gamle årsmeldingene fra helserådsordførerne var ofte verdifulle situasjonsbeskrivelser. Kanskje fylkeslegen kan bidra til at de meldingene som faglig ansvarlig lege lager til hver enkelt kommunes årsmelding kan lages over samme lest. Da kunne vi få sammenlignbare opplysninger og kanskje få opplysninger om viktige ulikheter mellom kommunene. Jeg tror det vil være mulig å få til en basis for felles forståelse og samarbeid. Disse meldingene måtte vektlegge helse og trivsel for menneskene mer enn forhold til budsjett og regnskap. Jeg har ellers det siste året møtt en rekke yngre velskolerte og engasjerte samfunnsmedisinere, og jeg føler meg sikker på at vi står foran en periode med oppblomstring for faget samfunnsmedisin. De samfunnsmedisinske profesoratene som legefóreningen nå vil opprette, er i så måte et godt tegn.

UP:

Menneskeverdet er viktig for deg og du sier at vi må ha verdisynet i orden.

KØ:

Det enkelte menneske må ikke glemmes til fordel for teknikk og økonomi. Kanskje rett diagnose ikke alltid er viktig, kanskje tid med sine egne er viktigere. Omsorg er også en legeoppgave. Vi må slåss mot det "teknologiske samfunn" på alle fronter. Det er et samfunn som i lengden er uforenelig med livets beståen på kloden. Det er nok å tenke på den forurensingen som foregår for å se det. Vi må vokte oss for å bli

slaver av teknikk og vinnings-tenkning. Jeg lurer på om den utstrakte blodtryksbehandlingen i dag er begrunnet i hensyn til hvert enkelt menneske eller om det ligger tunge økonomiske motiver bak. Vi må i det hele tatt unngå å medikalisere det samfunnet vi er en del av. Som leger må vi komme på banen for å sette mennesket i sentrum. Vi må gjøre vårt for å få en menneskeverdig utvikling av samfunnet. Vi har ikke lov til å gi opp eller til å bli pessimistiske, vi har barn som skal arve jorden etter oss!

UP:

Når du nå er tilbake som fylkeslege så er det en betydelig forandret jobb du går tilbake til, hvordan tror du det vil bli?

KØ:

På 70-tallet hadde fylkeslegen en instruks som ga klare retningslinjer, og han hadde et korps av distriktsleger under seg. Dette er annerledes

idag, og jeg er spent på hvordan jeg vil finne jobben og hvilke muligheter den kan gi. Finnmark er også forandret, fra å være Nato's viktige nordflanke er vi nå Norges åpning mot Russland. Den pågående difteriepidemien i Murmansk gir grunn til ettertanke. Vi kan kanskje også vente oss innflytting til Øst-Finnmark fra Russland. Men fortsatt er Finnmark spenningsland, og kartet over Finnmark er så stort at her kan de fleste forhold i tilværelsen avtegnes. Finnmark er et samfunnsmedisinsk verksted og laboratorium.

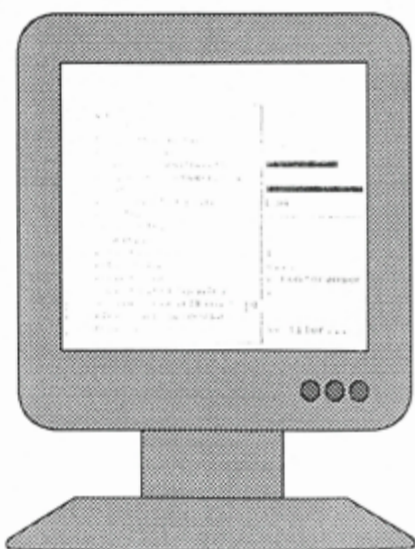
Sier Kolbjørn Øygard som har to barn som er leger. Begge er gift med leger og alle arbeider i Finnmark. Rekruttering og stabilisering av leger til fylket kan løses bare noen få til ville følge hans eksempel.



## VentOline

Oline er en av mine mange venninner i 70-årene. En dag kom hun og klaget over stundesvis tung pust. Nærmere sykehistorie og klinisk undersøkelse ga ingen sikker diagnostisk avklaring, men utvikling av en obstruktiv lungesykdom virket mest sannsynlig. Hun fikk derfor resept på Ventoline spray til utprøving om plagene kom tilbake. En ukes tid senere ringte hun. Hun følte seg tungpusten, hadde tatt fram sprayen og lest bruksanvisningen. Men der stod det jo Vent, Oline, og derfor torde hun ikke bruke den før hun hadde snakket med meg på nytt!

Vi venter spent på bidrag fra leserne til denne spalten !



# Elektronisk oppslagstavle

(E-tavle)

- eit nytt primærmedisinsk  
verktøy

Tekst: Aslak Bråtveit  
Tegninger: Ragnhild Gjerstad



Aslak Bråtveit, jærbu, har vore kommunelege og allmennpraktikar i Finnøy frå 1979. Som kommunelege 2 har han hatt ansvar for legetenestene i helsestasjon, skulehelseteneste og sjukeheim. Fagleg stimulering i Allmennmedisinsk forskning i Ryfylke (AFR) og som (litt) hjelpelærar ved Institutt for allmennmedisin i Bergen. Ei retrograd analyse av luftvegsinfeksjonar hjå eldre har ført inn i LOKUS og E-tavle arbeid.

**Edb er ikkje berre ein hobby for særleg interesserte, men etterkvart eit nyttig verktøy for primærmedisinarar flest.**

E-tavler har mange namn og finst i mange utgåver rundt i verda. ( I Amerika PCboard, i Noreg, same system på alle tavler: BBS). Ein datamaskin med modem, tavleprogram og kommunikasjonsprogram tek imot og sender elektronisk post til brukarar på telefonnettet. Funksjonen kan best samanliknast med ei oppslagstavle der dei som vil ha sagt eller kommentert noko hengjer opp lappar. Andre kan lesa lappane og hengja opp sine eigne kommentarar eller meldingar.

Brukarane nyttar ein PC, eit kommunikasjonsprogram og eit modem for å koma inn på tavla for å lesa, kommentera og skriva meldingar. Det finst alt omlag 100 slike E-tavler i Noreg, med tilbod om mange forskjellige slag konferansar. På universiteta kan dei ymse forska-

rar kommunisere med kvarandre over eit eige elektronisk system, UNINETT. E-tavle gjer det mogleg for PCbrukarar over heile verda å kommunisere med einannan.

## **Folkehelsa si E-tavle.**

Statens Institutt for Folkehelsa (SIF) har frå 1988 vore vert for ei slik E-tavle. Dei forskjellige emna for konferansane er medisinske. Nokre konferansar er meldingar, rundskriv og pressemeldingar. Andre er debattfora for faggrupper eller fagemne. Meldingar mellom brukarar kan sendast som lukka post, utilgjengeleg for andre enn adressaten. Det er mogleg å tinga lukka konferansar for slutta lag. Ein leiar for konferansen avgjer kven som kan verta medlemmer.



## Eit døme.

LOKUS er eit samarbeidsforum for utvikling av intervensjonsstudier i lokalsamfunn. Lokale interessentar og nasjonal forskarekspertise debatterer på E-tavle emne for og metodikk ved forskning på infeksjonsmedisinske emne. Til no har helst medlemmer av LOKUS si Metodegruppe vore deltakarar, men LOKUS ser gjerne at fleire interessentar legg att kommentarar og meldingar til denne fagdebatten. (LOKUS kan ta imot meldingar i skriv eller fax, men deltaking i prosessen vert meir gjevande dersom debattanten direkte nyttar E-tavla. Diverre er det heller ikkje kontorphersonell til å hjelpa med innskriving av meldingar.)

## Korleis verta brukar av elektronisk tavle?

Du må ha tilgang til PC, kommunikasjonsprogram og modem. Etter oppringing og påmelding er du medlem innan eit døgn. Du kan henta tekstar eller filer (T.d. program som er tilgjengeleg gratis som EPlinfo, eller mot ei avgift til adressaten i opningsbiletet som Scan/Clean). Kollegaer som har fått tak i eller laga programhjelp til almennpraksis eller samfunnsmedisin legg inn filer som andre kan nytta. Det særlegne og ynskjelege er likevel at du vert *deltakar* i debattar og kan dela *di erfaring* og *dine meiningar* med kolleger. Du kan yta noko til fagleg utvikling og informasjon. Andre kan få nytte av din kunnskap.

Det er diverre (heldigvis for konkurranse og pris) eit utal av forskjellige PC maskinar, kommunikasjonsprogram og modem å få kjøpt. Det særlegne med teknikk og program gjer at justering av alle desse komponentar mot kvarandre kan vera litt av eit øvingsstykke i kognitiv og emosjonell sjølvtyyming. (Gi ikkje opp. Les lenger ute i artikkelen om korleis dette kan bøtast på!)



## Eiga erfaring:

Eg har hatt PC frå hausten 1990. Frå hausten 1991 har legekantoret hatt PCar i nettverk. Ansvar for å halda dei gamle kommunale PC maskinane gåande i Novell nettverk fall på meg, og fleire leie vanskar har gjeve meg dyrkjøpt "nisjeinnsikt" i PC og nettverkdirft.

Våren 1992 vart eg medlem av Rådgjevargruppa for LOKUS. I april 1992 fekk eg ein kopi av kommunikasjonsprogrammet Procomm. Så skulle eg få ein maskin og modem til vårt på kontoret til å kommunisere med Folkehelsa. Det vart eit strevsamt og sveitt møte med E-tavleverda. Endå eg melde meg inn som nynorsk brukar, var det vanskeleg å forstå terminologien og kommandoane som E-tavla måtte ha for å virka. Det dyre modem til vårt serverte dei lekraste bokstavsupper på "arabisk" til E-tavla. (dvs. meldingane mine såg ut som eg skreiv i eit svært særlege nynorsk). Eg sat framom ein skjerm som sende uforståelege spørsmål til meg. Teljestega rasa i veg og mismotet steig.

Etter sumarferien fekk eg tilsendt eit anna program. Det var vanskeleg og kronglete å installera, men då eg ein deleg hadde fått alt på plass, vart det både elegant og enkelt å kommunisere med E-tavla. Seinare har Ole Viggo Windingstad gjort forbe-tringar slik at installasjonen er blitt enkel. Nå sit eg ved maskinen og skriv mine kommentarar eller innlegg. Enkle tastetrykk startar maskinen si oppringing, sending og mottaking av meldingar. Etterpå legg maskinen på røyret. Det heile tek 30-90 sekund, alt etter kor mykje post eg tok i mot og sende. Det er råd å bryta automatikken og gi E-tavla kommandoar direkte dersom ein ynskjer å gjera meir uvanlege manøvrar på tavla som t.d.reinska bort eigne uaktuelle meldingar, få nedlasta ei fil, gjera søk etc,

Seinare pakkar programmet opp tekstar og filer og eg les gjennom posten i ro og mak etter at telefonkontakten er broten. Det går færre teljesteg med denne metoden.

## Kva kan E-tavla brukast til?

Utanom dei konferansar som er tilgjengelege i dag kan ein tenkja seg mange andre.

A: I vårt desentraliserte og langstrekke land går det mykje tid og pengar med til komite og utvalsarbeid. Mange utval og komitear ville hatt ein lettare og billigare debatt gjennom dette medium. Program og telefonutgifter er billig og tidssparande i høve til reiseverk-semd. Kommunikasjonsprogramma Xboard og Galink kostar omlag 800 kr, leige for ein årskonferanse på ein BBS omlag 500 kr året, med 500 for oppstarten og opplæring fyrste 3 månadane.

B: Foreningar og organisasjonar kunne nå sine tillitsmenn og lokalavdelingar raskt og billig (?) i høve til alle stensilar og faxutsendingar gjennom slike konferansar.

C: Det kan verta eit forum for dei mange desentraliserte fagmiljø i dette land. På ein heilt ny måte gjer det ein kvar med slikt utstyr i stand til å vera deltakar i fagprosesser ein elles ikkje lett når inn i.

D: For legar som har ansvar for dataanlegg kringom i dette landet: Det er fleire E-tavler som kan gi hjelp til å løysa vanskar med maskin eller programvare.

### **Råd om programvare.**

Det finnest mange kommunikasjonsprogram som kan brukast. Nokre er gratis, andre kostar pengar.

Mitt råd er å skaffa seg Xboard/Galink kombinasjonen. Dersom du har respekt for konfigurering av maskin/program/modem skulle du skriva til Ole Viggo Windingstad (kommunelege 1 i Lier) og svara på dei spørsmål som er oppgjevne nedanfor. Då justerer han desse to programma til å høva til ditt utstyr og utstyret på Folkehelsa. Du får ein diskett som etter ein enkel installeringsprosedyre gjer deg til brukar av E-tavla utan dei 3-6 timar som den (u)øvde treng for å koma i gong. Pris omlag 800 kr.

### **Råd om teknisk utstyr.**

Modem er det mange typar av. Dei kan senda og ta imot meldingar etter fleire standardar. På Folkehelsa er til no farten på modemmet til bruk utover lokale telefontakster, på 2400baud. (Det er ynskjeleg med eit 9600 modem, innan kort tid kan dette vera ein realitet.)

Farten har lite å seia for meldingar og kommentarar. Filer og program utgjer heilt andre datamengder og den låge farten gi deg utgifter (teljesteg) og ergring. Raske modem er ofte dyre, og totalprisen her avheng av bruk.



Eg har diverre opplevd at to modem har kollapsa for meg. Det er sannsynleg torevêr som har gitt spenningstoppar og øydelagt utstyret. Frå forsikringsagent er eg rådd til å installera spenningsvern i huset. Utstyr kan koplast til elektrisitetsinntaket i huset og verna alt utstyr, eller det kan koplast mellom elektrisitetsuttak til maskin/modem eller

på telefonlina. Elles er det lurt å ta ut kontaktar etter bruk.

Det er ei førmun om du kan ein del DOS og er vane med PCen din. Det går utover denne artikkel sin intensjon å gjera deg til PCbrukar.

Som alltid er det eit gode å alliera seg med ein kunnig person, eller ein som i alle høve har vore brukar. Ved oppstart kan ein oppleve spørsmål eller vanskar slik at motet kan svikta. Då kjem ein lettare vidare med støtte i ein kjentmann.

Ad astra per ardua gjeld dei fleste tiltak, også her!

Ole Viggo Windingstad rimar:  
*Føler du deg ensom og isolert  
-Da har du ikke datakommunisert!*

**Kommunelege 2  
Aslak Bråtveit  
4160 Judaberg**

#### **Nyttig adresse:**

Ole Viggo Windingstad  
Tors vei 114,  
3472 BØDALEN  
tel. priv: 03 28 02 92  
tel. arb: 03 22 03 61

#### **Gi opp desse opplysningane:**

Ditt namn: (også det du vil bruka på tavla)

Di adresse:

Telefonnummer heime:

Telefonnummer arbeid:

(For fakturering og registrering)

Den disk som programmet ditt skal liggja på: (C: event D:)

COM port: (COM1 eller COM2 oftast, event spør ein som veit)

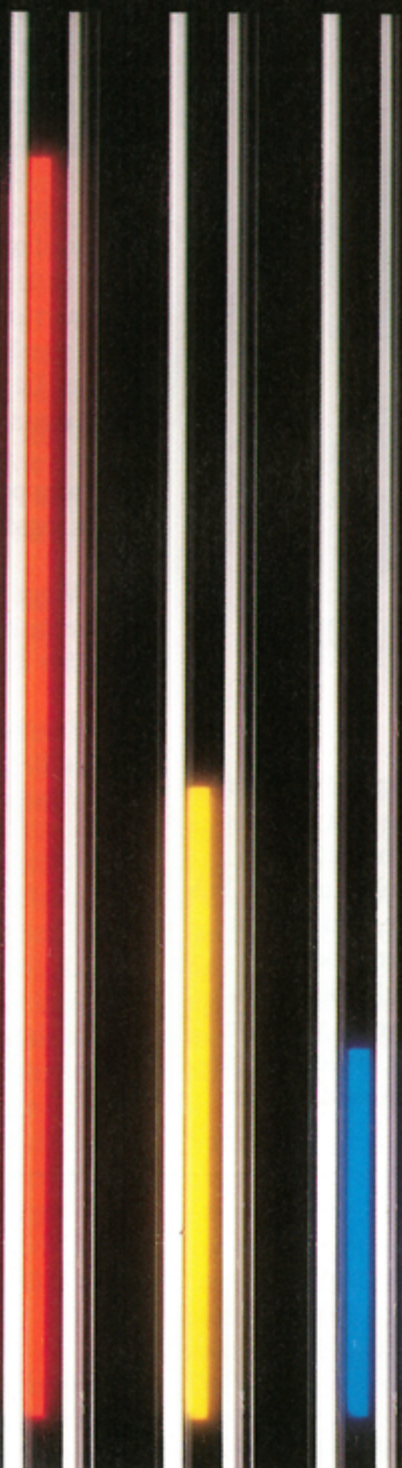
Modemet sin initstreng: (ofte oppgitt i modemhandboka!)

Diskettformat på A: (3,5" eller 5,25")

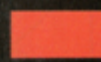
# Pulmicort® (budesonid) - det potente lokalsteroidet hvor styrken ligger i sikkerheten <sup>1,2</sup>

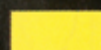
Relativ Potens  
(AUC tid/effekt kurve)

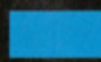
1,0  
0,9  
0,8  
0,7  
0,6  
0,5  
0,4  
0,3  
0,2  
0,1  
0



Vasokonstriksjonstest:  
n=12

 Budesonid  
(Pulmicort®)

 Flunisolid

 Beklometason  
dipropionat  
(Becotide®)

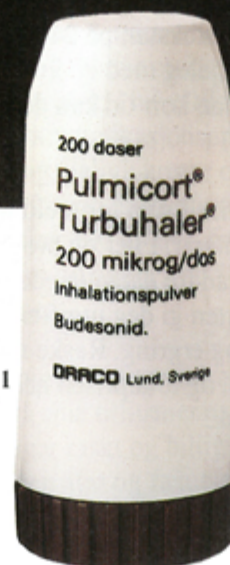


Et steroids anti-inflammatoriske potens kan uttrykkes som substansens evne til å bleke huden i en vasokonstriksjonstest.

Kurven er grafisk fremstilt av Astra Norge AS, Avd. Draco, lunge etter ref. 1.

**Konklusjon: Studien viser at Budesonid (Pulmicort®) er 2-3 ganger mer potent enn de øvrige lokalsteroider som ble testet.<sup>1</sup>**

Budesonid  
**Pulmicort®**  

**Pust inn - det er alt**

# Større fleksibilitet i astmabehandlingen

## Pulmicort® Turbuhaler® behandler inflammasjonen



100 µg/dose,  
200 doser  
rent budesonid.

200 µg/dose,  
200 doser  
rent budesonid.

400 µg/dose,  
200 doser  
rent budesonid.

## Bricanyl® Turbuhaler® behandler symptomene



0,50 mg/dose,  
200 doser  
rent terbutalin.

0,25 mg/dose,  
200 doser  
rent terbutalin.

### PULMICORT TURBUHALER «DRACO»

Kortikosteroid  
INHALASJONSPULVER 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose: Hver dose inneh.: Budesonid 100 µg resp. 200 µg resp. 400 µg. **INDIKASJONER:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll ved bronkolytika (uten sjenerende bivirkninger) eller med kromoglikat. **BIVIRKNINGER:** Lett halsirritasjon, hoste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en β<sub>2</sub>-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candida-infeksjoner i munnhule og svelg kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervøsitet, uro og depresjon er observert som ved andre glukokortikosteroider. Hos enkelte pasienter på høy dosering er det observert binyrebarksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøye. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinitt, eksem, muskel- og leddsmerter) på grunn av minsket generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med fornyet systemisk behandling. **GRAVIDITET/AMMING:** Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroid tilførsel likevel er nødvendig, bør steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes p.g.a. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. **Overgang i placenta:** Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvingende nødvendig. **Overgang i morsmelk:** Opplysninger foreligger ikke. **DOSERING:** Voksne: Individuell. Initialt og under perioder med alvorlig astma, og ved nedtrapping eller seponering av orale kortikosteroider, bør doseringen være 400-1600 µg pr. dagn fordelt på 2-4 doseringstidspunkt. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterk slimproduksjon i bronkiene bør i tillegg behandles initialt med systemiske steroider en kort periode. Dette gjelder også ved exacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugg. Vedlikeholdsdosen bør være den lavest mulige som gir tilfredsstillende klinisk effekt, vanligvis 400-800 µg pr. dagn. Under vedlikeholdsbehandling er dosering 2 ganger daglig, dvs. morgen og kveld, som oftest tilstrekkelig. Steroidavhengige pasienter som overføres til Pulmicort bør være i en stabil fase. Pulmicort gis sammen med vedlikeholdsdose av oralt steroid i ca. 10 dager. Deretter reduseres den orale dose gradvis med f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsvarende) pr. måned. Mange pasienter kan etter en tid seponere systemisk steroidbehandling, mens noen må kombinere Pulmicort med en redusert oral vedlikeholdsdose. Skal slik kombinasjonsbehandling være berettiget, bør den orale vedlikeholdsdosen kunne reduseres med minst 5 mg prednisolon eller tilsvarende. **ANDRE OPPLYSNINGER:** Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene når pasienten inhalerer. Det er derfor viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munnstykket. Pasienten trenger verken å føle eller smake noe av pulveret ved inhalasjonen. Den lille mengde virkestoff som avgis. Pasienten må instrueres i å skylle munnen godt med vann og spytte ut etter hvert doseringstilfelle. **PAKNINGER OG PRISER:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 326,10. 200 µg/dose: 200 doser kr. 540,00. 400 µg/dose: 200 doser kr. 936,90, 50 doser kr. 302,70. T: 2, 30.

### PULMICORT TURBUHALER «DRACO»

Kortikosteroid  
INHALASJONSPULVER 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose: Hver dose inneh.: Budesonid, 100 µg resp. 200 µg et 400 µg. **INDIKASJONER:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller kromoglikat. **BIVIRKNINGER:** Lett halsirritasjon, hoste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candida-infeksjoner i munnhule og svelg kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervøsitet, uro og depresjon er observert som ved andre glukokortikosteroider. Hos enkelte pasienter på høy dosering er det påvist binyrebarksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøye. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinitt, eksem, muskel- og leddsmerter) på grunn av minsket generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med fornyet systemisk behandling. **GRAVIDITET/AMMING:** Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes p.g.a. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. **Overgang i placenta:** Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvingende nødvendig. **Overgang i morsmelk:** Opplysninger foreligger ikke. **DOSERING:** Voksne: Individuell. Initialt og under perioder med alvorlig astma, og ved nedtrapping eller seponering av orale kortikosteroider, bør doseringen være 400-1600 µg pr. dagn fordelt på 2-4 doseringstidspunkt. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterk slimproduksjon i bronkiene bør i tillegg behandles initialt med systemiske steroider en kort periode. Dette gjelder også ved exacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugg. Vedlikeholdsdosen bør være den lavest mulige som gir tilfredsstillende klinisk effekt, vanligvis 400-800 µg pr. dagn. Under vedlikeholdsbehandling er dosering 2 ganger daglig, dvs. morgen og kveld, som oftest tilstrekkelig. Steroidavhengige pasienter som overføres til Pulmicort bør være i en stabil fase. Pulmicort gis sammen med vedlikeholdsdose av oralt steroid i ca. 10 dager. Deretter reduseres den orale dose gradvis med f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsvarende) pr. måned. Mange pasienter kan etter en tid seponere systemisk steroidbehandling, mens noen må kombinere Pulmicort med en redusert oral vedlikeholdsdose. Skal slik kombinasjonsbehandling være berettiget, bør den orale vedlikeholdsdosen kunne reduseres med minst 5 mg prednisolon eller tilsvarende. **ANDRE OPPLYSNINGER:** Hver dose tilmåles ved vridning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Det er viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munnstykket, selv om kravet til inhalasjonsteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol. Pasienten trenger hverken kjenne noen smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden av dette i en dose er meget liten. Det er viktig å instruere pasienten i å skylle munnen godt med vann og spytte ut etter hvert doseringstilfelle. **PAKNINGER OG PRISER:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 323,60. 200 µg/dose: 200 doser kr. 532,30. 400 µg/dose: 50 doser kr. 300,40. 200 doser kr. 909,80. (13.01.93) T: 2, 30

### Referanser:

- Johansson S.-Å., Andersson K.-E., Brattsand R., Gruvstad E., Hedner P. Topical and Systemic Glucocorticoid Potencies of Budesonide and Beclomethasone Dipropionate in Man. Eur J Clin Pharmacol 1982;22:523-9.
- Løfdahl C.G., Mellstrand T., Svedmyr N. Glucocorticoids and asthma. Studies of resistance and systemic effects of glucocorticoids. Eur J Respir Dis 1984;65 (Suppl 136):69-79.
- Axelsson B., Brattsand R., Andersson PH., Ryrfeldt Å., Thalen A. Relation between the corticosteroid effect of beclomethasone - 17,21 - dipropionate, beclomethasone - 17 - propionate and beclomethasone as studied in human, mouse and rat tissue. Respiration 1984;46 (suppl 1):4-5.

**ASTRA**  
Astra Norge

Astra Norge AS. Postboks 1, 1471 Skårer  
Telefon 67 90 15 90. Telefax 67 90 08 78



Foto: B. Herefoss, Nationen

Werner Christie f.49. Cand.med. i Oslo 79, MHA. Faglige avstikkere i sosiologi, filosofi, statsvitenskap og landbruk. Yrkeserfaring fra fylkeslegekontoret i Hedmark, Hedmark fylkeskommune, som helsetjenesteforsker på SIFF og som kornbonde på Hedmarken. Skrevet boka "Politikk og fag på samme lag". Inntil nylig et politisk ubeskrevet blad utenfor hjemkommunens grenser.

# Helseminister Werner Christie

intervjuet av Petter Øgar

”

Legene har i altfor høy grad knyttet samfunnsmedisinen til kommunelege I- og fylkeslegerollen. Hvis de ønsker å være premissleverandører må de søke de stillingene der premissene blir lagt.

Legeyrket har ikke på mange år i egentlig forstand vært noe liberalt yrke.

Primærhelsetjenesten har det grunnleggende ansvar for helheten og kontinuiteten i den behandlingen pasienten får.

Det er primærlegene som har de beste forutsetningene til å vurdere kvaliteten på sykehusenes tjenester.

”

## *Utviklingstrekk mot tusenårskiftet.*

UP:

Vi starter stort og spenstig: Hva er helseministerens vyer og mål for helsetjenestens utvikling fram mot tusenårskiftet?

WC:

Jeg tror utviklingen vil bli preget av fem forhold. Det er behovene, den faglige utvikling, ressurstilgangen, etiske problemstillinger og de politiske styringssystemer en velger. Finansieringsordninger utgjør et viktig element av det siste. Ved valg av strategier og løsninger har tidligere erfaringer begrenset verdi. Vi må



ging av det nåværende skolehelsearbeidet med utvikling av nye, utradisjonelle arbeidsmetoder.

UP:  
Hvordan vil den faglige utviklingen påvirke helsetjenesten?

WC:  
Den faglige utvikling vil medføre nye behandlingsmetoder og dermed utløse nye behov. Gode indikasjoner rettferdiggjør bruk av avansert, høyt teknologisk medisin med høye kostnader. Men slike behandlingsformer skal sentraliseres. De må ikke smøres så tynt ut at behandlingen både blir dyr og dårlig. Annen ny teknologi kan derimot muliggjøre en desentralisering av tjenester og virke vitaliserende på lokalsykehusene. En siste betydelig konsekvens av den faglige utviklingen er de etiske problemstillinger den skaper, problemstillinger av en helt annen karakter enn de vi til nå har hatt å forholde oss til. Genteknologi er et stikkord.

### **Ressurstilgang og private helsetjenester.**

UP:  
Men er det penger til alt dette?

WC:  
Vi må belage oss på en viss økonomisk nedtur og noe redusert levestandard. Det må være et overordnet mål å hindre en oppsmuldring av velferdsstaten og å bevare solidariteten på tvers av de ulike gruppene i samfunnet. I dette perspektivet vil det trolig være riktig å prioritere utdanningstilbudet og andre tiltak mot arbeidsledigheten. En må derfor regne med at ressursrammene til helsevesen og sosiale forhold blir trangere enn idag. Dette vil kreve klarere prioritering, og behandling bør prioriteres på bekostning av kontantytelser over folketrygden.

UP:  
Med fare for mindre offentlige helsetjenester vil vel private helse-tjenestetilbud blomstre opp?

WC:  
Ja, det vil kanskje skje for lavt eller ikke prioriterte helsetjenester, men det er ikke så farlig, så lenge det ikke tapper det offentlige helsevesen for personell. For øvrig tror jeg en markedsorientert helsetjeneste og de økonomiske incentiver denne må bygge på, vil avsløre en rekke uheldige bivirkninger som ikke er framme i debatten idag, i første rekke svekket rettferdighet og paradoksal nok dårlig samfunnsøkonomisk effektivitet. De prinsipper helsevesenet er tuftet på idag vil da vise sin styrke og overlevelsessevne.

### **Hva er kvalitet og kvalitets-sikring i helsetjenesten?**

UP:  
Vi går over til nærere emner. Kvalitetssikring er en trend i tiden. Kvalitetsbegrepet er for meg ganske komplisert og verdiladet. Sentrale spørsmål som har vært lite framme i diskusjonen, er hva som bør inngå i begrepet og hvem som skal få bestemme det. Hva er etter ditt syn de viktigste kvalitetsparametre i helsevesenet og hvem bør bestemme dem?

WC:  
Jeg er enig i at kvalitet er verdiladet. Det kvalitative er subjektivt og i prinsippet noe som ikke kan måles. Kvalitet i helsetjenesten består av mange elementer som nærhet, omsorg, kompetanse, tilgjengelighet og menneskelighet. For å vurdere dette på en rimelig god måte er det nødvendig med flere innfallsvinkler og et sett av indikatorer. Ingen forvalter fasit for kvalitetsvurderingen alene. Både pasientens subjektive opplevelse og fagpersonens faglige vurdering er like relevant.

### **Legemangel, legefording, Borgenvikutvalg og andre røde kluter.**

UP:  
Rimelig dekning av helsepersonell må være en av de mest grunnleggen-



prøve å se inn i framtiden og dens utfordringer framfor å studere den tiden vi har gått til idag.

Behovsutviklingen påvirkes av en fortsatt økning i antall eldre og kronisk syke. Dette tilsier et økt omsorgsbehov og en styrking av kommunehelsetjenesten. De psykososiale problemer vil også trolig øke kraftig, først og fremst som følge av arbeidsledigheten. Særlig bekymringsfull er ungdomsledigheten og faren for sosial utstøtning den medfører, ved at ungdommen mister tilhørigheten til skole og arbeidsliv. Skolehelsetjenesten har en viktig oppgave overfor de utstøtingstruede, og bør prioritere denne gruppen. Jeg tror helsetjenesten har noe å tilføre, men det vil kreve en omleg-

de kvalitetsparametre. Vi vet at det er betydelig legemangel i kommunehelsetjenesten mange steder i landet. Ved mange lokalsykehus er mangelen katastrofal. Problemet synes å være økende til tross for at Legeforskelingsutvalget kan fortelle om en årlig netto tilvekst på omlag 250 legeårsværk. Dette indikerer sterkt et fordelings- og styringsproblem. Hvordan ser du på dette; hvor skal legene tas fra og hvilke virkemidler er du villig til å ta i bruk for å forsøke å løse problemet?

WC:

*Din virkelighetsbeskrivelse er dekkende, og det er en hovedoppgave for oss å rette på dette. Jeg tror de av Borgenvik-utvalgets virkemidler vi har iverksatt vil bidra i riktig retning, men de er neppe tilstrekkelige. Vi skal derfor også ha en gjennomgang av eksisterende ordninger både med legeforskelingsutvalget og stillingsstrukturutvalget. Utdanningskapasiteten er også økt.*

UP:

Borgenvikutvalget er et stikkord. Utvalgets innstilling og den politiske behandlingen av denne har på nytt satt fart i debatten om avlønningssystemet for leger. Har legeyrket som liberalt yrke noen framtid?

WC:

*Legeyrket har ikke på mange år i egentlig forstand vært noe liberalt yrke. Både legenes utdanning og inntekt er finansiert av statskassen. Det medfører visse forpliktelser og bindinger. Hva ville en si om postmestrene her i landet selv skulle bestemme hvor de skulle plassere sine postkontor? Jeg er ingen fastlønnsfanatiker. Det essensielle er at vi har en finansieringsordning som ikke svekker en riktig prioritering i forhold til pasientene og de overordnede mål for vår helsepolitikk. Et blandingssystem ala det vi har idag, har livets rett dersom det kan oppfylle disse forutsetninger og ivareta en rettferdig legeforsdeling.*

UP:

En beslektet problemstilling er fastlegeforsøkene som skal gjennomføres. Hvilke forhåpninger har du til disse?

WC:

*Jeg ser med spenning fram til erfaringene vi høster med dette og tror det vil ha mange positive sider. Men jeg tror nok også vi får avdekket svakheter. Grupperettede forebyggende tiltak kan blant annet bli vanskelig å ivareta gjennom denne ordningen alene.*

### **Samfunnsmedisinens krise.**

UP:

Du er jo egentlig samfunnsmedisiner. Samfunnsmedisinen gjennomlever på mange måter en krisetid. Hva er krisens viktigste elementer?

WC:

*Faglig lider samfunnsmedisinen av manglende universitetstilknytning. Legene har i altfor høy grad knyttet samfunnsmedisinen til kommunelege- og fylkeslegerollen. Dette er en faktisk og taktisk feilvurdering. Samfunnsmedisin utøves minst like mye av sykehusenes direktører og sjefsleger, fylkeshelsesjefer og helse- og sosialsjefer. Dette bør Oll ta konsekvensen av og arbeide for å få flere leger inn i disse rollene. Hvis de ønsker å være premissleverandører må de søke de stillingene der premisene blir lagt.*

UP:

Har vi sett oss blinde på det tradisjonelle miljørettede helsevern og forsømt andre, nyere og kanskje viktigere sider ved samfunnsmedisinen idag?

WC:

*Tradisjonelt miljørettet helsevern er viktig, men det må ikke bli en nisje som avgrenser samfunnsmedisinens hovedområde. Jeg tror en er kommet så langt innenfor tradisjonelt miljørettet helsevern at den helsemessige*

*marginalnytt er relativt liten i forhold til marginalkostnaden. Men på et område er det mye ugjort og betydelige gevinster å hente. Det gjelder de psykososiale miljøfaktorer og særlig de som angår barn og unge. Her er det riktig å satse ressurser både på metodeutvikling og tiltak.*

UP:

Hvorfor er det vanskelig å rekruttere godt kvalifiserte leger til samfunnsmedisinske stillinger?

WC:

*Den viktigste årsaken tror jeg er studiets totale dominans av klinisk medisin. Relativt dårlig lønn i forhold til kolleger i klinisk arbeid bør også nevnes. Dette er et problem Legeforeningen og Oll bør se på i samarbeid med departementet og arbeidsgiverorganisasjonene.*

### **Forebyggende helsearbeid - en kulturoppgave?**

UP:

En stortingsmelding om forebyggende helsearbeid er på trappene. Fylkeskultursjefen i Sogn og Fjordane, påtroppende leder i Norsk kulturråd, hevder at kulturetaten er fylkets viktigste etat i dette arbeidet. Hva anser du som de viktigste arenaer og aktører i det forebyggende helsearbeid?

WC:

*Jeg vil gjenta min bekymring for barn og unge som utsettes for ulike former for det som noe upresist kalles omsorgssvikt. Det kan lett utløse problemer som følger dem og forsterkes senere i livet. Sosial utstøtning og manglende tilhørighet til skole og arbeidsliv kan bli resultatet. Problemet er voksende og kan fort bli et stort helseproblem. Også andre samfunnsgrupper, f.eks. de gamle, trues av en viss sosial utstøtning. Overfor disse problemer kreves kreative, utradisjonelle tiltak der fellesskap og mestringsevne er viktige stikkord. Både skolehelsetjenesten i en fornyet, utradisjonell form og an-*

net aktivitetsskapende og kulturelt arbeid har viktige roller å spille i denne sammenheng.

### **Forholdet mellom primærhelsetjenesten og 2.linjetjenesten.**

UP:

Bedre samarbeid og samhandling mellom 1. og 2.linjetjenesten blir av mange, og trolig med rette, regnet som et av de viktigste satsingsområder for å bedre både ressursutnyttelsen og kvaliteten på helsevesenet. Det er imidlertid mange hindringer på veien for å få dette til. To av de viktigste er manglende kontinuitet blant helsepersonell og utviklingen mot stadig større helseinstitusjoner. Hvilke konkrete virkemidler og metoder ser helseministeren for å bedre dette samarbeidet?

WC:

Det er viktig at sykehusene innen et fylke føler et felles totalansvar for befolkningen de betjener som

gruppe. Sykehusene må se på seg selv som en samlet ressurs. Det innebærer at en må legge langt større vekt på utvikling av nettverks- og områdemodeller der nøkkelpersonell kan brukes ulike steder og i større grad bevege seg ut nærmere brukerne; pasientene og kommunehelsetjenesten.

UTP:

Hva er kommunehelsetjenestens rolle? I hvilken grad skal de være premissleverandører og hvordan skal en realisere dette?

WC:

Primærhelsetjenesten har det grunnleggende ansvar for helheten og kontinuiteten i den behandlingen pasienten får. Det er primærlegene som har de beste forutsetningene til å vurdere kvaliteten på sykehusenes tjenester. Primærhelsetjenesten bør derfor stille samordnede krav til 2. linjetjenesten og delta mer aktivt og pågående i debatten om denne tjenestens funksjon og utforming.

### **Jordnærhet og det sunne bondevett.**

UP:

Til slutt. Det er etterhvert vel kjent at helseministerens yrkeserfaring er halvt helsebyråkrat og halvt bonde. Med "bonde" assosierer jeg primærnæring og jordnærhet. Det er ord med god klang for en frelst primærlege. Har bondeyrket andre ting å tilføre helsevesenet enn jordnærhet?

WC:

Jordnærhet er kanskje ikke noe dårlig tilskudd til helsevesenet. Praktisk, pragmatisk sans og sans for grunnleggende verdier er stadig noe helsevesenet har godt av å bli minnet om. Sunt bondevett har heller aldri vært å forakte.



# Medisiner- studiet under omforming

Tekst: Sonja Fossum  
Tegning: Wence Sabel

Sonja Fossum f. 1945. Spesialist i allmennmedisin, privatpraktiserende på Kalbakken i Oslo.

De tradisjonelle undervisningsoppleggene for grunnutdanningen i medisin er avlegs. Om få år kommer de første kullene med nye leger ut fra Trondheim etter å ha gjennomgått et radikalt annerledes studium enn dagens norske leger. Går det som studieplankomiteen ved det medisinske fakultet i Oslo vil, er det ikke mer enn ti år til de fleste nye norske leger har en helt annen utdannelse enn den leserne av Utposten har fått. Hva slags kolleger er det vi skal samarbeide med i fremtiden? Hvorfor har noen funnet det påkrevet å endre studiet? Hva går de nye oppleggene ut på? Får de nye planene praktiske konsekvenser for dagens leger, spesielt for leserne av dette organ?

## Hvorfor nye studieplaner?

Nye studieplaner kommer med lov-messig regelmessighet, kanskje som uttrykk for pedagogers virketrang. At de kommer hyppigere nå enn før, reflekterer kanskje at det er så frykkelig mange pedagoger nå. Betraktingen kan virke respektløs, men det er noe alvor bak. Pedagogenes økende engasjement gjenspeiles ved et økende antall internasjonale undervisningskonferanser og ved nye tids-

skrifter for medisinsk utdanning. Pedagoger og leger som er opptatt av eller ønsker å gjøre karriere innen pedagogikk, har dermed fått større innflytelse. En kulminasjon på denne aktiviteten kom med Edinburgh-deklarasjonen av 1988. De nye planene i Norge er naturlig nok sterkt påvirket av den internasjonale økte pedagogiske aktiviteten.

I september -92 kom innstillingen om den nye grunnutdanningen for leger i Oslo, avgitt av en studieplankomite nedsatt av det medisinske fakultet ved UiO. Ifølge denne innstillingen står kritikken mot lege/pasientforholdet og legers mangelfulle kommunikasjonsevne sentralt i argumentene for nye studieopplegg. Et annet hovedproblem er den økende kunnskapsmengden som kreves av studentene i alle fag. For noen fags vedkommende har det nærmest skjedd en eksplosjon i kunnskapstilfang det siste tiår. Dessverre har ikke fagene maktet å avgrense presentasjon av kunnskap.

## De nye studieplanene

Innstillingen fra studieplankomiteen i Oslo refereres til som "Oslo 96" etter stipulert iverksetting i 1996. Honnørordene i den nye planen er integrering, problembasert læring



PBL) og samfunnsmedisin, mens preklinikk og forelesninger er fyord. Med integrering menes at undervisningen organiseres i blokker fordelt på organsystemer, der alle medisinske aspekter av systemet - basalfag, paraklinikk og klinikk - behandles i løpet av en blokk, dvs. nær i tid. Dette svarer stort sett til studieopplegget ved Universitetet i Tromsø, praktisert siden 1973.

Hovedidéen bak PBL er at læring skjer best når studenten selv er aktiv. Studentene skal i størst mulig utstrekning selv finne frem til ønsket kunnskap eller informasjon gjennom problemer de stilles overfor, vanligvis med utgangspunkt i kliniske kasus. Tradisjonelle forelesninger skjæres radikalt ned. Studentene, som i langt større utstrekning enn tidligere overlates ansvaret for egen undervisning, arbeider hele studiet igjennom i smågrupper. Disse basisgruppene skal følges av en lærer, men med vesentlig mer tilbaketrasket rolle enn før. Lærerens oppgave blir å strukturere arbeidet og vise hvor løsninger kan finnes, ikke å presentere ferdige svar. Dette læreprinsippet er noenlunde konsekvent gjennomført for medisinerstudiet ved universitetet i Linköping, i mer begrenset grad ved Limburguniversitetet i Maastricht og ved Harvard.

Andre elementer i den nye studieplanen er økt vektlegging av samfunnsmedisin, arbeid med en selvstendig oppgave i løpet av studiet og utplassering i 12 uker i kommunehelsetjeneste/ fylkessykehus. Det siste vil få praktiske konsekvenser for mange av Utpostens lesere, som må berede seg på å ta imot praktikanter.

### Innvendinger mot de nye planene

Begrunnelsen for å forandre grunnutdanningen er at helsevesenet ikke fullt ut tilfredsstillende samfunnets behov. Spørsmålet er så om pedagogene ved sine inngrep har, for å bruke medisinsk terminologi, stilt riktig etiologisk diagnose på problemene og iverksetter korrekt behandling. Skeptikere minnes rådbrekkingen av den videregående skolen initiert av ivrige pedagoger på 70-tallet. Er noe liknende i ferd med å skje for medisinerstudiet?

Det er mange problemer forbundet med innføring av et radikalt annerledes studieopplegg. Organisert undervisning og problembasert læring er begge prinsipper som allerede er tatt i bruk ved noen få læresteder. Helt nytt er at begge deler innføres samtidig. Samlede forandringer blir derfor svært omfattende. Læreres er-

farig gjennom langt arbeid med det nåværende systemet vil være lite verdt om få år. I tillegg vil overgangsperioden, som vil strekke seg over 6 år, by på store praktiske vanskeligheter med to radikalt ulike systemer som kjøres samtidig. Det er derfor ikke til å undres over at motstanden er stor, og at mange føler at behovet for forandringer og fordelene ved det nye er utilstrekkelig dokumentert.

La oss kort se på noen av innvendingene. Først "integrering" som er et honnrord heftet til de nye planene. Kritikerne hevder imidlertid at de nye planene ikke representerer mer integrering enn de gamle. Hittil har studentene ved de fleste læresteder rundt om i verden først lært seg normalfunksjoner, deretter patologiske prosesser og kliniske aspekter. Å studere den normale organismen som helhet er opplagt en måte å integrere stoffet på. Kritikerne hevder sågar at det nye opplagget desintegrerer, mennesket studeres ikke som helhet, men stykkes opp i organer, som først og fremst blir syke. For å hindre unødig kamp om rettighet til honnrord bør man derfor kanskje kalle organbaserte opplegg for "vertikal integrering", i motsetning til det tradisjonelle studiums "horisontale" integrering, der vertikal vs horisontal representerer retningen av nye streker på gamle timeplaner. Hva som gir mest effektiv innlæring av disse to måtene å "integrere" stoffet på, kan så diskuteres.

Det er også en rekke innvendinger mot PBL, ikke minst praktiske. Tross veilederens mer passive rolle vil systemet kreve langt større innsats fra lærerne enn tidligere, grunnet oppdelingen av kullene i mange små grupper. Dette frykter mange vil gå til foretrengsel for forskningsinnsatsen til universitetslærerne. En undervisningsform basert i så stor grad på smågrupper vil også være sårbar, helt avhengig av hvor heldig studenten er med sine medstudenter



og med veileder. Videre hevder kritikerne at problemer først kan forstås og løses når studenten har en viss kunnskapsbasis. I den grad PBL anvendes ved læresteder som Harvard har da også studentene først flere års basal undervisning etter tradisjonelle metoder. Som et argument for PBL er det anført at problemløsning er en del av legens hverdag, mens kritikerne svarer at problemløsning i en gruppe på seks-syv ikke reflekterer situasjonen til den vanlige lege, som svært ofte er henvist til å løse problemer og ta avgjørelser på egenhånd.

## Konsekvenser for dagens leger

Det er reist mange andre innvendinger mot de nye planene, og det er da heller ikke endelig avgjort at det nye opplegget skal gjennomføres i Oslo. Innstillingen har i skrivende stund vært ute til høring. Resultatet er ikke kjent, men vil være det når dette nummeret av Utposten har gått i trykken. At det blir forandringer er sikkert. Spørsmålet er hvor omfattende. I Trondheim vil det første kullet starte undervisning etter de skisserte prinsippene i 1993. Både i Bergen og Tromsø arbeides det med revisjoner av studieplanene.

Den umiddelbare praktiske konsekvensen for kommunehelsetjenesten er forslaget om utplassering i kommunehelsetjeneste/ fylkessykehus, en utplassering som forøvrig allerede praktiseres i Tromsø. Noen vil finne økt vektlegging av samfunnsmedisin gledelig. En konsekvens er at faget vil måtte tilføres flere ressurser ved universitetene, hvilket kan bety økte forskningsmuligheter og annen form for stimulering av faget. Til syvende og sist er kanskje det viktigste spørsmålet hva slags kolleger vi får å arbeide med om noen få år. Det overlater jeg til leserne å diskutere videre.

Sonja Fossum  
Svenstuveien 2  
0389 Oslo

### C TETRAM "Nycomed Pharma" Antiflogistikum.

ATC-nr.:M01A C01

### T ENTEROTABLETTER 10 mg og

20 mg: Hver tablett inneholder: Piroxicam. 10 mg, resp. 20 mg, lactos. 69 mg, resp. 138 mg, const. q.s.

**Indikasjoner:** Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, mb. Bekhterev, artroser. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet. Primær dysmenore.

**Kontraindikasjoner:** Aktivt ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet for preparatet. Krysreaksjon med acetylsalisylsyre eller andre antiflogistika mulig. Skal ikke gis om disse har forårsaket symptomer på astma; nesepolypper, angioneurotisk ødem eller urticaria.

**Bivirkninger:** Gastrointestinale

(vanligst): Dyspeptiske plager som kvalme epigastriske smerter, fordøyelsesbesvær, stomatitt.

Gastrointestinal blødning, perforasjon og ulcus forekommer. Fatale tilfeller er rapportert. **Sentralnerøse:**

Svimmelhet, hodepine, søvnløshet, depresjon, hallusinasjoner og parestesier er sett. **Kardiovaskulære/renale:**

Palpitasjoner, ødem, spesielt ankelødem, reversibel forhøyelse av BUN og kreatinin er rapportert, hematuri. **Dermatologiske:** Kløe, utslett, fotoallergisk reaksjon, alopecia.

**Meget sjelden:** Onycholyse, Stevens-Johnsons syndrom, toksise epidermal nekrolyse (Lyell syndrom), vesicobulløse reaksjoner.

**Hypersensitivitet:** anfykaltisk reaksjon, bronkospasme, urticaria/angioneurotisk ødem, vaskulitt og "serum sickness" er sett sjelden.

**Hematologiske:** Reduksjon i hemoglobin og hematokritt ikke-relatert til synlig gastrointestinal blødning. Trombocytopeni, ikke-trombocytopenisk purpura Henock Schönlein, leukopeni og eosinofili er rapportert. Meget sjelden aplastisk og hemolytisk anemi. **Lever:**

Enkelte tilfeller av forhøyet transaminasenivå. Ikterus og hepatitt er rapportert. **Øyeføre:** Tinnitus.

Hørselsnedsettelse i sjeldne tilfeller. **Tåkesyn og øyerritasjon. Andre:**

Hypo- og hyperglykemi, neseblødning, dyspne er rapportert. Sjeldne tilfeller av positiv ANA-test.

**Forsiktighetsregler:** Pasienter som har hatt peptisk mavesår eller alvorlig dyspepsi, må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Doser på 30 mg daglig eller høyere over lengre tid øker risikoen for gastrointestinale bivirkninger. Pga. nedsatt plateaggregasjon samt interaksjon med ev. antikoagulantia og risiko for forlenget blødningstid, må piroxicam anvendes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Antiflogistika kan forårsake reversibel

nedsettelse av nyregjennombleding og nyrefunksjon. Forsiktighet må utvises ved nedsatt nyrefunksjon og/eller hjertefunksjon, samt ved høy alder. Pga. piroxicams renale utskillelse bør lavere dosering vurderes ved nedsatt nyrefunksjon, og pasienten overvåkes.

Ved synsforstyrrelser anbefales undersøkelse hos øyespesialist. Anbefales ikke til barn under 5 år.

Kan maskere infeksjon. Ut fra teoretiske betraktninger og studier over virkningsmekanismen for antiflogistika er det en mulighet for at behandling over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser, inklusive frakturtilheling. Det er videre mulig at artroser kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antiflogistika.

**Graviditet/ammig:** Anbefales ikke til gravide eller kvinner under amming da sikkerheten for disse ennå ikke er dokumentert. Kontraindisert i 3. trimester. **Overgang i morsmelk:** Konsentrasjon i melken ca. 1-3% av konsentrasjon i serum.

**Interaksjoner:** Preparater med høy proteinbinding, f.eks. orale antidiabetika og antikoagulantia. Økte litiumkonsentrasjoner er rapportert. Cimetidin kan gi lett økning i absorpsjon, AUC og C-max av piroxicam. Interferens med diuretika natriuretiske effekt. (I: 44e antireumatika og antiinflammatoriske midler).

**Dosering: Tabletter skal svelges hele.** Reumatoid artritt, mb. Bekhterev og artrose: Startdose og vanlig vedlikeholdsdose er 20 mg daglig, tatt som 1 dose. Noen pasienter kan forsøksvis få dosen redusert til 10 mg daglig, mens enkelte kan ha behov for opptil 30 mg daglig, som 1 eller 2 doser. Ved artrose bør behandlingen ikke gis kontinuerlig men intermitterende, avhengig av pasientens plager (se Forsiktighetsregler). **Juvenil reumatoid artritt:**

**Barn med vekt >46 kg:** 20 mg. Dosen tas 1 gang daglig. **Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet:** Første 2 dager 40 mg daglig som enkelt eller delt dose. Deretter 20 mg daglig i 5-12 dager. **Primær dysmenore:** Første 2 dager 40 mg tatt som 1 dose, senere om nødvendig 20 mg daglig. Behandlingen startes ved begynnende menstruasjonsbesvær.

**Overdosering/forgiftning:** **Behandling:** Symptomatisk. Aktivt kull kan redusere absorpsjon og reabsorpsjon av piroxicam.

**Pakninger og priser:** **Enterotabletter: 10 mg:** 100 stk. kr. 258,00. Enpac: 20 stk. kr. 67,30. **20 mg:** 100 stk. kr. 499,70. Enpac: 7 stk. kr. 52,80, 10 stk. kr. 66,90

NYCOMED  
PHARMA

*nyhet!*

# ENTERO DRASJERT PIROXICAM TABLETT



## *Mindre slimhinneskader*

Det er kjent at enterodrasjering reduserer den lokale skadeeffekten av ASA og naproxen, og gir mindre slimhinneskader enn vanlige tabletter.

I en gastroskopistudie på Ullevål viste Aabakken & al at enterodrasjert piroxicam ga en signifikant reduksjon i slimhinneskader i ventrikkel og duodenum. (Statistisk signifikans på alle parametre.).

Forfatterne finner at  
" ... enterodrasjert piroxicam ga signifikant reduksjon av gastroduodenale endoskopiske lesjoner."

Ref.: Aabakken & al, Scand J Gastroenterol 1992;27:1049-1054.



*En daglig dose*

# TETRAM

*- for pasientens skyld!*



Spalten "Brev fra periferien" er til for deg som arbeider perifert. Det gjelder deg som strever i geografisk utkant, men også deg som i ditt praksismiljø, eller i dine praksismetoder, befinner seg et godt stykke fra sentrum. Har du noe på hjertet, men ikke anledning til å skrive en artikkel - send brev til denne spalten!

Tekst: Frode Forland



# Frå Vest-Telemark til Aust- Mashonaland

## *Nytten av kontakt periferi - periferi mellom ulike verdensdelar.*

Med bakgrunn som kommunelege i frå Nissedal kommune i Vest-Telemark, reiste eg for å arbeide 2 år som distriktslege i provinsen Aust-Mashonaland, Mutoko distrikt i Zimbabwe. SAIH (studentenes og akademikernes internasjonale hjelpefond) har i ein ti-årsperiode rekruttert 2-3 norske legar til denne provinsen. Vi er tilsette av Helseministeriet i Zimbabwe og er soleis ein del av den nasjonale og regionale helseplanen i landet. Her som i Norge er det vanskeleg å skaffe legar til utkantstrok. Prosjektet har hatt som mål å styrke og assistere i vidare utbygging av helsestellet på landsbygda i den nord-austre delen av landet.

## **Kommunikasjonslinjer og påverknad.**

Dei fleste kommunikasjonslinjer går mellom sentrum og periferi eller

mellom ulike sentra. Utbygging av kontaktnett og samband mellom periferi og periferi har i mange høve vore lågt prioritert og vanskeleg, både av økonomiske og geografiske årsaker. I Afrika går enno dei fleste veg og togsamband frå innlandet mot næraste utskipingshamn i tråd med tradisjonane i råvarehandelen og bytteforholdet til Europa.

Innanfor fagfeltet medisin kjenner ein og tydeleg sentrum si sterke stilling i høve til periferien. Dette gjer seg gjeldande vedrørande ressurstilgang, prioriteringar, statusplassering og rekruttering. Ein måte å styrke periferien på i denne maktkampen, er å benytte kontaktlinjer direkte frå utkant til utkant. Ein kan slik lettare unngå modifierande innvendingar, omprioriteringar og kompliserande mellomledd i sentrum. Etter- og vidareutdanningsgrupper i allmennmedisin og samfunnsmedisin har tydeleg vist at utbygging av perifere kontaktnett kan vere viktige i fagut-



vikling og styrking av tidlegare lågt prioriterte fagfelt i medisinen.

### **Samfunnsmedisinske utfordringar.**

I følgje Fredrik Melbye er samfunnsmedisinen si oppgåve og utfordring å nå dei forkomne i samfunnet. I ein kvar norsk kommune kan ein finne grupper av slike som ein bør tilgodesjå med ekstra løyvingar og tiltak innanfor helse- og sosialbudsjetta. For min del vert det likevel vanskeleg å ikkje sjå til andre utkantstrok når dette formar bakgrunnen for det samfunnsmedisinske engasjement. Store grupper av forkomne finn vi i dag i andre delar av periferien enn i norske utkantstrok.

Den internasjonale ressurstilgangen til desse stroka er for dråpar å rekne mot det som strøymer mot norsk periferi, som internasjonalt (les globalt) er for sentrum å rekne. Eg har likevel stor tru på at eit nærare samband mellom norsk og til dømes afrikansk periferi vil vere til gjensidig nytte. Norske legar med samfunnsmedisinsk interesse finns i all hovudsak i norske utkantstrok, og fleire burde tenkje på korleis ein kunne styrke kommunikasjonslinjene mellom periferien i ulike verdsdelar. Sentrale institusjonar i Noreg har enno i liten grad tatt opp denne hansken. Spørsmålet er om sambandet ute i periferien er godt nok til at perifere grupper kan gjere det. Kan regionale legegrupper i utkant-Noreg bli til kraftsentra også i internasjonalt helsearbeid, slik dei i stor grad er blitt det i norsk allmenn- og samfunnsmedisin?

### **Nytte for Aust-Mashonaland?**

Kva nytte kan norske legar gjere her? Ein skal alltid vere kritisk til eigen bistand, og underteikna er ikkje den rette til å vurdere dette, men eg torer å nemne nokre punkt:

1. Eit utkantstrok i Zimbabwe får hjelp til å dekke eit legebehov medan dei enno har for få av sine eigne,

og store rekrutteringsvanskar sett i høve til sitt eige sentrum - periferi problem.

2. Utanlandske legar kan vere med å styrke fagfeltet primærhelseteneste i høve til sentrumorientert spesialistmedisin.

3. Ein bakgrunn i norsk allmenn- og samfunnsmedisin er velegna til å gå inn i den enno aktuelle kombinasjonsrolla som distriktslegen har i Zimbabwe. Ein vekeplan her vil vanlegvis omfatte både planlegging, allmennmedisin, kirurgi, førebyggjande helsearbeid og helseopplysning.

4. Solidaritetsarbeid i det svarte fattige Zimbabwe er å vere på rett side i nord-sør konflikten, og svart-kvit konflikten i det sørlege Afrika.

### **Nytte for Vest-Telemark?**

Kva nytte har norske legar av jobb-røynsle frå u-land?

1. I eit land der legedekninga er ca. 1/20 000 vert det å lære seg rett prioritering mellom kurativt og førebyggjande arbeid viktigare enn nokon gong. Samarbeid og delegasjon av oppgåver til andre faglærde eller ufaglærde helsearbeidarar er essensielt. Å sjå sjukepleiarar i klinisk arbeid på landsbygda i Zimbabwe burde varig kurere skepsis mot denne yrkesgruppa.

2. Som allmennlege i Zimbabwe møter ein ein svært brei klinisk kvardag. Dei mest vanlege obstretiske og kirurgiske inngrep vert utførde ved distriktssjukehusa der distriktslegane er stasjonerte. Ein ser mange fleire pasientar kvar dag enn i Noreg, og får soleis mykje røynsle med klinisk medisin på kort tid.

3. Det kan vere nyttig å sjå alternative måtar å organisere helsestell og legemiddelformidling. I Zimbabwe er det t.d. eit gjennomført system med "Essential Drugs", og kun ge-

neriske namn på medisinar som fungerer godt.

4. Ved å arbeide i eit anna land knytter ein internasjonale kontaktar som kan vere til fagleg nytte og inspirasjon. Ein utvidar sitt verdsbilette gjennom naturopplevingar, åndelege og kulturelle inntrykk.

### **Tiltak for å stimulere utveksling og kontakt.**

Nokre få tiltak blir nevnt her, men det ville vere bra å få igang ein debatt om dette blant interesserte kollegar:

1. Internasjonalt helsearbeid må bli ein del av pensum på dei medisinske fakulteta. Utveksling av studentar og praksis i u-land er i ein byrjingsfase og må utviklast vidare.

2. Alternativ verneplikt: Helsearbeid i utviklingsland.

3. Godkjenning av teneste i u-land som teljande i norsk spesialistutdanning.

4. Utfordre regionale/lokale legefora til å setje internasjonale helsespørsmål på dagsorden. Slike grupper kan støtte og stimulere kollegar til oppbrot frå ein trygg kvardag.

5. Automatisk permisjon frå fast stilling i Noreg når ein dreg ut for å delta i bistandsarbeid.

Oppbrot i rett tid skapar ei god veksling i livet som hindrar utbrenning. Nokre års observasjon av Noreg utanfrå kan truleg vere sunt for dei fleste.

Av Frode Forland  
Mutoko District Hospital  
P.O.Box 15. MUTOKO  
ZIMBABWE

○

# ***Pinex* Forte**

30 MG KODEIN + 500 MG PARACETAMOL

B R U S E T A B L E T T E R

**NYHET!**



**AKUTTE  
STERKE  
SMERTER**

# Pinex Forte

30 MG KODEIN + 500 MG PARACETAMOL

B R U S E T A B L E T T E R

NYHET!

RASK SMERTELINDRING

OPTIMAL KOMBINASJON <sup>1)</sup>

30 mg kodein  
500 mg paracetamol

LØSES I 1/2-1 GLASS VANN • FRISK SMAK • PRAKTISKE PAKNINGER

PINEX FORTE-AL-

ATC-nr.: N02B E51

Analgetikum

**BRUSETABLETTER:** Hver tablett inneholder: Codeini fosphas hemihydric, 30 mg, paracetamol, 500 mg, natrii hydrogencarb., natrii carb., acid citric., sorbitol 300 mg, aspartam. Med delestrek.

**TABLETTER:** Hver tablett inneholder: Codeini fosphas hemihydric, 30 mg, paracetamol, 500 mg. Med delestrek.

**STIKKPILLER:** Hver stikkpille inneholder: Codeini fosphas hemihydric, 30 mg, paracetamol, 500 mg. Med delestrek.

**Egenskaper:** Klassifisering/Virkningsmekanisme: Kodein: Sentral analgetisk effekt. Paracetamol: Sentral og perifer analgetisk effekt, antipyretisk effekt over varmeregulerings-senteret i hypothalamus. Påvirker ikke hemostasen og irriterer ikke gastrointestinalslimhinnen. Absorpsjon: Rask og nær fullstendig etter oralt inntak. Rektal absorpsjon noe langsommere. Paracetamol: Maksimal plasmakonsentrasjon etter 1/2-1 time (tabletter) og ca. 2 timer (stikkpiller). Kodein: Maksimal plasmakonsentrasjon etter ca. 2 timer (stikkpiller). Proteinbinding: Kodein: Ca. 30%. Paracetamol: Ved terapeutisk nivå 0-25%. Fordeling: Paracetamol: Distribusjonsvolum ca. 1 l/kg. Halveringstid: Kodein: Ca. 3 1/2 timer. Paracetamol: 2-3 timer.

**Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Paracetamol: 0,033-0,133 mmol/l (5-20 µg/ml). **Metabolisme:** Kodein: I leveren. Paracetamol: Over 80% konjugeres til glukuronat og sulfat. Små mengder deacetyleres eller hydroksyleres med cytokrom P-450. Ca. 3% forblir uendret.

**Utskillelse:** Kodein: Vesentlig renalt som inaktive metabolitter. 2/3 deler av disse utskilles i løpet av 6 timer. Paracetamol og metabolitter: Renalt.

**Graviditet og amming:** Overgang i placenta: En viss overgang må forventes. Teratogen effekt ikke beskrevet. Overgang i morsmelk: Små mengder er påvist i morsmelk uten at man regner med noen risiko for påvirkning av barnet ved terapeutiske doser. Forsiktighet bør utvises ved vedvarende høy dosering.

**Indikasjoner:** Moderate til sterke smerter.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor innholdsstoffene.

Akutt hepatitt.

Akutt hepatitt.



Pga. innholdet av aspartam må brusetablettene ikke brukes av barn med Føllings sykdom.

**Bivirkninger:** Allergilignende reaksjoner kan forekomme. Kodein kan gi obstipasjon og døsighet, galleveisdyskinesi hos spesielt disponerte. Paracetamol: Tifeller av trombocytopeni og leukopeni er beskrevet. Hemolytisk anemi kan forekomme en sjelden gang.

**Forsiktighetsregler:** Kan gi døsighet. Forsiktighet bør utvises ved betjening av maskiner, motorkjøretøyer o.l. Forsiktighet ved nedsatt lever- og/eller nyrefunksjon. Risiko for nyreskade ved langvarig bruk er ikke klarlagt. Tilvenningsfare. Brusetablettene inneholder 16,3 mmol Na svarende til 376 mg Na. Hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon vil dette kunne virke skadelig, særlig ved langvarig bruk.

**Interaksjoner:** Kodein: Potenserer den sentraldepressive effekt av alkohol, sedativa, hypnotika o.l. Paracetamol: Ved vedvarende høy dosering kan det mikrosomale enzym-systemet i leveren indueres og effekten av bl.a. perorale antikoagulantia endres. Ved intermitterende behandling eller daglige doser på opp til 1,5-2 g paracetamol er denne effekten uten praktisk betydning (1: 15 e analgetika).

**Dosering: Voksne:** 1 (ev. 2) tablett (stikkpiller eller brusetabletter) inntil 3-4 ganger daglig. Brusetablettene skal løses i 1/2-1 glass vann.

PINEX FORTE

30 mg kodein + 500 mg paracetamol

Brusetabletter	20 stk.	37,40
Tabletter	10 stk.	24,80
	20 stk.	30,40
	50 stk.	59,40
	100 stk.	102,40
	10 X 100 stk.	949,70
Stikkpiller	10 stk.	30,30
	50 stk.	107,00

Stikkpiller bør fuktet umiddelbart før innføring.

**Barn:** Ved sterke akutte smerter:

**Tabletter/brusetabletter:**

15-25 kg: 1/2 tablett/brusetablett inntil 3-4 ganger daglig.

25-40 kg: 1/2-1 tablett/brusetablett inntil 3-4 ganger daglig.

>40 kg: 1 tablett/brusetablett inntil 4 ganger daglig.

Brusetablettene skal løses i 1/2-1 glass vann.

**Stikkpiller:** > 40 kg: 1 stikkpille inntil 4 ganger daglig. Stikkpiller bør fuktet umiddelbart før innføring.

**Overdosering/Forgiftning:** Kodein: Forgiftning gir sentral stimulering, hos barn krampes, dessuten oppkast, døsighet, respirasjonsdepresjon, cyanose og til slutt koma.

**Behandling:** Symptomatisk, kombinert med evt. antikonvulsiv og respirasjonsstimulerende terapi. Antidot: Naloxon. Paracetamol: Akutt, massiv overdosering kan gi leverskade. Den levertoksiske dose varierer fra individ til individ, men det er vanligvis liten fare for leverskader ved doser mindre enn 10 g. Symptomene kan komme etter en latenstid på 2 døgn eller mer (F: 34 kodein, 53 paracetamol).

**Pakninger og priser: Brusetabletter:** 20 stk. kr. 37,40.

**Stikkpiller:** 10 stk. kr. 30,30, 50 stk. kr. 107,00. **Tabletter:** 10 stk. kr. 24,80, 20 stk. kr. 30,40, 50 stk. kr. 59,40, 100 stk. kr. 102,40, 10 x 100 stk. kr. 949,70.

<sup>1)</sup> Ref.: LA Skoglund. Paracetamol 1991. s. 20. (ISBN 82-992389-0-0) 1-3-1992.

AKUTTE  
STERKE  
SMERTER



APOTHEKERNES LABORATORIUM A.S  
Harbitzalleen 3, 0275 Oslo. Tlf.: (02) 52 90 00



Tekst: Anne Mathilde Hanstad  
Tegning: Ellen Jepson



Anne Mathilde Hanstad, spesialist i allmennmedisin, Jørpeland. Rådgivende overlege, Trygdeetatens fylkeskontor i Rogaland.

# Spise forstyrrelser i allmennpraksis

## - hva gjør vi på legekontoret?

Allmennpraktikeren spiller en viktig rolle i forebygging og behandling av spiseforstyrrelser - men det trengs varhet for diagnose, og evne til tidlig intervensjon

### *Innledning:*

Allmennpraktikeren jobber i første- linjetjenesten. Den umiddelbare forskjellen mellom allmennpraktikeren og 2. linjetjenesten, er at sistnevnte ofte får problemene "servert på et fat". På det viset er det mulig å starte en målrettet kartlegging og terapi tidligere. La meg nevne et eksempel, en fallgrube for allmennpraktikeren, når det gjelder pasienter med anoreksi: Pasienten kommer inn på kontoret, og presenterer en problemstilling det er lett å plassere i kategorien "psykiatri". Dette kan ha til følge at legen glemmer å kle av pasienten. Anorektikeren kan gjemme sin magerhet under flere lag med klær. Hennes tendens til å fryse kan gjemmes under de samme lagene, og sminke kan hun bruke til å bedra

både hva angår ansikts- og leppefarge. Dette er et av mange problem allmennpraktikeren må ha klart for seg. Mitt poeng med å nevne et eksempel alt i innledningen, er å fokusere på hvordan allmennpraktikeren arbeidsmodell i forhold til også spiseforstyrrelser, dreier seg om tre punkt:

1. Erfaringsbasert kunnskap.
2. Tilpasning av teoretisk tilegnet kunnskap til allmennpraksis.
3. Allmennpraktikeren spesielle forutsetninger.

For å belyse allmennpraktikeren møter med pasienter med spiseforstyrrelser, skal jeg ta dere med på en reise sammen med noen pasienter.

**Tabell 1. Diagnostiske kriteria ved anoreksia nervosa**

- A. Intens redsel for å legge på seg eller bli overvektig  
Redselen avtar ikke selv ved undervekt
- B. Forstyrret opplevelse av egen kroppsvekt, -størrelse eller form, for eksempel ved å hevde at man "føler seg tykk" selv ved sterk avmagring eller mene at et område på kroppen har "for mye fett", selv ved åpenbar undervekt.
- C. Motstand mot å opprettholde kroppsvekten over et minimum av normalvekt for alder og høyde. Dvs. at et vekttap opprettholdes minst 15% lavere enn normalvekt, eller forventet vektøkning uteblir, slik at vekten opprettholdes minst 15% lavere enn normalvekt
- D. Fravær av minst tre påfølgende forventede menstruasjoner hos kvinner, enten det er primær eller sekundær amenorrhoe.

**Tabell 2. Diagnostiske kriteria ved bulimia nervosa**

- A. Gjentatte episoder med overspising (hurtig konsumering av store matmengder i et avgrenset tidsrom, vanligvis mindre enn 2 timer.)
- B. Frykt for ikke å kunne stoppe mens overspisingen pågår.
- C. Regelmessig bruk enten av selvindusert oppkast, laxanita, restriktive dietter eller faste for å motvirke effekten av overspisingen.
- D. Gjennomsnittlig minimum 2 overspisingsperioder ukentlig i løpet av 3 måneder.

Med bakgrunn i allmennpraksis, er det to viktige begrep vi bør ha klart for oss. Det handler om "Noe må gjøres" - kravet og "Drama på legekontoret" - presset, som alle behandlere mer eller mindre utsettes for. Det er like fullt viktig at vi er oss bevisst at slike samhandlingsmønstre er en del av vår hverdag.

### **Allmennpraktikerens innfallsvinkel.**

Allmennpraktikerens fordel, og belastning, er at mange problem ofte har en annen inngangsbillett enn "det det egentlig handler om". Vi som jobber utenfor de store byene, har ofte kjennskap til pasientens familie og nærmiljø. I mange tilfeller er jeg som allmennpraktiker, lege

for flere familiemedlemmer, og har kunnskaper som er til stor nytte når det gjelder å avdekke tabubelagte problem.

### **Møtet med vektproblemet.**

I arbeidet mitt som skolelege møter jeg mange ganger i året på problemstillingen "Kroppsvekt - er denne for høy eller for lav?" Det skjer i møtet med helsesøster, med skolen, i direkte kontakt med barn og unge, og ikke minst i forbindelse med henvendelser fra foreldre. I denne sammenhengen har jeg en liten kjeppest: Friske jenter og gutter er individuelle også i sin kroppsvekt. Det er ikke rimelig å plassere alle i "samme klesstørrelse". Normalitetsbegrepet er vidt. Hvordan er mors, fars og søskens kroppsstørrelse? Hvis hele familien er innlysende overvektig, kan en selvsagt gripe fatt i kostholdet i familien. Er mor eller far spinkle i bygningen, er det naturlig å si som min danske kollega: "noen skal man ha det fra". Jeg har vondt av den sterkt overvektige fjerdeklassingen, og jeg er ikke enig i at man skal la problemet ligge. Som skolelege synes jeg nettopp disse er viktige å gripe fatt i, for å forebygge sykdomsutvikling. Fokusering på spiseforstyrrelser er viktig: men det må ikke bli slik at det hverken er rom for aksept av den naturlige spinkle, eller for å ta opp overvektspromblem med den som er påfallende overvektig. Kan vi komme inn med informasjon og være med å bygge opp en god og naturlig matkultur, en kroppskultur med rom for variasjoner, har vi sjansen til å unngå sykerolleutvikling. Informasjon og opplysning i forhold til individ og grupper er forebyggende medisin også når det gjelder spiseforstyrrelser. Det er viktig for allmennpraktikeren å kjenne til de diagnostiske kriteriene for anoreksi og bulimi (tabell 1 og 2). Ved riktig forvaltning av denne kunnskapen, kan en gi bedre informasjon til samarbeidspartnere, skoleelever og bekymrede



**Tabell 3. Uføre med diagnose ANOREKSI / BULIMI i Norge 1991**

Totalt antall uføretrygdede med diagnose anoreksi/bulimi

Alder	Kjønn		M + K
	K	M	
16 - 39 år	73	22	95
40 - 49 år	56	22	78
50 - 59 år	21	20	41
60 + år	10	19	29
Sum	160	83	243

pårørende. Det tverrfaglige samarbeidet med helsesøster og skolen er viktig: det vil være kjent at pasienter med spiseforstyrrelser, ofte er ressursrike. Deres fortvilelse kan gjerne gi seg utslag i bevisst eller ubevisst manipulasjon med behandlerne. Da vil disse uten kunnskapsplattform og tverretattlig kommunikasjon lett kunne spilles ut over sidelinjen.

### **Forekomst av spiseforstyrrelser.**

Spiseforstyrrelsene har allerede en plass i Rikstrygdeverkets statistikker: i 1991 var 243 personer *uførepensjonerte*, det vil si erklært varig syke, for lidelsene anoreksi og bulimi. Dere vil se av tabell 3 det a) er flest kvinner og b) er flest pasienter i aldersgruppen 16-39 år. Imidlertid skal en ikke se bort fra at det faktisk er en hel del pasienter opp mot 50 års alder.

### **Når skal mistanken vekkes?**

Jeg nevnte at pasientens "inngangsbillett" til allmennpraktikerkontoret ofte er en annen enn den egentlige årsaken til at pasienten søker lege. Derfor er det viktig å være spesielt lydhør og observant overfor pasien-

tens kroppsspråk og presentasjonsproblem. Når unge jenter kommer med diffuse problemstillinger, som:

- "jeg er så trøtt"
- "jeg sover så dårlig om natten"
- "jeg plages av smerter i muskulaturen"
- "jeg har så mye vondt i magen"

Eller de presenterer problemstillinger omkring misnøye med sin egen kropp:

- for store eller for små bryster
- feilproporsjonering av hofter og lår,

er det nyttig å legge seg til en vane med å hente fram noen *spørsmål* som grovt kan kartlegge om spiseforstyrrelser kan være den egentlige grunn til legebesøket. Vi vet at jo tidligere spiseforstyrrelsene blir bragt på banen, jo bedre prognose er det for pasienten på sikt.

### **Klinikerens viktigste verktøy.**

En god sykehistorie er fortsatt blant våre viktigste verktøy. Det "kliniske blikket", "brillene som ser" er et annet viktig verktøy. Hva slags infor-

masjon gir pasienten meg gjennom sitt kroppsspråk? Når jeg nevner "kartleggingsspørsmål", er det med en tro på at vanlige spørsmål er lette å bruke i forhold til de fleste problemstillinger. De kan være greie hjelpemidler i situasjoner der vi som behandlere er usikre og lett kjenner oss utilpass. Det hverdagslige er enkelt å ta fatt i, og det kan gi verdifull informasjon. Jeg vil understreke at det hos bulimikere ofte er en normal klinisk undersøkelse, og pasientene kan derfor lett avfeies! Hvor grundig en skal spørre etter, må selvsagt individualiseres:

- **Spisevaner:** Hvor mange måltider har du for dagen, og når har du dem? Hva spiser du til måltidene? Hvordan spiser du? Har du det alltid travelt, - eller sitter du og plukker i maten og er sistemann som er ferdig? Spiser du sammen med andre eller aleine? Tygger du maten og spytter den ut igjen noengang?

- **Vektvariasjon:** Svinger vekta med årstidene? Går vekta ned når du har det travelt? Har vekta variert det siste året? Hvor mange kilo svinger vekta di?

- **Menstruasjonsforhold:** Kommer menstruasjonen regelmessig? Hvor lenge blør du hver gang? Har du menstruasjonssmerter?

- **Driver du noen form for regelmessig mosjon?** Hvordan og hvor lenge trener du? Trener du sammen med noen andre? Hva snakker dere om i garderoben? Er det noen på treninga eller i gymtimene på skolen som har bemerket noe om kroppen din?

### **Den diagnostiske helhet er viktig.**

Allmennpraktikeren har til oppgave å forsikre seg om at pasienten ikke har somatisk sykdom som krever behandling. Stoffskifteforstyrrelser og mage/tarmlidelser må spesifikt utelukkes, både gjennom klinisk undersøkelse og blodprøver (1). In-

speksjon av fauces/tenner (3,4) kan gi verdifull informasjon. Det er viktig både ved mistanker og ved sikker diagnose å ta opp en nøyaktig kost-anamnese. Pasienten med spiseforstyrrelse har stor kunnskap om kalorier, men ofte liten kunnskap om kroppens forbrenningsmønster. Gjentatt informasjon om hva som virker hvordan og på hva - og ikke minst hvorfor, i metabolismen, er viktig for å få pasienten til å "spille på lag" og for å få henne til å forstå at allmennpraktikeren kan dele kunnskap med henne (5).

### **Oppfølgingsrutiner.**

Ved mistanke om spiseforstyrrelser etter en konsultasjon, bør allmennpraktikeren gi pasienten en oppfølgningstime. Vi vet at pasienter med slike forstyrrelser ofte er skamfulle over spisemønsteret sitt, og ikke så lett forteller spontant om problemene. Siden kan mange av dem formidle følgende: "Legen spurte jo ikke om det, - og da var det ikke noen grunn til å fortelle om det!" Av slike svar forstår vi at pasientene har bruk for tid til bearbeiding. Denne kan i beste fall være så enkel som tidsrommet mellom to legekontakter.

### **Eksempler fra allmennpraktikerhverdagen.**

Gjennom noen kasuistikker fra praksis, har jeg lyst til å ta leserne med inn i allmennpraktikerhverdagen. Alle historiene er sterkt omarbeidet både hva angår navn, alder og egentlig innhold. De illustrerer forhåpentlig alle "kampen om kontroll". Jeg vil spesielt be dere legge merke til "Noe må gjøres - kravet" og "Drama-på-legekontoret presset".

### **Kari - en alminnelig og ikke synlig symptombærer:**

Kari var 17 år. Hun var normalvektig, "alminnelig" og ikke "synlig" symptombærer av spiseforstyrrelse. Mor henvendte seg

til meg. På bakgrunn av denne henvendelsen visste jeg om at Kari hadde bulimisyntomer da hun kom til time.

"Inngangsbillett" til legen:

For store bryster.

Vekt 58 kg. Høyde 170 cm. Kari hadde slanket seg 6 kg over tre måneders tid. På slutten av konsultasjonen forteller Kari at hun har problem med å beholde maten etter måltidene. Hun kaster opp flere ganger daglig. Dette har pågått i 8 måneder. Hun synes det er pinlig. I utgangspunktet ønsket hun seg slankere. Hun har alltid vært glad i godterier. Det er blitt en "fiks ide med maten": Først gikk hun inn for å tape vekt, siden har hun utviklet en tankeverden hvor "alt" dreier seg om mat. I selskapelige sammenhenger mister hun helt kontrollen: Når hun først tar et kakestykke, kan hun like godt spise en hel masse. Da planlegger hun selvpåført oppkast, og må ikke engang stikke fingeren i halsen for å få dette til.

Mor har i lengre tid blandet seg i Karis spisevaner til tross for et normalt matinntak vurdert utenfra. Dette medfører at Kari spiser mer når mor er tilstede, og kaster opp etterpå. Kari har en massiv metthetsfølelse selv når hun spiser lite. Hun kaster opp, selvpåført. Hun blir svimmel, svett og utilpass. Hun synes hun er "ekkelig å se på i speilet". Hun blir vanskelig å omgås for familie og venner.

Kari har lyst på høyere utdanning, og må flytte. Hun møter motbør på dette valget: Det vil jo medføre gjeld, og det er ikke sikkert hun får arbeide etterpå! I hybeltilværelsen greier Kari i perioder å takle spiseproblemene, men overspiser når kjente hjemmefra er på besøk. Hun avslår henvisning til studentenes psykologiske rådgivningstjeneste. Under et visst press fra familien flytter hun hjem, og kommer fort tilbake i den vanskelige sirkelen med familien. Når Kari er på ferie med gode venner, opplever hun seg rolig-

ere. Hun har bedre kontroll over matinntaket, og kaster ikke opp. Det går med andre ord bedre når hun mottar støtte og omsorg som oppleves "naturlig", i motsetning til konflikten med mor.

### **Allmennpraktikerens intervensjon:**

I konsultasjonene med Kari hadde jeg som behandlende lege visse målsettinger å arbeide mot sammen med Kari:

- Aksept av egne ønsker/behov i forhold til utdanning og voksent liv. Kari gjentok stadig selv: "Det jeg gjør er annerledes enn forventet, og ikke godt nok".
- Øving i å melde fra om at Kari har egne ønsker.
- Hun er ikke alltid "den sterke" som ingen "tar hensyn til".
- Forståelse for hva hun "spyr av". (Min teori var at oppkastet skyldtes familiens innblanding i Karis liv, konflikten i forhold til studere/ta seg arbeid osv.)
- Aksept av egen kropp i forhold til seksualliv.

### **Allmennpraktikerens problem i "tilfellet Kari":**

- Det er en klar konflikt i forholdet egne behov/egen vilje/mors vilje. Kari er ustabil emosjonelt og forsøker å binde legen til seg ved ikke å ville skifte terapeut. Hun har ressurser til å ta opp problemet, men har vanskelig for å melde fra i familien. Hverken mor eller datter ønsket tre-kantsamtaler eller familieintervensjon.

### **Eva - familiens symptombærer:**

Eva er 16 år når jeg kommer i kontakt med henne i forbindelse med spiseproblem. Jeg kjenner henne fra barndommen, og er behandler for flere familiemedlemmer. Eva er middels skoleflink, men greier seg godt, og synes foreldrene kan være fornøyde. Mor henvender seg først med "diagnosen": "Jenta mi har anoreksi". "Noe må gjøres!" Eva har

⇒

tapt 6 kg på et halvt år. Hun trener mye. Hun har enda regelmessig menstruasjon. For legen blir det fort kartlagt et opplagt konfliktforhold mor/datter. Vekta svinger 10 kg nedover. Menstruasjonen forsvinner. Eva blir svært mager, og dekker seg under sine gensere. Hun kommer for det meste til avtalte kontroller. Tre-kantsamtaler understreker et konfliktfylt forhold mor/datter. Mor presser med mat og søtsaker. Mor har sterke meninger om Evas slapphet, trøtthet og grinethet. Mor roter i Evas saker for å "avdekke" avføringsstabletter og slankepulver. Eva manipulerer på sin side i konsultasjonen. Hun setter legen og mor opp mot hverandre etter beste evne. Innimellom deltar hun i større måltider for å tilfredsstille foreldrene, eller hun spiser lite for å "straffe" mor og for å "kontrollere" familiedynamikken.

*Allmennpraktikerens intervensjon:*  
Mor henvender seg til alle tider til meg. Jeg konfronterer henne med påstanden om at Eva oppfattes som "familiens symptombærer". Jeg foreslår kontakt med hele familien, men mor og Eva avslår tilbudet uavhengig av hverandre. PPT-kontoret konkluderer i en samtale med Eva at "behandling er ikke nødvendig, situasjonen ser fredelig ut". På bakgrunn av flere "drama på legekantoret" og min total kjennskap til familien, valgte jeg likevel å fortsette kontakten med Eva i samarbeide med skolen. Gjennom regelmessige kontroller over tre år, synes det nå å gå rimelig bra med Eva. Hun er flyttet hjemmefra, og er i ferd med egen utdanning. Hun har "gjort unna" en del vanskelige valg i forhold til familie.

*Allmennpraktikerens problem:*  
Mor reagerte sterkt og var selvsagt hjelpeløs overfor datterens vekttaap. Hun lot sin aggresjon gå utover både behandlingsapparatet og datteren. "Noe må gjøres" - kravet ble stadig vekk satt på tapetet. Allmennpraktikeren ble sittende "mellom barken

og veden", og måtte ta standpunkt som tildels kunne være ubehagelige å meddele. Samtidig med at jeg måtte tilstrebe støtte og gjensidig tillit til pasienten, var det min behandleroppgave å gi familien klare meldinger uten å slå for store sprekker i familiesamspillet.

### **Et eksempel på egenomsorg: Lise.**

Lise var gymnasiast. Hun hadde en rekke særlige kvalifikasjoner, og problem:

- Hun var til vanlig den flinkeste i klassen. Hun er pliktoppfyllende.
- Hun var redd for ikke å lykkes i livet
- Hun kjente nederlag når hun hadde spist (hun gråt - ble sliten).
- Hun fikk etterhvert en kronisk redsel for vektøkning.
- Hun fikk tanker om at hun kunne tenke seg å dø.

Lise kom til legekantoret sammen med mor, etter at hun en tid forut hadde vært hos lege på egenhånd, med problemet trøtthet/slapphet. Hun fikk råd om å strukturere fritiden sin.... dertil fikk hun noen få sovetabletter. Sammen med mor utspilles det ulike drama på legekantoret: Lise skulle bare ta av litt, og så setter hun seg stadig nye mål. Når foreldrene maste, gikk matlysten ned.

Mor ble informert om hvordan familien kunne hjelpe til med å få Lise på beina igjen. Mor ble presset av far, som ikke var villig til å forholde seg til at "ingen gjør noe". Situasjonen i familien ble kritisk da foreldrene bestemte seg for å "våke" over Lise. Det kom til innleggelse i psykiatrisk klinikk, og rask etterfølgende utskrivelse. Til og med 2. linjetjenesten var avmektig for "noe må gjøres" - kravet og "drama på legekantoret" - presset. Lise er ressurssterk, viljesterk og perfektjonistisk. Hun kom seg etter en tid på fote. Nå har hun etablert et eget liv, og ønsker ikke kontakt med

helsevesenet. Hun mener det stort sett går bra, og har rimelig kontakt med familien.

### *Allmennpraktikerens problem:*

1. og 2. linjetjenesten ble styrt av familiens krav/konflikter. Familieterapi kunne vært indisert. Imidlertid var det ikke vilje i familien til å starte det. Kan hende var vi ikke modige nok til å konfrontere Lises foreldre med at Lises spiseproblem samlet familien og kunne være symptom på sykdom i familiestrukturen.

### **Marta - ikke bare et spørsmål om slanking:**

Marta var gymnasiast og kom også til meg etter at mor hadde bestilt time. Marta var skoleflink og utadvendt. Hun har nesten alltid hatt et overvektsproblem. Hun har en bulimi med overvekt. De hadde prøvd "alle slags slankekurer". Bestillingen var å komme i en allianse der vi over tid kunne få Marta til å legge om kostholdet og bevege seg nedover på vektskalaen. Marta kom inn i et JO-JO slankeproblem: Vekta svinget ned og opp. Hun greide i perioder ikke gå forbi en kiosk eller en godtebutikk. Hun kjente seg styrt av mat, og ikke omvendt. Hun likte ikke seg selv. Imidlertid kjente Marta et vondt press fra foreldrene, som ville hun skulle slanke seg. Hun folte seg presset, ble lei og urolig for hun ikke tilfredsstilte forventningene, og spiste mer.

*Allmennpraktikerens intervensjon:*  
Marta var uforstående til mitt forslag om at de andre i familien skulle endre "kosevanene" på lørdagskveldene for hennes skyld. Hun ønsket på ingen måte at familien skulle møte samlet på mitt kontor. Marta ble henvist til psykiater, og hadde nytte av polikliniske kontakter som foregikk samtidig med en naturlig løsrivelse fra hjemmet i forbindelse med utdanning. Marta har fortsatt et overvektsproblem, men underveis lærte hun i det minste å akseptere kroppen sin i større grad.





**Allmennpraktikerens problem:**  
Som behandlende lege gikk jeg i "enkefella", og lot problemene omkring forholdet til de andre i familien ligge. Kan hende jeg burde ha innkalt mor og pasient når mor tok kontakt for time til Marta for å unngå å havne i en slik felle?

### **Kampen om kontrollen.**

Ingen av disse historiene er dramatiske i livstruende forstand. Imidlertid er "Kampen om kontrollen" en rød tråd i alle fire historiene.

Det er en kamp om kontroll fra mor (foreldre) og fra jentene. Jeg må innrømme at jeg iblant stiller spørsmål: Er det i tillegg en kamp om kontroll fra min side som behandler? Det skjer stadig en konflikt i møtet mellom egne behov/egen vilje og

mors vilje. Det er vanskelig å bli voksen og selvstendig. Det er vanskelig å være foreldre og oppdragere. Førstelinjetjenesten er i en særskilt posisjon til å observere kampen om kontrollen i og med sin kontakt med flere familiemedlemmer. Vi har også en mulighet til å intervensjonere tidlig.

### **Somatisk undersøkelse kombinert med psykoterapeutisk tilnærming:**

Den foreliggende litteraturen om behandling av spiseforstyrrelser kan teoretisk synes å sprike (5,6,7). Imidlertid er det ikke tilfelle. I allmennpraksis har vi nettopp muligheten til å kombinere somatisk undersøkelse med psykoterapeutisk tilnærming. Med en slik modell som

ballast, vil vi ha mulighet for å reagere på et tidlig tidspunkt, og ha sjansen til å forebygge utvikling av alvorlige spiseforstyrrelser.

### **Lidelsen med de mange ansikter:**

Helsedirektorat og Fylkeskommune har hva de kaller satsingsområder. Nå er noen av "satsingsområdene" spiseforstyrrelser og seksuelle overgrep. Jeg vet at dette er store og skjulte lidelser. Fra min ståplass i allmennmedisinen ser jeg også at lidelsene altfor ofte seiler under "dekkdiagnoser" i smertegruppen. Det kan være vondt i ryggen, vondt i nakken, magesmerter eller andre diffuse plager. Jeg opplever at selv om jeg stiller relativt direkte spørsmål om spiseforstyrrelser, svarer pasienten benektende eller uklart. Bearbeidingsfasen kan være lang. Når det så endelig går "hull på byllen" er behandlingen av spiseforstyrrelsene og overgrepene to svært krevende fagområder. Det krever kunnskaper, og det krever tid. Har vi ressurser nok? Så langt har ressurser i liten grad vært tilført førstelinjetjenesten. Der som allmennpraktikerne, sosionomene, helsesøstrene, psykologene og lærerne i kommunene skal være i stand til å gjøre en skikkelig jobb i denne sammenheng, kreves det kompetanseheving, tid og personellressurser. Når "satsingsområdene" mediafokuseres, øker oftest pasienttilstrømmingen.

### **Samarbeid er viktig!**

For at vi som arbeider i førstelinjetjenesten over tid skal ha evne til å reagere og gi best mulig behandling, må det være vilje til ekte samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten. Dessuten må det være en forståelse hos myndighetene for at de egentlige problemene best kan forebygges nederst i det pyramidale behandlingssystemet.



## Styrken i allmennpraksis.

Charlotte Buhl har skrevet i en av sine bøker (6) at det i terapien overfor pasienter med spiseforstyrrelser er viktig å benytte den spesielle styrken disse pasientene har. Mitt ønske er at jeg gjennom den arbeidsmodellen jeg har skissert, og allmennpraktikerens hverdag i sykehistoriene, har greid å fokusere noe på den spesielle styrken førstelinjetjenesten og allmennpraksis har. Som behandlere i allmennpraksis må vi være oss bevisst vår unike posisjon i forhold til pasientene, både hva angår kjennskap til nærmiljø og familie, men også hva angår mulighetene til tidlig intervensjon og derved forebygging av spiseforstyrrelser.

## Litteraturliste:

1. Spigset, O: Anorexia/bulimia nervosa. Utposten 1990; 3, 130-135.
2. Spigset, O: Bulimia nervosa og selvrapperte symptomer. Tidsskr. nor. legefor. 26, 1992; 3306-3309.
3. Spiseproblemer gir tannskader. Munnpleien 1; 90.
4. Anorexia nervosa og bulimia nervosa - sykdommer som gjør livet vanskelig for mange mennesker. Medisinsk informasjon 9; 91.
5. Bassøe, H H: Anorexia nervosa og bulimia nervosa. Oslo: Tapir, 1986.
6. Buhl, C: Kampen om kontrollen. Oslo: Universitetsforlaget 1985.

7. Buhl, C: Følelser og kropp. Oslo: Universitetsforlaget 1990.
8. Henriques, H, Zlotnik, G: Patienten ved bedst - alternativ behandling af anorexia nervosa. Månedsskr. prakt. legegærning, marts 1990; 183-186.
9. Herpertz - Dahlmann, B: Anorexia nervosa and depression. Focus on depression, march 1992; 4-11.
10. Trygstad, O: Bulimi. Tidsskr. nor. legefor. 23, 1985; 1511-2624.
11. Skårderud, F: Sultekunsterne. Oslo, Aschehoug, 1991. Universitetsforlaget.
12. Shute, Jenefer: Normal størrelse. Oslo, Cappelen 1992.
13. Christensen K, Storhaug H: Når følelser blir mat. Oslo, Aschehoug 1990.
14. Kolberg, T: Jenta bak den gule stolen. Oslo, Pax 1990.
15. Aarskog, D: Overvekt og slanking hos barn og unge. Oslo, Tano 1986.
16. Borgen, J S: Spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere. Norges idrettshøgskole/helsedirektoratet 1991.
17. Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders, DSM - III R, 3. rev. utg. Washington: American Psychiatric Association, 1987.
18. Buhl, C, Stener, T: Prosjekt spiseforstyrrelser. Tidsskr. nor. legefor. 26, 1992; 3301-3303.
19. Hansen, A, Tveit, H: Spiseforstyrrelser. Orienteringshefte 1992. Psykiatrisk opplysningsfond, Armauer Hansensv. 20, 4011 Stavanger.

Av Anne Mathilde Hanstad  
Jørpeland

## Symposium:

### Health behaviour in adolescence: Implications for prevention of coronary heart disease. July 2-3, 1993, Bergen, Norway.

Et satelitt-symposium til 3rd International Conference on Preventive Cardiology Oslo 27. juni - 1. juli 1993.

Dette internasjonale symposiet vil fokusere på helsevaner blant barn og unge i relasjon til forebyggelse av koronar hjertesykdom. De viktigste risikofaktorene for koronar hjertesykdom er knyttet til livsmønstre som dannes tidlig i livet. Forebyggende tiltak må derfor ta utgangspunkt i kunnskap om ungdoms levevaner og de faktorer som påvirker disse. Symposiet vil drøfte erfaringer med ulike intervensjonstrategier på basis av norske og internasjonale studier.

Nærmere opplysninger kan fås fra:

Nasjonalforeningens HEMIL-senter, Universitetet i Bergen, Øisteinsgt. 3, 5007 Bergen. Telefon: 05 21 28 08. Telefax: 05 90 16 99.

## c Napren-E «Nycomed»

- Antiflogistikum** ATC-nr.: M01A E02
- T ENTEROTABLETTER 250 mg, 500 mg og 750 mg:** Hver enterotablett inneh.: Naproxen 250 mg, resp. 500 mg og 750 mg const. q.s. Mavesaffresistent drasjering.
- Egenskaper:** Klassifisering: Ikke-steroid antiinflammatorisk middel med analgetisk og antipyretisk effekt. Et syrerestent drasjélag gjør at naproxen først frigjøres i tarmen. Mindre tendens til ventrikkelslimhinneskader enn med vanlige naproxentabletter. Gir noe kortere varighet av morgenstivhet hos reumatikere enn vanlige tabletter. Virkningsmekanisme: Hemmer prostaglandin-syntesen. Virkningsmekanismen er ikke helt klarlagt. Har effekt på hyperkontraktiliteten i uterus og senker forhøyet basaltonus. Absorpsjon: Fullstendig. Starter først etter 1-2 timer. Tiden før maksimal plasmakonsentrasjon nås, varierer mer enn for vanlige naproxentabletter og er gjennomsnittlig ca. 4-6 timer. Plasmakonsentrasjonen om morgenen etter inntak av en kveldsdose vil være høyere enn med vanlige naproxentabletter. Proteinbinding: Over 99%. Fordeling: Opptas bare i liten grad i venene, hoveddelen gjenfinnes i blodet. Distribusjonsvolumet er ca. 0,1 liter/kg. Halveringstid: 10-17 timer, gjennomsnittlig 13 timer, relativt uavhengig av dosen. Metabolisme: Vesentlig ved demetylering og konjugering. Utskillelse: 95% i urinen, fortrinnsvis som inaktive metabolitter, ca. 10% som uforandret naproxen 1-2% utskilles med fæces. Overgang i morsmelk: Konsentrasjonen i morsmelk er ca. 1% av serumkonsentrasjonen, slik at risiko for barnet anses usannsynlig med terapeutiske doser. Overgang i placenta: Går over, se Kontraindikasjoner.
- Indikasjoner:** Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, artrose, mb. Bekhterev. Akutte anfall av urinsyre. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettet, stemet. Primær dysmenoré. Primær og spirallindusert menoragi.
- Kontraindikasjoner:** Aktivt ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet overfor naproxen. Bør ikke gis om acetylsalisylsyre eller andre ikke-steroid antiinflammatoriske midler eller analgetika har forårsaket astma, urticaria og rhinitt. Sikkerhet under graviditet ikke dokumentert. Bruk under graviditet krever nøye avveining av mulige fordeler mot potensielle risikoer for mor og barn, spesielt i 3. trimester.
- Bivirkninger:** Vanligst er dyspeptiske plager. Gastrointestinal blødning med eller uten ulcus pepticum forekommer. Fatale tilfeller er rapportert. Hodepine, tretthet, søvnløshet, lett uro, øresus og svimmelhet. Allergiske reaksjoner i form av hudreaksjoner og astmaanfall kan forekomme. Mildt perifer ødem. Enkelte tilfeller av forhøyete leverfunksjonsverdier er rapportert. Hematologiske reaksjoner.
- Forsiktighetsregler:** Pasienter med ulcus pepticum eller alvorlig dyspepsi i anamnesen må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Kan maskere symptomer på ulcus. Kan gi reversibel hemming av plateaggregasjonen med risiko for forlenget blødningstid. Anvendes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Kan maskere tegn på infeksjon. Forsiktighet ved signifikant nedsatt nyrefunksjon. Økende alder medfører økt risiko for bivirkninger. Sikkerhet ved bruk til barn under 5 år er foreløpig ikke dokumentert. Ut fra teoretiske betraktninger og studier over virkningsmekanismen for antiflogistika er det mulighet for at behandlingen over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser, inklusive frakturtilheling. Det er videre mulig at artrose kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antiflogistika.
- Interaksjoner:** Hemming av den renale lithiumutskillelse og dermed økt serumkonsentrasjon av lithium er rapportert. Øvrige se l:42e naproxen.
- Dosering:** Bør individualiseres. Reumatoid artritt, artrose, mb. Bekhterev: **Voksne:** 250 mg morgen og kveld. Dosen kan ved behov økes til 750 eller 1000 mg daglig fordelt på to doser eller som en kveldsdose. Ved artrose bør behandlingen ikke gis kontinuerlig, men intermitterende avhengig av pasientens plager (se Forsiktighetsregler). **Juvenil reumatoid artritt: Barn over 50 kg:** Voksen dose. Akutte anfall av urinsyregikt: 750 mg initialt, deretter 500 mg etter 8 timer fulgt av 250 mg hver 8. time til smerten forsvinner. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet: 750-1000 mg daglig fordelt på 2 doser i 3-10 dager. Første dose 500 mg. **Primær dysmenoré:** 500 mg ved begynnende menstruasjonsbesvær. Deretter 250 mg ved behov - maksimum 1250 mg pr. døgn. **Primær og spirallindusert menoragi:** 750-1250 mg fordelt på to doser første blødningsdag, deretter 250-500 mg morgen og kveld etter behov i opp til 5 dager. **Enterotabletter skal svelges hele.** Andre opplysninger: Kan påvirke laboratorietester av 17-ketogene steroider og 5-HIAA i urin og bør derfor seponeres midlertidig 48 timer før slike tester.
- Pakninger og priser:** 250 mg: 100 stk. kr. 258,-, 10 x 100 stk. kr. 2.369,-. Encpac: 20 stk.kr. 60,50. 500 mg: 50 stk. kr. 248,30, 100 stk. kr. 488,90. Encpac: 10 stk. kr. 57,80. 750 mg: 100 stk. kr. 748,10.
- T: 3, 17, 35.  
(Pris pr. 1.1.93)

# Færre bivirkninger

enn vanlige naproxentabletter



VENTRIKKEL

LUMEN

PEPSIN  
SALTSYRE NIKOTIN  
ANTIFLOGISTIKA  
ALKOHOL

MUCUS  
BIKARBONAT

MUCOSA

SALTSYRE OG  
PEPSINOGEN  
PROD. CELLER

SUBMUCOSA

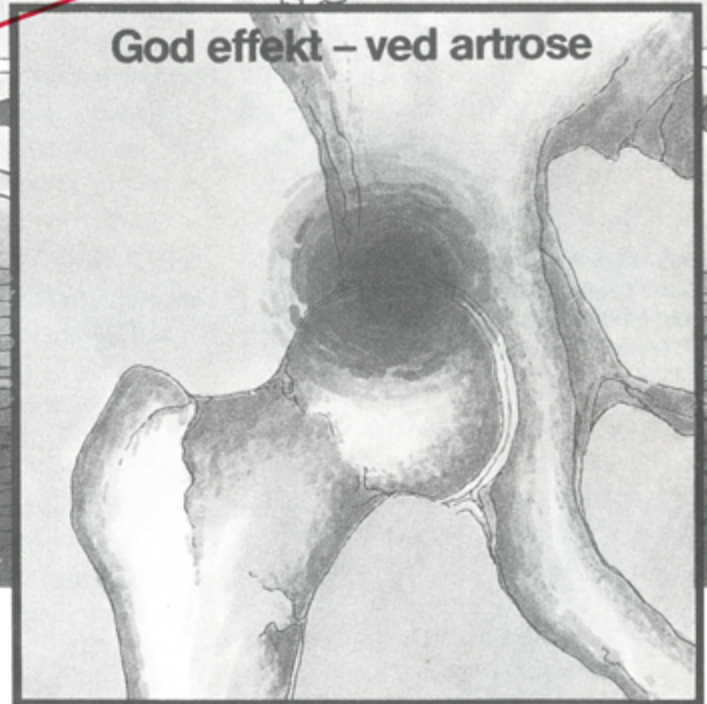
MUSKEL-LAG

BINDEVEV

CA. 30%

**PRISNEDGANG**  
DEFINERT SOM BILLIGSTE SYNONYM

God effekt – ved artrose



## NAPREN-E®

Enterodrasjerte naproxentabletter

- Gir mindre tendens til skader i ventrikkelslimhinnen enn vanlige naproxentabletter
- God effekt
- Forkortet varighet av morgenstivhet
- 1 x daglig; 500–1000 mg om kvelden ved reumatoid artritt, mb. Bekhterev og artrose

Se forøvrig felleskatalogtekst på baksiden.

Nycomed Pharma A/S  
Postboks 5012, Majorstua  
0301 OSLO  
Telefon 22 96 36 36

 **NYCOMED  
PHARMA**

# ”Å stanses i spranget”

## Refleksjoner omkring arbeid og arbeidsløshet

Tekst: Knut Ågotnes

Knut Ågotnes, født 1943, magistergrad i filosofi, førsteamanuensis, daglig leder ved Senter for europeiske kulturstudier. Arbeider (hm..) med en bok om arbeidets betydning for det moderne mennesket.

*"I don't believe in hell... I believe in unemployment, but I do not believe in hell" (Tootsie i "Tootsie").*

Arbeidsløshet er det nærmeste det moderne, sekulariserte menneske kan komme helvete. Denne helvetes forgård blir nå etablert også i vårt land, som et sted å være for en voksende gruppe mennesker i arbeidsløshetsalder. Vi kommer dit når vi mister arbeidet. Hva det er, vet alle. Vi vet at: "Ingenting er verre enn å mangle arbeid". Og: "Arbeid gir livet mening og det gir individet verdi. Det gir oss identitet".

Har vi da et fundamentalt behov for å arbeide? Er arbeidet en "naturnødvendighet"? Noen dykk ned i historien kan gi holdepunkter for noen svar.

La oss begynne med begynnelsen, de gode gamle grekerne. Plutark sier om Lykurg - Spartas lovgiver - at "en av de største velsignelser han

gjorde mot sitt folk" var at han skaffet dem mengder av fritid ved å forby dem å delta i "lave mekaniske yrker". Xenophon legger følgende ord i Sokrates' munn: "...de manuelle yrker blir kritisert, og blir naturlig nok sett på med den ytterste forakt. For de ødelegger arbeidernes kropp, tvinger dem til å sitte i ro og leve innendørs og stundom å tilbringe dagen framfor ilden.... Svekkelsen av kroppen fører til en alvorlig svekkelse av sjelen. Andre tekster legger vekt på at arbeidet innskrenker menneskets frihet, en frihet til å engasjere seg i aktiviteter som har med utfoldelse og selvrealisering å gjøre, aktiviteter knyttet til sosialt og politisk liv, kommunikasjon og kunnskap, idrett og helse. Arbeid var begrensende og privatiserende, til og med usunt. Det gav assosiasjoner til det innomhuslige, det feminine, det individuelle og det ufrie. Arbeid er definitivt ikke et selvrealiseringsmedium. "Livet er handling, ikke arbeid", sier Aristoteles.

Ingenting tyder på at de frie greske menn tok skade av sin manglende deltakelse i arbeidslivet. Tvert imot. Slik deltakelse var et klart handicap med hensyn til å utfolde den vel avbalanserte handlingsprofil som var forutsetningen for menneskelig lykke. I denne sammenhengen er det nok å konstatere dette. Arbeid er ingen universell betingelse for det gode liv.

Stilt overfor dette materialet går våre tanker i retning av forskjeller i sentrale verdier mellom den greske og den moderne verden. Grekerne *verdsatte* arbeidet annerledes enn vi. Vårt neste skritt blir da å studere de vestlige normene knyttet til arbeid. Vi fordyper oss (bl.a.) i "Max Weber og den protestantiske etikk". Å arbeide er en dygd og en plikt av første rang. Stigmatisering utenfra og selvforakt innenfra rammer den som unndrar seg den arbeidsføres forpliktelse.

Disse moralske normene kan ha preget det vestlige menneskets forhold til arbeid. Men det faktum at de er blitt betraktelig svekket de siste 20 år, uten at arbeidets sentrale betydning for mennesket er minsket, kanskje tvert om, tvinger oss til å lete i en annen retning.

Det moderne menneskets forhold til arbeid festner seg og allmenngjøres i det forrige århundre, ikke i reformasjonens, men i industrialiseringens tidsalder. Det får sine teoretiske uttrykk hos Fourier, Proudhon, Marx, Morris, Carlyle, Ruskin o.a. Tankegangen er ikke først og fremst etisk. Arbeidet er ikke lenger bare plikt, det er nå selve grunnmediet for selvrealisering. Arbeidet skaper mennesket. Eller rettere: mennesket skaper seg selv gjennom å arbeide. Livet blir forstått som en utviklingsprosess, der muligheter skal realiseres, der spirer skal vokse og utfolde seg, der det som bor i en skal få form og karakter gjennom de valg og de handlinger en utfører i arbeidet. Gjennom dette får en selv form

og karakter, *identitet*. Og siden dette arbeidet ikke bare foregår i forhold til naturen, men også til samfunnet, vil en både arbeide seg inn i et fellesskap og markere seg der som en myndig person gjennom karakteren til det arbeidet en utfører og dets kvalitet.

Først opplevelsen av livet som en selvutviklingsprosess gir arbeidet dets plass som det avgjørende identitetsskapende medium. Det som her skjer, er et ledd i en større reorientering i forhold til tilværelsen, der "verdier" og "holdninger" stikker opp og blir synlige som toppen på isfjellet. Ett element i denne reorienteringen er individualismen, et annet - som er viktig her - er den nye historieoppfatningen eller tidsoppfatningen. Det er en parallell mellom det selvutviklende individet og samfunnsutviklingen. Begge er målrettede prosesser. I begge er fremtiden en viktig kategori. Fremtiden og det som der skal virkeliggjøres, er det som gir mening til det vi steller med nå. Meningen med, verdien av nuet, ligger i at det er en stasjon på reisen mot framtida.

På denne bakgrunnen kan det virke paradoksalt at historien er så fylt med negative vitnesbyrd om arbeidslivets kvaliteter. Men en må, for å ta et kjent eksempel, forstå Karl Marx' patos i fordømmelsen av arbeidets fremmedgjøring og undertrykking i lys av hans forestilling av hva arbeidet bør og skal være. Når arbeidet blir organisert slik at selvrealisering blir umulig, er det selve kjernen i individet som forkrøples og trues med utslettelse.

Men har det ikke skjedd noe avgjørende siden industrialiseringens tidsalder? La oss sammenligne da og nå.

Proletarene som fylte de nye fabrikkene og industribyene hadde fått sine røtter skåret over, de var rykket løs fra de fellesskap som familie, slekt, landsby og (ofte) religion hadde utgjort. Som individer måtte de

forsøke å koble seg til samfunnet på nytt, over en avgrunn så og si, og lønnsarbeidet var den eneste kanalen som var åpen. Det var altså ikke bare for å overleve man måtte selge seg på det nye arbeidsmarkedet. Gjennom denne transaksjonen ble det på nytt mulig å få kontakt med en kilde til identitet. Man er jern- og metallarbeider, spinner, vever, skipsbygger, osv. Med disse termene har man sagt det meste.

Men dette gir et altfor enkelt bilde. Den første intense industrialiseringsperioden fulgtes av dannelsen av nye fellesskaper. Rundt bedriftene, boligstrøkene og familiene vokste det fram nye miljøer, organisasjoner, væremåter og verdsett, kort sagt, nye kulturmønstre.

"Medlemsskapet" i de nye fellesskapene var riktignok basert på egen eller fars yrkestilknytning, men som sosialisering- og normfellesskap, hadde de mye videre rammer enn det arbeidserfaringene i seg selv kunne gi. Disse fellesskapene var preget av en stor grad av kontinuitet. Altså, selv i industrikapitalismens glanstid var kildene til identitet flere, og ikke minst mer stabile, enn i dag. Dette gjorde også opplevelsen av arbeidsløshet - på dette plan - mindre traumatisk enn den ofte er i dag: man var fortsatt en vel ansatt platearbeider, selv om verftet hadde stått stille de siste 10 måneder.

I dag er situasjonen radikalt forandret. Vi har mer marked, mindre fellesskap. Arbeidet står mer dominerende i sentrum enn noen gang. Vår identitet er likevel løsere forankret. Og når arbeidet er borte, tørker også identetskilden inn.

I de siste 20 år har en stor del av det ufaglærte arbeidet i produksjonslivet forsvunnet. Dels ved at bedrifter og hele bransjer er blitt borte (teko), dels ved at endringer i produktkrav og produksjonsteknologi har skapt nye krav til arbeidernes kompetanse og omstillingsevne. En følge av det

⇒

te er ikke bare at de ufaglærte er forsvunnet, de faglærte danner heller ikke lenger ensartete grupper. Arbeideren er en person som kan ha en nokså spesiell yrkesbakgrunn og som kan ha et spesielt sett av kvalifikasjoner. Han er sannsynligvis underveis, mot nye jobber, nye kurser, kanskje har han ingenørhøyskolen i blikket.

Han er altså et individ. Her ligger den viktigste grunnen til forvitringen av det arbeiderfellesskapet som vi kjenner fra industrikapitalismens glansperiode. Arbeideren tenker ikke lenger kollektivt, hans skjebne er blitt skilt fra arbeiderfellesskapets. Problemer løses i mindre grad i bedriftsklubben, i større grad individuelt (ved oppsigelser f. eks.). Normer, politisk innstilling, væremåter og omgangsformer syges ikke inn fra arbeiderkollektivet. Dette kollektivets evne til å sosialisere, til å definere en livsform, er svekket.

Dette individet er også på vei ut av andre tradisjonelle fellesskaper. Sønnen går ikke i farens fotspor. Han bygger ikke hus i grenda. Familien er ikke det siste faste fellesskapet, som består gjennom alle oppbrudd, all mobilitet. Selv innen familien er vi individer, som "forhandler" (særlig om tid), som kan si opp "kontrakten".

Utdanningseksplosjonen som tok til på 60-tallet er en vesentlig faktor i dette oppbrudds- og mobilitetsmønsteret. Den er også en forutsetning for den modernisering av arbeidslivet vi har hatt.

Utdanning er selv en livsfase og en sosialiseringsskole. Den individualiserer; man konkurrerer, og man evalueres som individ. Fellesskapene som dannes er eksperimentelle og flyktige. Man må videre planlegge, tenke langsiktig, gjøre de riktige valg, i forhold til et framtidig arbeidsmarked.

Utdanningserfaringene blir dermed gjort med framtidig karriere for øye. Skal vi lykkes må vi "investere" alle våre interesser, våre krefter, hele vår personlighet i det vi kan kalle utdannings- og yrkesspiralen. Arbeidslivet og dets direkte erfaringer er slik sett mindre viktig enn før, en utdanningsarbeidsspiral har tatt dets plass. Men til gjengjeld gjør denne spiralen sterkere krav på oss. Og kravet er vanskelig å avvise: skal vi lykkes som menneske, må vi gjøre det her, andre arenaer finnes knapt.

Lønnsarbeidet har i stor grad monopolisert det seriøse arbeidet. Ved siden av utdanning, er det bare militærtjeneste, idrett og jakt og skiturer til sydpolen, som er seriøse alternative aktiviteter. Husarbeidet er det ikke lenger, derfor er heller ikke husmorrollen meningsfull.

Lønnsarbeidet er seriøst fordi jobbene er nødvendige, fordi markedet eller offentlig prioritering har skapt dem, og fordi det er kompetente personer som utfører dem. Det er seriøst fordi det er viktige og maktfulle personer som vurderer hvordan vi arbeider, vurderinger som kan ha store konsekvenser for oss. Det finnes standarder for utføring av arbeid som blir tatt dødsens alvorlig, vi konkurrerer med andre med alt det dette innebærer osv. Arbeidslivet har dermed en seriøsitet som tilsvarer alvor i vårt selvsrealiseringsprosjekt. Vi får målt resultatet av vår innsats, får bekreftet oss selv, får vite hvor vi er i utviklingen. Man kan kanskje si det slik at det er først i arbeidslivet vi blir behandlet som voksne, vi får lov til å delta i den virksomheten som samfunnet definerer som viktig ved å sette lønnsarbeidets stempel på det, og vi knyttes til en sammenheng og et formål som er større enn oss selv.

Samtidig har de endringene i det moderne produksjonsliv som vi har drøftet, redusert fremmedgjøringen i arbeidslivet. Jobbene er blitt mer utviklende og spennende og ens ar-

beidsliv en livslang utfordring. Delaktelse i arbeidslivet blir mer lystbetont, pliktens hevende pekefinger trenges ikke lenger. Og her står vi ved det aktuelle paradokset: i det øyeblikk da lønnsarbeidet ikke bare er et nødvendig, men også et attraktivt selvsrealiseringsmedium, blir det borte.

Er det da så ille å gå arbeidsledig en stund? Nepppe.

Mange finner, om enn nødtvunget, at jobbskifte også på grunn av oppsigelse kan gi positive erfaringer. Det kan være et spark i baken som en i ettertid innser at en trengte, det kan utløse slumrende krefter, ny kompetanseoppbygging. Selv om mange opplever dette som en krise, vet vi jo at ulike typer livskriser kan være et utgangspunkt for personlig vekst. Men her er bildet selvsagt broket, både de personlige forutsetningene og de sosiologiske variablene kommer inn her. Og den som ikke lykkes, kan oppleve nederlaget sterkt, det var jeg som hadde ansvaret og jeg som sviktet.

Og disse kan ende som langtidsarbeidsløse. Jeg "definerer" dem her som de som har fått framtidssvisjonen revet i stykker, de som ser i øynene et liv uten arbeid. For dem er situasjonen mer prekær enn noen gang, om vi ser bort fra de rent økonomiske aspektene.

Lønnsarbeidet er bærer av en meningsstruktur der framtidsperspektivet er bestemmende. Når arbeidet som selvsrealiseringsmedium og dermed framtida blir borte, blir meningen med den nåværende tilstand problematisk. Opplevelsen av menings- og formålsløshet er et trekk som stadig blir påpekt i studier av langtidsarbeidsløse. Men også blant disse er det mange som takler sin situasjon overraskende godt, med hensyn til det ytre adferdsmønster, og fysisk og psykisk helse. Jeg leser likevel de undersøkelsene jeg kjenner til (som riktignok ofte er ut-

ydelige i forhold til de problemene som drøftes her), slik at de fleste langtidsarbeidsledige opplever en, til dels dramatisk, redusert livskvalitet. Det dreier seg mindre om sykdom enn om "meningen med livet".

## Hva kan gjøres?

Behovet for selvrealisering gjennom samfunnsmessig virksomhet stikker for dypt i vår kultur til at vi kan rokke ved det. Klostre er neppe løsningsen.

Det trengs da alternative aktiviteter. Kan det gjøres med "tilbud" til de arbeidsløse? Neppe. Hele poenget med disse er jo at de alt i utgangspunktet er definert som useriøse, samfunnsmessig unyttige og dermed meningsløse aktiviteter. De er plassert på såret. Et hovedpoeng må være å skape aktiviteter som er meningsfulle i seg selv, som ikke bare er opprettet for å gi de stakkars arbeidsløse et tilbud. Det må være aktiviteter som kan representere et valg for folk som er i lønnsarbeid. Ivan Illich har utmyntet slagordet "retten til nyttig arbeidsløshet". Nå, da "arbeid til alle" ikke engang tør tas i bruk som billig valgflesk, er det på tide å sette det på dagsordenen.

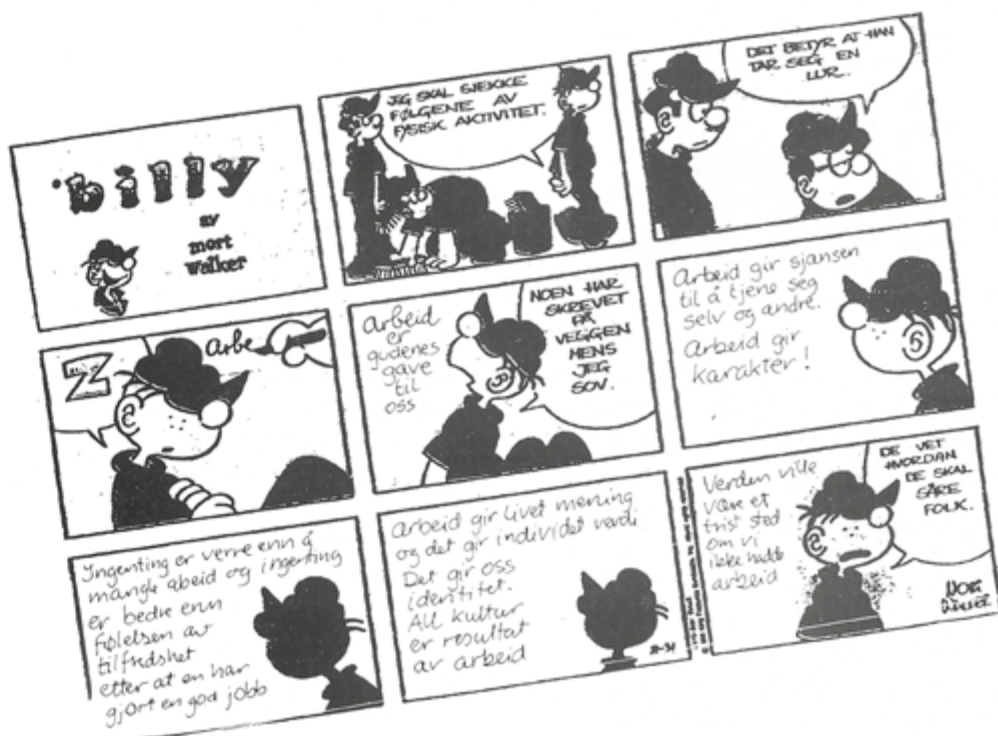
Men hvorfor sørger ikke de arbeidsledige selv for å skape meningsfulle aktiviteter? Det er ingen som hindrer dem i å dyrke sine interesser, utvikle seg selv, søke likesinnede, lage prosjekter. Og med den ballast moderne arbeidstakere ofte stiller med, og de muligheter som bys av samfunnet, skulle vi forvente stor aktivitet. Likevel finner vi at de fleste langtidsarbeidsløse i mindre grad enn før er i stand til å forfølge slike interesser. Ja slike interesser virker mindre meningsfulle enn før. Det ser ut til at arbeidet er den sentrale meningsbærende og meningsgivende aktiviteten, og at andre mer blir et supplement til det livsprosjektet som deltakelse i arbeidslivet er.

Arbeidets betydning er vevd inn i den moderne personlighetsstruktur såvel som i samfunnets organisering. Hvis dette er riktig, er det ikke tilstrekkelig å bearbeide de rent holdningsmessige, moralske eller ideologiske sidene ved det å miste arbeidet. Problemet stikker dypere. Selv om samfunnet godtar de arbeidsløse, vil de neppe gjøre det selv. Og om de godtar å være arbeidsløse, i den forstand at de resignerer, hindrer ikke dette menings-tapet.

Den ideologiproduksjonen som foregår i de sentrale samfunnsinstitusjonene er dessuten neppe nyskapende på dette området. I en situasjon der vi holder på å bygge opp en fast, voksende stamme av permanent arbeidsledige, krever omsorgen for konkurranseevnen at en framstiller det moderne utdannings- og arbeidsliv som den eneste meningsfylte livsform.

I denne artikkelen har jeg forsøkt å argumentere for at arbeidets betydning ligger så dypt i vår kultur, at fundamentale trekk ved denne må endres om vi skal kunne leve med en framtid der det ikke er nok arbeid til alle. Hvordan disse endringene skal skje, vet jeg ikke. Men jeg tviler på at de vil utløses av de etablerte institusjonene. Trolig må nye bilder av hva et godt menneskeliv kan være, springe ut av subkulturelle aktiviteter. Slike prosesser tar tid. I mellomtiden må nok den noe defensive konklusjonen blir at både for sjel og kropp er det beste innumforsvar den selvrespekt og verdighet som (bare?) arbeid kan gi.

Av Knut Ågotnes





# En pille for alt som er ille

Tekst: Olav Rutle



Olav Rutle f. 1945, adresse Jessheim. Arbeid halv tid som allmennpraktiker på Jessheim, halv tid som amanuensis på Institutt for allmenmedisin i Oslo.

Jeg har fått oppgaven å være djevelens advokat i denne sammenheng, å komme med motforestillinger til ulike strategier for å forebygge type II diabetes. Denne rollen har jeg tenkt å gå inn i, derfor er ikke hensikten å komme med en balansert framstilling. Likevel vil jeg hevde at et snev av sannhet er det i de fleste påstander jeg kommer med.

Det kan så langt vi vet i dag skimtes to muligheter for å forebygge diabetes - livsstilendringer og medikamentell intervensjon.

Det er ikke noe nytt at vi leger snakker om livsstilendringer - vekta og kolesterolen skal ned, røyken skal ut, (alkoholen snakker vi ikke om for den er vi så glad i alle), fettet skal bort, mosjonen skal inn og hjelmen skal på. Når det gjelder å forebygge diabetes snakker vi mest om vekt og mosjon. Undersøkelser kan tyde på at man iallfall utsetter diabetesdebuten dersom overvektige folk går ned i vekt, og best går det dersom de begynner å mosjonere.

Det som lenge har forundret meg er hvor enkelt vi leger tenker om forebygging. Livet er ganske komplisert, det er svært mange faktorer som påvirker vår sjanse til å bli syke - det er genetiske faktorer, oppvekstvilkår, sosiale og kulturelle forhold, det ytre miljø, trivsel, egenverdi og sykdomsfremkallende agens.

Når virkeligheten er så komplisert, hvordan kan vi leger tro at om vi manipulerer med *en* risikofaktor, en faktor som vi ved store epidemiologiske undersøkelser har funnet har statistisk sammenheng med sykdom, så skal det føre til redusert sykkelighet og dødelighet. Det er nesten naivt. For det første vet vi svært lite om virkningen av en slik intervensjon, og det lille vi vet er ikke oppmuntrende. For det andre vet vi nesten ingen ting om hva vi gjør med resten av mennesket, resten av biokjemien, resten av homeostasen, når vi griper inn på denne måten. Det er rimelig å tenke seg at når vi forandrer litt på en faktor skaper dette en



rekke kjedereaksjoner hos mennesket - kanskje er disse positive, kanskje negative. Hva var det som skjedde da man senket kolesterolet hos en mengde mennesker og fant lavere dødelighet av hjerte/kar-sykdommer, men høyere dødelighet av andre årsaker?

Vi må være klar over at om vi har funnet en statistisk sammenheng mellom såkalte risikofaktorer og sykkelighet og dødelighet, betyr ikke det det samme som at dødelighet og sykkelighet reduseres dersom vi via en eller annen måte klarer å forandre denne risikofaktoren. Det er selvsagt en altfor enkel årsak - virkning modell.

Men vi gjør noe annet også når vi i økende grad fokuserer på det vi definerer som risikofaktorer. Vi i helsetjenesten setter lyskasteren på noen problemer og er med på å legge andre helseskadelige faktorer i skyggen - arbeidsledighet, trivsel, familieproblemer, selvfølelse, vold, sosial status osv. At dette er vanskelig å gjøre noe med, og kanskje ligger utenfor vår medisinske arena, betyr ikke at vi kan glemme det for å konsentrere oss om vår snevre medisinske definisjon av risikofaktorer.

Vi er med på å gjøre helse- og risikofaktorer så viktige for folk at de sier det er synonymt med lykke. Det er ikke slik at tilværelsens letthet er koblet til vekta eller kolesterolet. For å sitere vår kollega Åsa Rytter Evensen: det er verre å ha lav selvfølelse enn høyt kolesterol. Jeg glemmer aldri den overvektige kvinnen som på vei ut døra fra mitt kontor snur seg og sier - "dere leger skjønner ingenting". Jeg visste at hun hadde en alkoholisert mann som slo henne, jeg visste at hennes sønn hadde hengt seg, jeg visste at hennes datter brukte stoff - men jeg snakket til henne om hennes overvekt.

Hvor lang tid skal det gå før vi leger oppdager at helsen ikke er det eneste mennesket har.

Vår terping på risikofaktorer kan bryte ned folks verdighet. Vi har fått slik gjennomslag for vårt evangelium at det er uverdigg og syndig for et menneske å ha høye risikofaktorer, enten det er å røyke, å ha høyt kolesterol, å spise fett eller la joggeskoa stå urørt. For ikke å snakke om - å ha høye risikofaktorer og ikke gjøre noe med det. God helse er noe du har gjort deg fortjent til, har du ikke god helse har du vel heller ikke fortjent det. Leger sier ofte - det er ikke noen vits i å spørre folk om hva de spiser eller om de drikker - de bare juger. Ja kanskje det, men hvem sin skyld er det at de ljuger - hvordan skal de ellers opprettholde sin verdighet - ved å innrømme at de spiser for mye og drikker for mye? En 50 år gammel mann oppsummerer sitt liv slik til meg: "jeg var mislykket på skolen, ekteskapet gikk fløyten, jeg har mista jobben - jeg klarer heller ikke å slutte å røyke eller å gå ned i vekt."

Ved å påføre folk et par nederlag til - er det slik vi fremmer helsen?

Kanskje er det da likevel enklere om vi kunne finne et medikament som kunne forebygge diabetes? Enklere på mange måter - ja, men bedre - tvilsomt. Kanskje kan det forebygges at noen får diabetes, men kanskje har det også andre virkninger som er mindre heldige - både for pasienten, på medisinen og på helsevesenet.

Jeg sier pasient, men er det pasienter? Dette er folk som ikke har noen symptomer, de føler seg helt friske - de har bare nedsatt glukosetoleranse. Det er vi som gjør dem til pasienter, gjør dem avhengig av et medikament og av helsevesenet. Det er bare vi som kan gi dem medisinen, og våre tester som kan fortelle dem om de er friske, bedre eller verre. Vi har gjort dem avhengig av oss. Er det 100 000 diabetikere, er det kanskje like mange med nedsatt glukosetoleranse, kanskje dobbelt så mange? Kolleger, her er det nok å ta av. Men

kanskje er det dette vi kaller medikalisering?

Ved å behandle en tilstand som nedsatt glukosetoleranse, har vi også styrket tendensen til at man ikke kan stole på at man er frisk selv om man føler det slik. Man må gå til doktoren for å få vite det. Folk tror snart ikke de klarer noen ting selv, alt må legges fram for eksperter. Nå kommer folk for å måle blodtrykket og kolesterolet sitt - det neste blir kanskje blodsukkeret.

Jeg har ovenfor vært inne på hvor vanskelig det kan være å forandre sitt liv og sin livsstil. Det er atskillig lettere å ta en pille eller to og tro at den gjør samme nytten. Det gjør den sannsynligvis ikke, men det er en god narresmukk når det man virkelig skulle ha gjort er så vanskelig. Det gjelder her og det gjelder ellers, mange av de piller vi deler ut er sovepiller, man dysser ned det egentlige problem, for det er for vanskelig å ta opp.

Og dette gjelder ikke bare pasientene. Finnes det en pille er den lett å gripe til, selv om den kanskje ikke er den beste løsningen, selv om den kan ha bivirkninger. Alternativene er ofte så vanskelig å få til, og vi har ikke styring på dem. Og vi leger liker å ha styring, og å lykkes. Å måle at en parameter forandrer seg i riktig retning er å måle vår vellykkethet. Så får det heller være at vi burde gjort noe annet i stedet.

En annen sak er at på langt nær alle av de som har en risikofaktor blir syke. Når det gjelder nedsatt glukosetoleranse får ca. 20-25 % diabetes i løpet av en 10 års periode. Det vil si at innpå 80 % er blitt behandlet helt til fånytt. Hvor mye skal de 80 prosentene legge på solidaritetens alter av ulemper, for at de 20 prosentene skal utsette sin sykdomsdebut? Vi skal være ganske sikre på at denne behandlingen ikke har særlig negative effekter før vi setter i gang.

⇒

Si nå at vi kan unngå at noen får diabetes, eller at noen får utsatt diabetesdebuten. Har vi derved redusert deres dødelighet -- det vet vi ingen ting om. Det vi har lært av liknende intervensjoner er ikke oppmuntrende. Effekten av blodtryksbehandling er relativt sparsom, direkte skuffende vil mange hevde når man tenker på de kostnader og den innsats som ligger bak. Og kolesterolreducerende regimer, enten det er kostomlegging eller medikamentelt, har til nå vist nærmest null effekt på sykkelighet og dødelighet (unntak familiær hyperkolesterolemi). Denne erfaringen forteller oss at å redusere en risikofaktor medikamentelt slett ikke er det samme som at folk blir friskere eller lever lenger. Vi har også eksempler på det motsatte - jeg minner om atomidin. Og for å gjøre det ytterligere komplisert hender det at de negative effektene av våre handlinger først viser seg i neste generasjon - østrogen til kvinner under svangerskapet ga døtrene vaginal-

cancer. Vår horisont er ofte snever - vi tenker en og en faktor, ett og ett individ og få år framover.

Et annet poeng er de vridninger man kan oppleve i interesse og ressursbruk dersom det ble aktuelt å forebygge diabetes ved hjelp av et medikament. Forskningsinnsatsen ville dreies dit, og andre viktige forebyggende tiltak kan bli avspist med smuler. Forskning på ikkemedikamentelle metoder for å senke blodtrykket er som en stille fjert mot det tordenskrallet all forskning om medikamentell behandling har skapt. Et annet kuriosum i denne sammenheng er også hvilken forskning som blir sitert og framhevet. Jeg nevnte tidligere at kolesterolsenkende regimer ikke hadde hatt noe effekt. Det er en sannhet med modifikasjoner. Noen forsøk har vist en positiv effekt på sykkelighet og dødelighet, andre har vist det motsatte (BMJ 1992, 4 July). Men gjett hvem av forsøkene som blir framhevet og sitert?

Er det slik at vår interesse lett lar seg fange av helseproblemer som bokstavelig talt lar seg medikalisere? Er det sammenheng mellom sykdommens status og behandlingens og medikamentenes muligheter?

Det er heller ikke vanskelig å se en langvarig prosess for å få et diabetesforebyggende medikament på blå resept. Det er kanskje ikke noe dårligere forslag enn å ha blodtrykkssenkende preparater på denne lista. Men at det har ressursmessige konsekvenser er i alle fall sikkert.

### Konklusjon:

En pille kan dempe det som er ille, men ikke alt ille kan dempes av pille, og det som kan skje så stille stille er at en pille kan gjøre oss ille.

### Foredrag på møtet:

*Hvordan forebygge type 2 diabetes.*

○

# infodoc

Tilbyr journalløsninger til deg som tenker selv.

Infodoc AS  
Postboks 122  
5042 FJØSANGER  
Tlf.: 05121990



Tekst: Redaksjonen  
Foto: Per Jarl Elle

# Løvetannprisen 1992

NSAMs Løvetannpris for 1992 gikk til Åse Schrøder og UTPOSTEN gjengir her utdrag fra bedømmelseskomitéens pristekst.

Åse Schrøder ble cand. med. 1958, og har siden 1965 vært allmennpraktiserende lege i Bodø, kombinert med oppgaver som helsestasjons- og skolelege. Hun var med å starte en av de første gruppepraksiser i Norge, er spesialist i allmennmedisin og godkjent veileder i allmennmedisin.

Åse har engasjert seg mange år i legeforeningens ulike organer. Bl.a. har hun vært formann i Nordland Legeförening, medlem av Landsstyret, visepresident i Den Norske Lægeförening, medlem i etisk råd for leger og styremedlem i NSAM. Hun har vært medlem i Statens sykehusråd og Statens fagråd for helsetvesenet og er styremedlem i Soria Moria. Hun har også hatt en aktiv interesse i det lokale fagmiljø, og var initiativtaker til den mangeårige tradisjon med månedlige faglige møter for allmennpraktikerne i Bodø. Hennes navn er stadig å se under innlegg både i lokalavisene og i Tidsskriftets leserbrevspalter.

En spesiell egenskap ved Åse er hennes evne til stadig kritisk å revidere praksisens drift og organisering. Hennes evne til å tilegne seg og utprøve nye behandlingsmetoder og praksisrutiner må fremheves. Det er

ikke mulig å omtale Åse uten å omtale hennes rettskaffenhet og ordentlighet, - det er alltid orden i alle papirer og aldri rot i arkivene.

Hun har alltid vært inspirerende overfor og opptatt av kolleger og medarbeidere, og hun har oppfordret og tatt initiativ til faglige tilbud i form av møter og kursvirksomhet for begge grupper.

Faget allmennmedisin har hatt en trang oppvekst. Åse har vært blandt frontfigurene i faget i alle år, og ved sin fremferd og faglige tyngde vært med å bringe faget dit vi står i dag. Ikke bare som allmennmedisiner, men også som kvinnelig lege har Åse vært en av løvetennene i norsk medisin som har vært spesielt livskraftig og stadig vært synlig. Å være løvetann på synlige steder innebærer risiko for å bli forsøkt "luket", både sentralt i legeföreningen og lokalt i Bodø. Det har Åse taklet på en bemerkelsesverdig måte. Løvetannen har også den egenskap at "den sprer seg". At hun har inspirert andre til å velge spesialiteten og til å engasjere seg i faglig arbeid langt utover vanlig arbeidstid, er "bevis" på dette.

**REDAKSJONEN GRATULERER  
ÅSE SCHRØDER HJERTELIGST  
MED UTMERKELSEN!**

○

# Årsmøte i Norsk selskap for all- mennmedisin 1992

Referat: Gunn Aadland  
Medredaktør i Utposten 1988 - 92

Norsk selskap for allmennmedisin-NSAM-hadde årsmøte under Primærmedisinsk uke i Oslo i oktober. Denne uka var i år et felles prosjekt mellom de tre primærlegeforeningene, ApLf, OLL og NSAM. Soria Moria hadde hele uka gjennom et rikholdig og fargerikt program.

Leder, Olav Thorsen holdt en innledning om rikets tilstand og avsluttet med å legge fram det sittende styrets prinsipp-og arbeidsprogram. NSAM har idag 850 medlemmer. Målet er å doble medlemsmassen i 1993. Men på lengre sikt er målet alle norske allmennpraktikere, vel 3000. Det vil kunne gi foreningen den nødvendige faglige tyngde i norsk primærmedisin. Målet er å øke aktiviteten i referansegruppene,

som er en viktig del av NSAMs faglige arbeid. Leder ønsket også å styrke kontakten med de allmennmedisinske miljøer i utlandet. Et viktig arbeidsfelt i kommende periode er utvikling av samarbeidet mellom primærlegeforeningene. Han regnet med at NSAMs rolle ble lettere å profilere når de andre i 1993 fikk status som yrkesforeninger. Årets primærmedisinske uke er et synlig tegn på at dette samarbeidet er i en positiv fase.

Olav Thorsen syntes det var grunn til optimisme på foreningens framtid til tross for økonomiske hindringer. NSAM har en sentral rolle som interesseorganisasjon for forskning og fagutvikling.

# ÅRSMELDING 1992

## 1. Underutvalg.

NSAM har 5 faste underutvalg: Forskningsutvalget, Publisering-utvalget, Selvevalueringsutvalget, Klassifikasjonsutvalget og Det felles EDB-utvalget.

Publisering-utvalget har i samarbeid med TANO kommet igang med Allmennpraktiker-serien igjen. I 1992 har 3 bøker kommet fra denne serien.

ICPC-klassifikasjoner for primærhelsetjenesten, Handlingsprogrammet for revmatologi og til primærmedisinsk uke, en rykende fersk røntgenbok.

Klassifikasjonsutvalget har dette året i hovedsak jobbet med innføring av ICPC i n. allmennmedisin. Dette utvalget har savnet en bedre økonomi.

Selvevalueringsutvalget har hatt en periode uten stor aktivitet. Det forelå forslag om at det skulle omgjøres til et utvalg for kvalitetssikring. Dette ga årsmøtet sin tilslutning til.

Det felles EDB-utvalg har vært knyttet til innføring av ICPC og Basis Data Sett.

## 2. Referansegruppene.

NSAM har 21 referansegrupper. Det har vært varierende aktivitet i gruppene, men det var bred enighet om at referansegruppene er sentrale i foreningen. De har levert viktige faglige bidrag til norsk allmennmedisin.

Referansegruppa for allmennmedisinsk teori og filosofi har hatt stor aktivitet. De har avholdt 2 seminarer og forebereder et temahefte om allmennmedisinsk teori. Gruppa har også etablert kontakt med spennende utenlandske miljøer.

Referansegruppa for helseopplysning arbeider med å lage et handlingsprogram om helseopplysning.

Referansegruppa om hypertensjon arbeider med å få handlingsprogrammet tilpasset EDB-journal.

Referansegruppa i sykehjemsmedisin har søkt kvalitetsfondet om penger til å lage et handlingsprogram i sykehjemsmedisin.

Referansegruppa i økologisk medisin er engasjert i utgivelsen av tidsskriftet Humanøkologi. De hadde forøvrig ansvar for årets Kongsvoldseminar.

Flere referansegrupper hadde hatt kurs innen sine områder. En ny referansegruppe innen idrettsmedisin var dannet i 1992. Det ble ved flere høve snakket varmt for gruppenes betydning for foreningen. Det er viktig å signalisere utad at de er åpne for nye medlemmer.

## 3. Internasjonale kontakter.

NSAM ser det som en viktig oppgave å holde kontakt med andre lands allmennmedisinske miljøer og internasjonale organisasjoner. De viktigste er WONCA, SIMG, EGPRW og The New Leuvenhorst Group.

Foreningen var representert på WONCA i Vancouver mai 1992. NSAMs representant i denne organisasjonen pekte på at vi har mye å tilføre fra norsk allmennmedisin.

Ola Lilleholt i styret er for tiden visepresident i SIMG. Denne organisasjonen er i en spennende periode med blant annet diskusjon om et tidsskrift, samt et felles koordinerende Europa-sekretariat.

## 4. Prinsipp- og arbeidsprogrammet for 1992-93.

Det sittende styret la fram sitt program for arbeidet. Det var resultatet av et seminar der styret drøftet foreningens linje i de kommende år. Programmet er gjengitt i sin helhet under.

Her tok diskusjonen av på årsmøtet. Punktet om at alle som driver selvstendig allmennpraksis skal være spesialister i allmennpraksis vakte debatt. Det ble advart mot å ta dette inn i programmet. Det kunne rokke ved grunnutdanningens målsetning. Punktet ble ikke tatt opp til votering, heller ikke programmet i sin helhet. Styret la dette fram til orientering. Det var i det hele lite voteringer underveis i årsmøtet. Det hadde mer preg av referatstil enn av heftige debatt om kompliserte emner. Kanskje ville det i framtida være tjenlig for foreningen å legge opp til debatt om foreningens store linjer. Det kan også i seg selv være rekrutterende for foreningen. Det optimistiske målet er dobling av medlemsmassen, noe en slik aktiv og entusiastisk forening bør kunne klare.

### PRINSIPP- OG ARBEIDSPROGRAM FOR NSAM 1992-93.

NSAM har til formål å videreutvikle og forbedre kvaliteten i faget allmennmedisin og fremme det faglige allmennmedisinske miljø. Dette kan bl.a. gjøres ved å:

1. Styrke aktiviteten i de allmennmedisinske miljøer gjennom
  - stimulering til økt aktivitet i referansegruppene
  - å oppfordre til dannelse av nye referansegrupper
  - bedre støtte, økonomisk og faglig overfor disse gruppene
  - stimulere og styrke lokale fagutdanningsgrupper og miljøer.
2. Arbeide for å bedre utdanningen i allmennmedisin gjennom
  - spesielt å prioritere etterutdanningen ved å stimulere til bedre prosedyrer i allmennmedisin. Dette kan skje ved hjelp av prosedyrepermer og EDB-baserte prosedyreprogrammer
  - å stimulere til at det utvikles nye handlingsprogrammer og ved oppdatering av tidligere programmer
  - stimulere til gjensidig praksisbesøk for allmennpraktikere
  - stimulere til økt selvevaluering
3. Virke for forskning i allmennpraksis gjennom
  - å styrke lokale forskningsmiljøer med bedre veiledning
  - skaffe oversikt over norske allmennmedisinske forskningsprosjekter og arbeide for dannelsen av en idebank over nye aktuelle forskningsprosjekter
4. Være bindeledd mellom norske og utenlandske allmennmedisinske miljøer og internasjonale organisasjoner gjennom
  - å opprette et underutvalg med ansvar for internasjonal kontakt
  - øket samarbeid mellom de nordiske foreningene
  - å formidle kontakt mellom medlemmene og internasjonale allmennmedisinske miljøer.

## 5. Helsepolitikk

NSAM vil profilere seg sterkere i samfunnsdebatten om helsepolitiske spørsmål som har betydning for faget allmennmedisin, som f.eks ved å fremme pasientenes og legenes synspunkter i den pågående trygdemedisinske debatt. NSAM vil arbeide for at fastlegeordning blir innført og at det blir innført generell henvisningsplikt i forhold til 2. linjetjenesten. NSAM har som mål at alle som driver selvstendig allmennpraksis i Norge skal være spesialister i allmennmedisin.

Norsk Selskap for Allmenntmedisin (NSAM) - Kongsvoll-kurs 22.-24. april 1993

# Omsorg ved livets slutt

**Hovedmålsetting:** Beskrive utfordringer og oppgaver som allmennpraktikere møter hos pasienter ved livets slutt. Definere palliativ medisin i et allmennpraktikerperspektiv. Sette lindrende behandling i en kulturhistorisk sammenheng, som gir begreper som smerte og lidelse utvidet mening.

**Kurssted:** Kongsvoll Fjellstue på Dovre  
**Ansvarlig:** NSAM referansegruppe: *Omsorg ved livets slutt*  
**Kursledere:** Harald Kamps, Anders Seim  
**Påmelding:** NSAM v/May-Brith Mandt, Fr. Stangsgt. 11/13, 0264 Oslo, tlf.: 22 55 92 10 innen 15.03.93  
**Antall deltakere:** 35  
**Kursavgift:** Kr1100,-

Kurset er godkjent med 16 timer for spesialistutdanningen i allmenntmedisin

## Torsdag 22. april

14.00 - 14.30: Presentasjon av deltakere, forventninger til kurset  
14.30 - 16.00: Døden på norsk: *Prost Sevast Lappegard* (Elverum) beskriver sitt prosjekt "Døden og gravferdstradisjoner i kulturell endring."  
16.00 - 16.30: Pause med kaffe/te  
16.30 - 18.00: forts. på diskusjonen.  
18.30: Middag

## Fredag 23. april

08.30 - 11.00 *Workshop med gruppearbeid, veiledet av medlemmer i referansegruppen*, som diskuterer konkrete temaer som kan taes opp i veiledningsgruppene senere. Deltakere oppfordres til å ta med kliniske problemstillinger, foreta enkle registreringer. Også kurskomiteen forbereder relevante kasuistikker.

**Temaer:** Palliativ medisin - kliniske utfordringer (Anders Seim)  
Informasjon til alvorlig syke og deres pårørende (Karin Skarsaune)  
Kommunikasjon "mellom linjene" (Stein Erik Hessling)  
Hva må til for at flere kan då "hjemme"? (Harald Kamps)

11.00 - 12.00 Rådgivningsgrupper i primærhelsetjenesten - hvor er vi? Hvordan er fremtiden for den norske "hospicemodellen"? v/*Eva Botten, DNK, Omsorgsrådets ressurscenter*.  
12.00 - 15.00 Pause: skitur, samtaler i solveggen. Lunch kl. 14.00  
15.00 - 16.00 Palliativ medisin i Norge, samarbeid mellom primærhelsetjenesten og kompetansesenteret (Hospiceenheten) ved RIT v/*prof. Stein Kaasa*  
16.00 - 16.30 Pause  
16.30 - 17.30 En pasient er ikke bare et individ - allmennpraktikeren som "nettverkarbeider" v/*LiveFyrand*  
17.30 - 18.00 Oppsummering  
18.30 Middag  
20.30 *The Super Djembe Kan: Afrikansk danseworkshop*. Afrikansk danseglede og Døden i afrikansk kultur. Utdrag fra Rikskonsertenes program med medlemmer av Elfenbenskystens nasjonalballett; dans, trommer, ballafon.

## Lørdag 24. april

08.30 - 10.30 Deltakerne diskuterer form og innhold i et planlagt *emnekurs* "Omsorg ved livets slutt". Kursprogrammet vil bli delt ut torsdag.  
11.00 - 12.00 Nytt fra NSAMs referansegrupper  
Avreise  
13.00 - 17.00 Møte i referansegruppen *Omsorg ved livets slutt*; åpent for interesserte deltakere.

# Forfatterveiledning

Takk for at du vil skrive i Utposten. Det setter vi pris på fordi Utposten er et dugnadsprodukt som aldri blir bedre enn det dere bidragsytere gjør den til.

Vi ønsker at Utpostens innhold skal hvile på fire pillarer; den allmennmedisinske kliniske hverdag, praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene og teoretiske og ideologiske spørsmål knyttet til fagene allmenn- og samfunnsmedisin. De erfaringene vi samlet høster i vårt daglige arbeid er det viktigste grunnlag for læring og videre utvikling av fagene. Men vi ønsker også innspill fra andre fag og vitenskaper som kan bidra til å øke vår forståelse av virkeligheten og på den måten gi oss bedre forutsetninger for å gjøre en god jobb. Vi ønsker at Utposten skal være en møteplass for refleksjon, kommunikasjon og oppmuntring. Tradisjonelt vitenskapelige artikler hører nok mer naturlig hjemme i andre tidsskrifter.

For å illustrere hva vi mener har vi tenkt oss mulige faste og mindre faste spalter som: Slik gjør vi det. Samfunnsmedisinske hverdagsproblemer. Smil i hverdagen. Synspunkt. Kasuistikker. Bokmeldinger. Kursspalte. Intervjuer. Brev fra periferien. (Husk at i et primærmedisinsk perspektiv er storbyen minst like perifer som Loppa på Finnmarksysten!). Temaer.

Når vi får bidraget ditt, vil vi prøve å gi en rask tilbakemelding hvordan vi vurderer det. For nye skribenter ønsker vi ikke å legge lista til kvalitetskrav for høyt, mens nøytrale bidragsytere må finne seg i en noe strengere vurdering.

## Manuskriptet.

Skriv slik det passer deg, enten med skrivemaskin eller tekstbehandling. Håndskrevne manuskripter med høy lesbarhet tar vi også imot. Bruk bred marg og dobbel linjeavstand ved maskinskriving. En tekstside i Utposten uten illustrasjoner tilsvarer ca. 3 maskinskrevne sider med dobbelt linjeavstand. Bruker du tekstbehandling, ønsker vi oss disketten din sammen med papirmanus med angivelse av hvilket tekstbehandlingsprogram du har brukt. Det letter arbeidet vårt om du følger de innskrivningsreglene som er angitt nedenfor med utgangspunkt i Word Perfect (WP). En tekstside i Utposten tilsvarer ca. 2 sider i WP med standard linjeavstand og marg.

## Illustrasjoner.

Vi vil gjerne ha illustrasjoner til artiklene. Det beste er om du kan skaffe dem selv, men vi kan selvsagt hjelpe deg. Både tegninger, svart-hvitt-, fargefotografier og lysbilder kan brukes.

## Forfatterpresentasjon.

Ved egne artikler vil vi gjerne ha et bilde av forfatteren og en kort biografi.

## Innskrivningsregler basert på Word Perfect.

For de som bruker tastaturprogrammet Abatast skal Abatastmodus norsk-08 benyttes.

### 1. Brødtekst.

Brødtekst er teksten artiklene består av: sakprosa i sammenheng. Bruk WP's standardformat angående:

- marg (ve: 2,54 c, hø: 2,54 c)
- linjeavstand (1)
- tabulator (hver 5.)
- ikke rett høyremarg

Unngå all raffinert innskriving, dvs. ikke bruk koder som sentrering, uthvet skrift, tabulator, innrykk, skriv fra høyre, side-tallsangivelse og -plassering.

Ord som skal markeres i brødteksten, understrekes. I bladet kommer dette ut som kursiv sats. Ikke bruk understreking til noe annet. Avsnitt markeres ved et ekstra linjeskift. Etter tegn (.,?) skal det være ett mellomrom, ikke to eller null.

### 2. Litteraturhenvisninger.

Litteraturhenvisninger ordnes numerisk i den rekkefølge arbeidene første gang forekommer i teksten. Ikke prøv å sette det opp lekkert. Skriv det rett ut i samsvar med Vancouverkonvensjonen (se evt. "Tidsskriftets" veiledning for manuskriptforfattere). Eksempler:

1. Lomas J, Anderson GM, Dornick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? N Eng J Med 1989; 321: 1306-11.
2. Hill MN, Levine DM, Whelton PK. Awareness, use and impact of the 1984 Joint National Committee Consensus Report on high blood pressure. Am J Public Health; 1988; 78: 1190-3.
3. Gleicher N. Cesarean section rates in the United States. The short term failure of the National Consensus Development Conference in 1980. JAMA 1984; 252: 3272-6.

### 3. Tabeller.

Ingen skal skrive inn tabeller eller "tabellaktig" stoff med mindre de vet *helt* sikkert at de gjør det *helt* riktig.

(Ved innskriving av slikt stoff må du bruke tabulator (og evt. innrykk) for at ikke tallene skal strø seg utover hele siden.

Det nytter *ikke* å bruke ordskiller og telle seg fram. Men prøv ikke å sette opp nye tabulator-rekker. Hold deg til standardrekken som ligger i WP).

### 4. Overskrifter.

Artikkeloverskrifter skrives med uthvet skrift og små bokstaver. Skal du ha med en undertittel (ingress) i overskriften, som du ønsker mindre markert, skrives også denne med uthvet skrift, men settes < mellom til klammer på denne måten>. Eksempel:

### Hva vil de?

<Har samfunns- og allmennmedisinere noe spesielt å tilføre fagmiljøet?>

Mellomtittel i teksten skrives også inn med uthvet skrift og små bokstaver. Er artikkelen bygget opp med ytterligere ett nivå slik at det under mellomtittel-avsnittet finnes flere underavsnitt, skrives undertitler inn med små bokstaver og understreking.

### 5. Fotnoter.

Eventuelle fotnoter skrives i parentes etter ordet "Footnote".

### 6. Forfatterpresentasjon.

Denne skrives inn før selve artikkelen og understrekes, slik at den kommer ut som kursiv.

Forfatternavn skal stå i tilslutning til artikkelens tittel. Skrives inn mellom ingressen og brødtekstens begynnelse: Av NN. Ved notiser eller små ensides saker skrives navnet til slutt.

Ved "større" artikler skrives i tillegg forfatterens navn og adresse til slutt:

(evt. tittel) fullt navn  
adresse

Redaksjonen 12-92.

# Daivonex<sup>®</sup>

calcipotriol

## Gjenoppretter de naturlige prosesser i psoriatisk hud



### Opplev det nye behandlingsresultat for psoriatikeren

DAIVONEX -Leo- ATC-nr.: D05A D  
**Middel mot psoriasis**  
**SALVE:** Ig inneh.: Calcipotriol 50 mikrog.,  
 natr. edetas, dinatr. hydrogenophosph.,  $\alpha$ -toco-  
 pherol, paraff. liquid., polyoxyethylenstearylet-  
 her, propylenglycol., aqua purif., vaselin. alb.  
 ad 1 g. Uten lukt og farge. **EGENSKAPER:**  
**Klassifisering:** Calcipotriol er en vitamin D3  
 analog som bindes til den spesifikke reseptor  
 for vitamin D3 (1.25 (OH)2D3) i bl.a. hudkerat-  
 inocytt. Calcipotriol har liten effekt på  
 kroppens kalsiumomsättning, ca. 1% av 1.25  
 (OH)2D3. **Virkningsmekanisme:** Topikal appli-  
 kasjon inducerer celledifferensiering og inhi-  
 berer den økte proliferasjon av keratinocytt,  
 samt påvirker immunfunksjoner (cytokin-  
 påvirkning). Det oppnås derved en reversering  
 og normalisering av de abnorme keratinocyt-  
 forandringer som sees ved psoriasis.  
**Absorpsjon:** Calcipotriol absorberes i liten grad.  
 Det nøyaktige omfanget er imidlertid ikke  
 kjent. **Metabolisme:** Calcipotriol metaboliseres  
 hurtig til metabolitter med meget lav biologisk  
 aktivitet. **INDIKASJONER:** Plaque psoriasis.  
**KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet  
 overfor innholdstoffene. Hyperkalsemi.  
**BIVIRKNINGER:** Hyppigst sett er forbigående  
 irritasjon av behandlet hud. Enkelte tilfeller av

ansiktsdermatitt er sett. Hyperkalsemi  
 (sjeldent) - se overdosering/forgiftning.  
**FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet bør  
 utvises ved bruk i hudfolder/intertriginose  
 områder. Erfaring ved behandling av barn  
 mangler. Daivonex bør ikke brukes i ansiktet  
 pga. risiko for ansiktsdermatitt. Hendene  
 vaskes etter påsmøring for å unngå overføring  
 til ansiktet. Forsiktighet utvises ved samtidig  
 bruk av legemidler som forhøyer serum-  
 kalsium. Ved nedsatt nyrefunksjon bør serum-  
 kalsium kontrolleres før og under behandling.  
**GRAVIDITET/AMMING:** Teratogen effekt er  
 ikke sett i dyreforsøk. Pga. manglende klinisk  
 erfaring bør preparatet ikke brukes av gravide  
 eller ammende. **DOSERING:** Påsmøres tynt de  
 affiserte hudområder 2 ganger daglig til huden  
 er leget. Vanlig behandlingstid er 6-8 uker.  
 Total ukedose bør ikke overskride 50 g.  
 Verdien av vedlikeholdsbehandling er ikke  
 klarlagt.  
**OVERDOSERING/FORGIFTNING:**  
 Enkelttilfeller av hyperkalsemi er rapportert  
 hos pasienter som har brukt Daivonex salve i  
 doseringen 200 g/uke eller mer. Kalsium-  
 normaliseres ved seponering av Daivonex.  
**PAKNINGER OG PRISER pr. 01.02.93:**  
 Salve: 30 g kr 146,00, 100 g kr 374,30.

**JA jeg vil absolutt oppleve dette og tar gjerne imot:**

- Besøk av legemiddelkonsulent fra Løven  
 Mer trykket informasjon om Daivonex med en gang.  
 Løpende informasjon

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr./Sted: \_\_\_\_\_

Tlf.: \_\_\_\_\_



Løvens kemiske Fabrik A/S.  
 Postboks 7186 Homansbyen,  
 0307 Oslo.  
 Tlf. 22 46 58 15.