

# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5

1993

ÅRGANG 22



**Utposten gratulerer NSAM**  
(Norsk Selskap for Allmennmedisin)  
**med 10-års jubileet!**

- 191** *Petter Øgar:*  
**Leder:** Tanker ved et 10-års jubileum
- 192** *Olav Thorsen:*  
Og så akkurat i år!
- 193** Fem på kontoret:  
Kva tyder NSAM for deg?
- 194** *Steinar Westin, Olav Rutle, Jo Telje:*  
NSAMs etablering
- 202** *John Nessa, Jostein Holmen, Bård Natvig:*  
Tre mini-intervjuer
- Utposten for 10 år siden:*  
**206** Selskapet er stiftet  
Klipp fra intervju med NSAMs første leder
- 207** *Tor Claudi:*  
Handlingsprogrammet for diabetes revideres
- Bokmeldinger:  
– Arbeidsledighet og helse – en håndbok for helsepersonell  
– Førstehjelp
- 208**
- 209** Bokmelding:  
– Tæt på epilepsi
- 210** *Anne Mathilde Handstad:*  
Nye krav til spesialiteten allmennmedisin
- 213** Smil i hverdagen
- 214** *Bjørn T. Kristiansen:*  
Profdoc under Windows
- 216** Velkommen til Nidaroskongressen '93 og NSAMs 10-års jubileum
- Per Stensland*  
**220** Ulvetid!  
*Kvalitetssikring av helsestasjonsarbeidet i en ulvetid.*
- Steffen Steffensrud:*  
**222** Praktiske rutiner for kvalitetssikring i allmennpraksis
- Ida Garløw:*  
**224** Vondt i hodet! Vondt i magen! Vondt i bena!  
*Barn med «uforklarlige smerter». Kan vi hjelpe dem?*
- 228** *Knut Lindholm*  
Legeerklæring og førerkort til eldre
- 231** Dikt:  
Det obsternasige hjertet!
- 234** Kurs:  
Farmakoterapi i allmennpraksis

Forsidefoto: Olav Thorsen

## UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

### Kontor:

RMR

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

Tlf.: 63 97 32 22. Fax: 63 97 16 25.

### Redaksjonen:

*Geir Sverre Braut*

Tuholen 14, 4340 Bryne

Tlf. privat: 51 42 63 69

Tlf. arbeid: 51 56 87 17

Fax: 51 53 36 27

*Sonja Fossum*

Svenstuvn. 2, 0389 Oslo

Tlf. privat: 22 14 11 97

Tlf. arbeid: 22 25 34 72

*Betty Pettersen*

Tussan, 8372 Gravdal

Tlf. privat: (08) 88 32 25

22 44 49 77

Tlf. arbeid: (08) 88 32 25

22 04 23 65

Fax: (08) 88 32 26

*Eystein Straume*

9550 Øksfjord

Tlf. privat: (08) 45 81 18

Tlf. arbeid: (08) 45 81 04

Fax: (08) 45 84 46

*Eivind Vestbo*

4160 Judaberg

Tlf. privat: 51 71 22 72

Tlf. arbeid: 51 71 24 44

Fax: 51 71 26 64

*Helge Worren*

Langmyrgrenda 59b

0861 Oslo

Tlf. privat: 22 95 04 80

Tlf. arbeid: 67 06 00 83

Fax: 22 23 57 13

*Petter Øgar*

6790 Hornindal

Tlf. privat: 57 87 95 76

Tlf. arbeid: 57 87 94 86

Fax: 57 87 95 73

### Annonser:

RMR

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim.

Tlf.: 63 97 32 22.

### Abonnement:

Kr 250,- pr. år.

Bankgiro 3838.07.68248

Postgiro 0825 0835 397

### Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

Leder:

# Tanker

## ...ved et 10-års jubileum

Utposten hører naturlig med i gratulantenes første rekke når NSAM runder 10 år.

Nå er ikke 10 år vanligvis noen alder å skryte av, men det har vært en svært spesiell og avgjørende epoke for utviklingen og etableringen av allmennmedisin som et stuerent fag på egne premisser i norsk medisin. NSAM har spilt en viktig rolle i denne prosessen. Selskapet har bidratt til mobilisering av norske allmennpraktikere til en mer bevisst, kritisk og systematisk gjennomtenking av eget fag. Dette har resultert i en generell kvalitetsheving. Kunnskaps-tilfanget er økt, og allmennmedisin har blitt anerkjent som et selvstendig, høyverdig forskningsfelt med spesifikke, særegne problemstillinger. Gjennom sitt arbeid har NSAM framtvinget en vitalisering av Aplfs fagutvalg og brukes i dag som modell når Oll drøfter hvordan fagutviklingen i samfunnsmedisin skal legges opp.

Utposten vil fremheve referansegruppene. De har representert nye, ulike og spennende arbeidsformer som i varierende grad har forent lokal aktivitet, geografisk spredning, kontakt med universitetsmiljøene, sykehusmedisinen og andre fagmiljøer som har hatt noe å tilføre. Resultatet har vært en betydelig allmennmedisinsk fagutvikling. Vi har opplevd mange vellykkede kurs og fått

mange gode publikasjoner i form av handlingsprogram og bøker.

Det er viktig at referansegruppene prioriteres i NSAMs videre arbeid. De er nøkkelen til å bevare kontakten med og aktiviteten på den allmennmedisinske grasrota. Den nye informasjons- og kommunikasjonsteknologien skaper nye forutsetninger og muligheter for gruppenes virksomhet som må utnyttes.

Gruppene bør tilstrebe å bli mer utadrettede. Handlingsprogram og bøker er utmerkede sluttprodukter, men vi savner flere rapporter, utspill og ytringer under marsjen. Utpostens spalter står åpne, men er sørgelig lite benyttet. Dette håper vi endrer seg.

Referansegruppene må ikke bli utgangspunkt for en subspecialisering av faget vårt. Dette kan forebygges f.eks. ved at hver gruppe prøver å ha minst ett medlem som bare har vanlig interesse for gruppas emneområde og som kan se til at det allmenne perspektivet ikke tapes av syne.

NSAM har idag ca. 850 medlemmer av totalt ca. 3.000 allmennpraktikere. Hvorfor er det ikke flere? En forklaring er at mange ser på NSAM som et unødvendig tillegg til Aplf. Det foregår fortsatt mye unødvendig dobbeltarbeid i de to organisasjonenes styrende organer,

og det er uklarheter og overlappinger i forhold til ansvars- og interesseområder. Det samme gjelder også i noen grad i forholdet til Oll. Dette er en ressursøgende og lite ønskelig situasjon.

I dette perspektivet kan en spørre om det er klokt av NSAM å satse på en sterkere deltakelse og profilering i den helsepolitiske debatt, slik en går inn for i prinsipp- og arbeidsprogrammet. Grensene mellom politiske, faglige og fagforeningsrelaterte problemstillinger er flytende, og forhold innenfor de ulike sfærer påvirker ikke sjelden hverandre i betydelig grad. Å forholde seg til dette er realitetsorienterende og dermed positivt, men det er også verdiladet. En politisering av NSAM vil ha en pris ved at grupper av allmennpraktikere ikke vil være enige i de helsepolitiske valg NSAM treffer, og arbeidsdelingen vis-à-vis Aplf og Oll blir neppe enklere.

*Utposten ønsker lykke til i årene som kommer.*

Petter Øgar

# Og så akkurat i år!

## Norsk Selskap for Allmennmedisin 10 år

Da min sønn var syv år, satt han en dag sammen med sin ett år yngre kamerat på trappen og filosoferte over livet og menneskene. Min sønn sier da: – Tenk at det nå er to millioner år siden de første menneskelige vesener kom til jorden! Vennen på seks år tenker lenge på dette før han repliserer: – Også akkurat i år!

Ja, akkurat i år er Norsk selskap for allmennmedisin 10 år! – Er du sikker på at det ikke er eldre, vil noen spørre. – Det virker som om Selskapet har vært der alltid. Mens andre vil si: – NSAM – hva er nå det? Hva er det nå for noe nytt man har funnet på? Et selskap for allmennmedisin? Kunne vi ikke klare oss med de foreningene vi hadde, som Aplf og OLL? Hva er egentlig vitsen med det hele?

NSAM ble dannet i 1983 etter modell av flere utenlandske selskap, som det hollandske, det danske og ikke minst det engelske Royal College of General Practice. Norge hadde behov for en spesialforening til å styrke norsk allmennmedisinsk forskning og utdanning og til å bedre kontakten med andre lands allmennpraktikerforeninger. NSAM ble da også verdensorganisasjonen WONCA's representant i Norge. Christian F. Borchgrevink ble Selskapets første leder, fulgt av Olav Rutle, Anne Hensrud og Ola Lilleholt, som alle har sittet i en valgperiode på to år.

Fra det første konstituerende møtet i Trondheim i februar 1983 har NSAM etterhvert vokst til en livskraftig og aktiv spesialforening med ca. 1000 medlemmer. NSAM er kanskje mest kjent for sine referansegrupper, sine handlingsprogrammer for behandling av hypertensjon, diabetes, astma og revmatologi, for Allmennpraktikerserien som utgis på TANO forlag og for Kongsvoldseminarene. Mer enn hundre norske allmennpraktikere har hatt Allmennpraktikerstipend, som administreres av Allmennmedisinsk Forskningsutvalg, et av NSAMs undervalg. Mange har også mottatt NSAMs reise- og forskningsstipend, som utdeles en gang årlig, på Årsmøtet. Selskapet deltar aktivt i arbeidet med de nordiske kongressene i allmennmedisin, med Primærmedisinsk uke og med Nidaroskongressen. Gjennom medlemsbrevene orienteres medlemmene om viktige internasjonale konferanser i WONCA og SIMG's regi, og det organiseres turer til disse. Selskapet har et nært samarbeid med Aplf og OLL om aktuelle saker som vedrører norsk allmennmedisin.

### Kontakten med utlandet

Hvert år deltar representanter for NSAM i møter med WONCA (den allmennmedisinske verdensorganisasjonen), SIMG (den europeiske allmennpraktikerorganisasjonen), Euract (den europeiske organisasjonen for allmennpraktisere) og EGPRW (den europeiske organisasjonen for forskere i allmennmedisin). Det internasjonale arbeidet og samarbeidet med andre lands selskap har blitt stadig viktigere. For tiden jobbes det med å forbedre den første versjonen av ICPC, et arbeid Bent Guttorm Bentsen har en stor del av æren for.

Stadig flere norske allmennpraktikere deltar på kongresser i utlandet, og får med det impulser og inspirasjon til arbeidet hjemme. Kvalitetsutvikling og kvalitetssikring i allmennmedisin er blitt et nøkkelbegrep både her til lands og i de fleste landene vi liker å sammenligne oss med. I endel andre land, som for eksempel endel østeuropeiske og asiatiske, er man nå i ferd med å bygge opp en allmennpraktisk modell slik vi kjenner den. Kina arrangerer for eksempel i høst sin andre allmennmedisinske kongress, og får hjelp fra blant andre selskapene i Hong Kong og Australia i undervisningen. I Hong Kong, hvor det er ca. 3000 allmennpraktikere, som hos oss, feiret nylig selskapet

der 15 års jubileum. På tross av sin unge alder har selskapet der tatt på seg å arrangere den neste verdenskongressen i allmennmedisin i 1995.

Overalt er man opptatt av de samme idéene og tankene når det gjelder fremtiden for allmennmedisin, kvaliteten i behandlingen og i lege-pasient-forholdet.

### Veien videre

Norsk allmennmedisin har i løpet av de siste 10–15 årene utviklet seg til et fag og en spesialitet som de andre medisinske spesialitetene respekterer og noen ganger ser opp til. Dette skyldes ikke minst spesialitetsutdannelsen og kravet til fornyelse av spesialiteten. Fra å være en nesten utdøende del av det medisinske landskap, har allmennmedisin blitt en viktig faktor som både publikum, politikere og offentlige administratorer ser verdien av. Det heter ikke lenger «bare vanlig lege». Publikum har innsett verdien av å ha en fast lege, og forsøket med Fastlegeordningen er i god gjenge. Selskapet har hele tiden støttet og på flere måter bidratt til denne utviklingen. Har vi så noe mer å hente? Er det nå mer å kjempe for?

NSAM står i dag overfor en rekke spennende utfordringer og oppgaver som det er verd å jobbe med i tiden fremover. Det er fortsatt viktig å støtte større og mindre forskningsprosjekter i norsk allmennmedisin. I tillegg trenger vi en bedre samordning av ulike prosjekter, informasjon om hva som trengs av forskning og stimulering og støtte til nye forskere.

Støtte til forfattere av norsk allmennmedisinsk litteratur er et viktig satsningsområde for Selskapet, og det vil på Årsmøtet denne høsten bli foreslått opprettet et eget stipend for slike.

Et sterkere samfunnsmessig engasjement i fagpolitiske saker er et annet område hvor norsk allmennmedisin har mye ugjørt. Det er stadig aktuelle saker i norsk samfunnsdebatt hvor påstander vedrørende allmennmedisin blir stående uimotsagt og spørsmål ubesvart. Dette er et felt hvor NSAM sammen med Aplf og OLL kan engasjere seg mere aktivt i tiden fremover.

Rekrutteringen til allmennpraksis har de senere årene vært god og vi får stadig nye spesialister i allmennmedisin. Aplf's Fagutvalg har stor ære av mye av dette arbeidet. NSAM vil i tiden fremover utvide samarbeidet med Aplf og Fagutvalget om spesialistutdannelsen.

Det internasjonale arbeidet har alltid stått sterkt, og vil fortsatt være en av grunnpilarene i NSAMs arbeid. For tiden foregår det en spennende tilnærming mellom SIMG og WONCA med tanke på sammenslutning, og Selskapets representanter i disse to foreningene er aktive pådrivere i denne prosessen. Arbeidet med ICPC, diagnoselister og klassifikasjonsarbeid er høyt prioritert. NSAM ønsker også i sterkere grad å hjelpe andre land som ikke ennå har fått en velfungerende allmennmedisin.

Norsk selskap for allmennmedisin startet for 10 år siden som en liten forening for personer, mange med tilknytning til universitetsmiljøet, som mente Norge trengte en spesialforening for å styrke og utvikle spesialiteten og faget allmennmedisin bedre enn det til da var blitt ivarettatt. Som leder for Selskapet slik det fremstår i dag er jeg stolt over hvor langt vi har kommet og hvilket arbeid som gjøres i Selskapets navn, både nasjonalt og internasjonalt.

Gratulerer med 10-års jubileet!

**Olav Thorsen**  
leder

# Kva tyder NSAM for deg?

## FEM PÅ KONTORET:

1. Kva tenkjer du på når du høyrer bokstavane NSAM?
2. Har du delteke på kurs eller andre arrangement som NSAM har halde?
3. Kva har NSAM betydd for deg?
4. Nyttar du behandlingsprogram frå NSAM i din daglege praksis? (I så fall kva for eit/nokre?)

Svara er nummerete etter spørsmåla som ikkje er tekne med.

### **Johannes Skår** kommunelege på Rennesøy, har svart på enqueten:

1. Eg tenker på ein organisasjon som er genuint oppteken av allmennmedisin spørsmål og som har teke mål av seg til å bringa faget framover. Ofte tenkjer eg på om eg vil greia å halda ut til pensjonsalderen med dei vilkår allmenpraktikarane lever med i dag. Vi må få eit fagleg svar som omfattar så vel innhald som vilkår. Eg ser inga anna gruppering enn NSAM som kan greia dette.
2. Eg har aldri delteke på kurs eller arrangement som NSAM har halde. Det er for mykje som konkurrerer. Eg er likevel ein glad kontingentbetalar og les ivrig alle utsendingar frå selskapet.
3. NSAM betyr noko for meg på to plan. For det første har eg forventningar om bidrag til ei fagutvikling som gir ideologisk håp om ei betre framtid. For det andre har eg allereide i dag stor praktisk nytte av handlingsprogramma.
4. Eg nyttar alle handlingsprogramma med stor tilfredshet og ser fram til revisjonen av BT-programmet. Slike program er viktige for kvalitets-

sikring og rett prioritering i allmennpraksis.

### **Bård Natvig** allmennpraktikar, Mittedal, hadde desse kom- mentarane:

1. Norsk Selskap for Allmennmedisin.
2. Ja – spesielt et par av Kongsvoldsseminarene har vært topp.
3. Et miljø jeg føler meg hjemme i – både faglig og sosialt.
4. Jeg har lest programmene for hypertensjon og diabetes, men slår sjelden opp i dem i hverdagen.

### **Roald Borthne** kommunelege, Aukra, Møre og Romsdal:

1. Norsk Selskap for Allmennmedisin.
2. Ja, Nidaroskongressen og Primærmedisinsk veke.
3. Utvikling av faget allmennmedisin.
4. Ja, diabetesprogrammet og blodtrykksprogrammet.

### **Olav Maurset** allmennpraktiker, Stryn:

1. Norsk Selskap for Allmennmedisin. Det er en interesseorganisasjon for allmennpraktiserende leger som arbeider for å styrke faget

allmennmedisin. Jeg tror de arrangerer noen kurs. NSAM har mange underutvalg som jobber på forskjellige fronter, f.eks. EDB-utvalg, og de er assosiert med en internasjonal organisasjon for allmennpraktiserende leger.

2. Nei, det tror jeg ikke.
3. Jeg kan ikke vise til noe konkret, men har mistanke om at det har betydd noe positivt for meg likevel.
4. Jeg bruker av og til handlingsprogrammet for hypertensjon og relativt ofte handlingsprogrammet for diabetes, som jeg har satt meg relativt grundig inn i.

### **Harald Sivertsen** Kommunelege II, Vestvågøy kommune:

1. Skal vi se, ... norsk ..., noe allmennmedisinske forskningsgreier.
2. Nei.
3. Ingeting, så langt. Men jeg har visst sendt innmelding, – jeg arkiverte en kvittering her om dagen!
4. Det er vel de som har laget diabetesprogrammet, som jeg har brukt og bruker fortsatt. Og så har de laget hypertensjonsprogrammet. Jeg har også brukt behandlingsprogrammet for astma og allergi, som vel også er laget av NSAM?

# Opprør – arbeid – ettertanke: Etableringen av Norsk selskap for allmennmedisin for 10 år siden

NSAM's styre har anmodet tre medlemmer av selskapets første styre om å lage en artikkel til 10-årsjubileet. Bestillingen gjaldt et bidrag til NSAM's historie. «10 år er kort tid i historisk perspektiv – og knapt nok noe å skrive historie om», svarte forfatterne, «men mye har skjedd i norsk allmennmedisin i denne perioden. Kan begivenhetene omkring dannelsen av Selskapet fortelle oss om krefter som rørte – og rører seg innen allmennmedisinen?» De tre samlet seg til hukommelses-dugnad og diskusjoner hos Jo Telje på legekantoret på Vinstra en dag på sensommeren, og her følger deres bidrag.

Den forløsende melding – den som definitivt satte prosessen igang – er å finne i Legeforeningens tidsskrift nr 1 i 1983 (1):

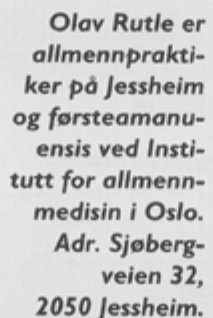
*«Norsk selskap for allmennmedisin vil bli stiftet den 17.02.1983 på et møte i Det norske medisinske Selskab i Oslo ..., hvor formålsparagraf og lover skal vedtas og hvor styre skal velges. De som er interessert i Selskapets målsetting eller styrets sammensetning bør møte opp for å være med på å bestemme Selskapets profil.»*

Det høres så enkelt og greit ut – når man ser det slik på trykk. Men for de av oss som var med, vil det være lett å huske at det tok mange runder med entusiastiske møter, kvasse diskusjoner, uforløste initiativ, trussler og rabalder, før NSAM så dagens lys. I Per Wiiums referat fra stiftelsesmøtet (2) ser vi gjengitt noen av de sakene det stod strid om, men det meste er nok ikke publisert.

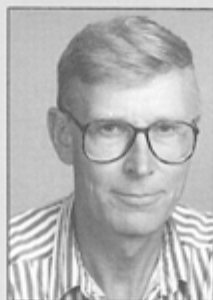
Vi har fått i oppdrag av det nåværende styret i NSAM å skrive litt om disse hendelsene. Begrunnelsen må vel være at vi alle var med i det første styret, og at vi fra forskjellig stå-



**Steinar Westin er professor ved Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim, Medisinsk Teknisk Senter, 7005 Trondheim.**



**Olav Rutle er allmennpraktiker på Jessheim og førsteamanuensis ved Institutt for allmennmedisin i Oslo. Adr. Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim.**



**Jo Telje er kommunelege // helsesjef i Nord-Fron kommune, 2640 Vinstra.**

sted hadde deltatt i prosessen fram til stiftelsesmøtet. Noen stikkord inviterer til refleksjon:

- hvorfor vi ville ha et Norsk selskap for allmennmedisin
- hvorfor Den norske lægeforening og Aplf ikke ville det
- hvordan mange initiativ ble tatt før det lyktes
- og antydninger om hva NSAM er blitt idag, målt mot de forventninger vi hadde.

## Mange initiativ

La oss like godt begynne med innledningen til Christian Borchgervinks melding om at nå skulle selskapet stiftes (1): «Tanken om å stifte et Norsk selskap for allmennmedisin er ikke ny», skriver han altså i 1983, og fortsetter: «De fleste land som vi vanligvis liker å sammenligne oss med, har hatt tilsvarende faglige og vitenskapelige selskap i mange år. Hos oss ble situasjonen drøftet under Aplf's Beitokurs i 1979, og Bernt Østensen tok saken opp i Utposten samme år. Jo Telje og Steinar Westin fulgte opp med en lang artikkel året etter.» Og så følger en ganske presis beskrivelse av

status presens: «Argumentene er der – men initiativet mangler. Jeg tror at man til en viss grad har ventet på hverandre. Ville den aktive Trondhjemsgruppen rundt Utposten make en ny oppgave? Eller kunne vi håpe at engasjerte allmennpraktikere andre steder i landet tok et initiativ?»

Slik stod saken, og Borchgrevink har også gitt en ytterligere begrunnelse for at det var en viss nøling: «Vi, ved Institutt for allmennmedisin i Oslo, har lenge følt behov for et Selskap, men mente at initiativet hverken burde komme fra Oslo eller fra Universitetsmiljøene. Og tiden gikk. Men nå er tiden moden. 80-årene er allmennmedisinens 10-år.»

Det var altså mange krefter som ivret for et selskap. De nyetablerte universitetsinstituttene for allmenn og samfunnsmedisin var som små nykommere å regne i de etablerte fakultetsmiljøene, og opplevde at de trengte aktive miljøer av allmennpraktikere å støtte seg til i studentundervisning og forskning. Mange hadde vært i England og Danmark og latt seg inspirere av den store og brede faglige aktiviteten blant allmennpraktikere, kanskje særlig i the Royal College of General Practitioners, med sine mange lokale akademier og selvstendige forskningsenheter, og imponerende bok- og skriftserier. Her så vi hvordan allmennmedisinen hadde fått identitet og kraft gjennom nært samvirke mellom praksis, forskning og godt organisert videreutdanning.

På tilsvarende vis ivret mange yngre allmennpraktikere etter å få ta del i slik virksomhet, – det ble sett på som utfordrende og gav løfter om økt anerkjennelse for allmennmedisinen. Sett fra den siden ønsket man også en organisering som kunne legge et sterkere press på de medisinske fakultetene for å gi allmennmedisinen større plass i undervisningsplane-

ne (3). Man ville ha et selskap som fundament og pressmiddel for å bli tatt på alvor!

På denne tiden var allmennpraktikermiljøet i Trondheim meget aktivt (4), blant annet inspirert av Utposten-redaksjonen ved Aage Bjertnæs og Martin Holte på Risvollan legesenter. Under Aplf's Beito-kurs senvinteren 1979 fremførte Martin Holte fra talerstolen sterke argumenter for etablering av et «norsk selskap for allmennmedisin». Av referatet fremgår det at forslaget «vakte debatt».

25. oktober 1979 ble det avholdt et møte oppe på Risvollan legesenter, der referatet innledes slik:

*«Blant allmennmedisinere i Trondheimsområdet har det en tid vært diskutert om man fra denne regionen bør ta et initiativ for å få startet et norsk selskap for allmennmedisin.»*

Og videre:

*«Deltakerne gikk umiddelbart igang med å oppsummere sin viten og sine refleksjoner om hvilke begivenheter som tidligere har foregått og som kan ha betydning for dannelsen av et evt. norsk selskap for allmennmedisin. Deltakerne ga sin nærmest samstemmige anerkjennelse til det arbeid som Fagutvalget i Aplf tidligere har utført, og som delvis er nedfelt i Aplf/Oll's Tenkekomite fra 1976 («grønnboka»). Deltakerne informerte hverandre om inntrykk fra de senere års Aplf-møter, Aplf-kurs (Gausdal og Beito) og de siste felles allmennmedisinske og samfunnsmedisinske instituttmøter. Formelt og uformelt har temaet Norsk selskap for allmennmedisin vært diskutert ved flere av disse anledningene.»*

Møtet resulterte i et entusiastisk opprop, publisert i Utposten nr. 7; 1979 (s.3), med invitasjon til kolleger om å returne-

re en svarslipp der man kunne gi uttrykk for om man ønsket et allmennmedisinsk selskap etablert, med følgende formål:

- Definere faget allmennmedisin og grenseoppganger til spesialfagene
- Arbeide for at allmennmedisin blir godkjent som fullverdig spesialitet
- Videre- og etterutdanning av allmennpraktiserende leger
- Deltakelse av allmennleger i studentundervisning
- Forskning i allmennpraksis

At spørsmålet om internasjonal representasjon ikke var med på denne listen, var nok mer et uttrykk for at andre og nærmere kampsaker opptok interessen. Positiv respons ble mottatt fra mange, men det begynte også å avtegne seg noen motsetninger. Fra Aplf's side begynte det å røre seg uro over at en eventuell ny organisasjon skulle tre inn i videre- og etterutdanningen.

Entusiasmen til tross – det ble ikke dannet noe selskap i den omgangen. Hver og en lot til å ha så mange nære gjøremål å ta vare på at ingen pekte seg ut som den drivkraft som åpenbart måtte til for å rydde opp i alle forhold som trengte avklaring. Heller ikke fra allmennpraktikermiljøet i Bergensområdet, som hadde maktet det store løftet med å arrangere den andre nordiske allmennmedisinske kongressen i 1981, var det klare initiativ i retning av å danne et selskap.

### **Hvorfor vi ville ha et «selskap»**

«Argumentene er der», skrev Borchgrevink, – og kanskje er det nødvendig å gjenkalle noen av de stikkordene som preget diskusjonen om hvorfor mange av oss følte behovet for et faglig selskap for allmennmedi-



sinen. Var det ikke greit nok at vi hadde Aplf og Oll? Kunne ikke disse stødige organisasjonene kanalisere og videreutvikle de tanker og initiativ som sprang fram i denne fasen av allmennmedisins «gjenoppdagelse» i Norge?

Utposten var allerede blitt en sentral arena for det faglige «oppørør» og den nytenkning som fant sted innen allmennmedisinen utover i landet. I en større artikkel i 1980 (5) ble hele spekteret av argumenter for dannelsen av et selskap brettet ut, med henvisninger både til utlandet og til forholdene i Norge. Forarbeidene til en ny lov om kommunehelsetjenesten var igang, og fagets og distriktslegenes fremtid ble opplevd som høyst usikker.

Begrunnelsene for et eget selskap var både formelle og uformelle. Blant de formelle var ønsket om å skape et felles forum som samlet i seg både de private allmennpraktikerne og distriktlegerne, ettersom allmennmedisin var begge foreningenes fellesnevner. Blant de formelle argumentene var også dette at fag og fagforeningspolitikk ikke alltid lot seg forene. «Hvorfor er det viktig å skille fag og fagpolitikk?», spurte Martin Holte i en lederartikkel i Utposten i 1979 (6), – «Jo, av den grunn at rene faglige diskusjoner og avgjørelser ikke bør være hemmet av fagpolitiske grenser».

Dette var tiden der allmennmedisins ideologi og faglige credoer ble utmeislet, diskutert og forkynt under kurs og møter. «Tenkekomiteens» lille grønne hefte om «...morgendagens primærlegetjeneste» fra 1976 (7) hadde allerede formulert ideene om den Kontinuerlige, Omfattende, Personlige og Forpliktende allmennmedisin. Behovet for å gi faget et akademisk fundament gjennom forskning og fagutvikling ble forkynt, både fra de nyetablerte universitetsinstituttene og fra kolleger

omkring i landet som savnet faglige fundamenter for sin daglige praksis. Kritikkk ble reist mot legemiddelindustriens og spesialistenes bruk av allmennpraktikere som datainnsamlere («vannbærere») i forskningsprosjekter utformet og formidlet uten medvirkning fra allmennpraktikerne selv. Mange var lei av å sitte på kurs der sentrale spesialister fra Rikshospitalet fortalte om hvordan allmennmedisinske problemer skulle løses («...alt skal henvises til meg»). Og spørsmålet om å gi allmennpraktikere plass som forelesere i studentundervisningen ved fakultetene ble reist med stor tyngde. I ettertid er det greit å se at de disse faglige merkesakene – og flere til – er ordfestet i boka «Langsamt blir faget vårt eget» fra 1984 (8,9).

Ønskene om å virkeliggjøre slike idealer støtte mot etablerte strukturer, både i selve helsetjenesten og i fagforeningene. Kampanjene rettet seg dels innad til kolleger innen allmennmedisinen om «å leve opp til de krav den stiller til seg selv» (5), dels til spesialisthelsetjenesten og særomsorgene med kampanjer mot faglig oppstyking, selvmatende poliklinikker og fragmentert pasientbehandling. Under slike konfrontasjoner var det ikke til å unngå at fag og fagpolitikk kom på kollisjonskurs.

Ett eksempel i tiden var kampen om etableringsloven, der entusiastiske distriktsleger, også innen Aplf's rekke, argumenterte varmt og offentlig for tiltak som kunne bedre legedekningen utover i landet, mens Aplf med sin tradisjonelle tiltro til de liberale ervervsidealene dro i motsatt retning. Diskusjoner om fastlønnsordninger som motsatt til Normaltariffen reflekterte lignende grunnleggende holdningsforskjeller innad blant kolleger. I dette farvannet følte mange yngre kolleger at faglig initiativ og

entusiasme ble kneblet i de etablerte fagforeningene. Forslag til faglige nyskapninger strandet så ofte i spørsmålet om det ville lønne seg, – «vil dette bli honorert?» – «...det blir et forhandlings-spørsmål», osv.

Ut av disse diskusjonene sprang det også opp fordommer og fiendebilder. Det er neppe en overdrivelse å si at tilhengerne av et selskap iblant ble oppfattet som undergravende fastlønnsentusiaster som ville avskaffe Normaltariffen. Under et tidlig møte om behovet for et selskap falt disse tunge ord fra en ledende disserter innen Aplf (vi nevner ikke navn, men han ble senere foreningens formann): «Det er to krav som må være oppfylt for å være valgbar til tillitsverv i Aplf: – Riktig politisk farge, og å kunne gråte over Normaltariffen!»

### **– og hvorfor Legeforeningen og Aplf ikke ville ha det**

Det er kanskje uriktig av oss som ivret for å etablere NSAM å gi oss inn på flere spekulasjoner over hvorfor andre ikke ville ha noen slik nyskapning. Men noen grunner var åpenbare, og kom til uttrykk både i korridorer og i offisielle forhandlingsmøter. Selvsagt var man engstelig for at en entusiastisk nyskapning innen allmennmedisinen kunne svekke medlemsgrunnlaget og aktiviteten i Aplf. Foreningens anseelse var så utvilsomt knyttet til de tidlige faglige initiativene, som Tenkekomiteens innstilling, Generalplanen for allmennmedisin, og de stort anlagte og banebrytende kurs i Gausdal, på Beito, og på Solstrand ved Bergen. Her hadde særlig Fagutvalget i Aplf skaffet seg en faglig prestisje som man ikke uten videre ville la «nykommere» og upålitelige fastlønnsentusiaster få overta.

Spørsmålet om hvorvidt et nydannet selskap skulle gå inn i







*Virker Norsk Selskap for Allmenmedisin truende?*

videre- og etterutdanningen med kursarrangementer ble tidlig et konflikttema. Det var greit nok at et selskap kunne få styre med styrket grunnutdanning og forskning innen allmenmedisin, men viderutdanningen og kursene ble ansett som Aplf's anliggende. Fra legeföreningens side var det forslagene om at et selskap skulle bygge på lokale grupper av allmennpraktikere utover i landet som avfødte klartalt motstand. Dette ble av mange «selskapstilhengere» oppfattet som et kjerne-spørsmål. Det var de aktive lokale allmenmedisinske miljøene vi

ville stimulere og organisere under en samlende paraply. Det var her det store potensialet for allmenmedisinsens nyutvikling lå, mente vi, og snakket om betydningen av å la de hundre blomster blomstre.

Man kan i ettertid spekulere over hvorfor motstanden mot selskapet fikk sterkere uttrykk gjennom Aplf enn i Oll. Begge hadde i og for seg grunn til å frykte svekket medlemsoppslutning dersom et selskap ble dannet uavhengig av legeföreningens strukturer. Men antagelig var det fagpolitisk større samsvar

mellom Oll's merkesaker og det man antok at et selskap ville stå for. I hvertfall ble det ingen seriøse konfrontasjoner med Oll.

Det ble det derimot med legeföreningen sentralt. Under året 1982 toppet det seg med flere konfrontasjonsmøter, og under dette årets Beito-kurs truet legeföreningens president med å holde tilbake støttebevilgningene til universitetsinstituttene dersom de ansatte innen allmenmedisin fortsatte sin deltagelse i arbeidet for å danne et faglig selskap utenfor legeföreningen.

Spørsmålet om hvorvidt





Fire av foreningens fem ledere. Fra venstre: Olav Thorsen, Ola Lilleholt, Olav Rutle og Christian Borchgrevink. Anne Hensreid var ikke tilstede.

et selskap skulle dannes utenfor eller innenfor legeföreningen kom nemlig tidlig på dagsorden. I Christian Borchgrevinks invitasjonsbrev til «40-50 allmennpraktikere/distriktsleger og enkelte andre interesserte spredt over hele landet» av 26. januar 1982, ble det tillyst et forberedende møte i Oslo 24.03.82. Formålet var, slik det ble uttrykt,

*«...ikke å diskutere om vi bør starte et selskap, men på hvilken måte vi skal gjøre det.»*

Forholdet til Dnlf, Aplf og Oll stod som egen sak på dagsorden. Legeföreningens president var tilstede, og argumenterte sterkt for at et selskap måtte finne sin plass innenfor legeföreningen. Blant de 30 fram møtte var det imidlertid liten entusiasme for den modellen som ble skissert av presidenten. Etter avstemning i forsamlingen valgte 2/3 av de fremmøtte likevel å fortsette arbeidet med å finne en avklaring i forholdet til legeföreningen, og et tremannsutvalg bestående

av Borchgrevink, Aage Bjertnæs og Jo Telje skulle føre saken videre på vegne av initiativtakerne.

«Virker norsk selskap for allmennmedisin truende?», lød forsideillustrasjonen til Utposten i mai 1982 (se side 197). I bladets lederartikkel skriver Aage Bjertnæs som redaktør blant annet (10): «Å påtvinge Selskapet direkte styring via Aplf og Oll ved å la medlemmene av disse to foreningene automatisk bli medlemmer av NSAM og videre la disse velge et representantskap er for drøyt! Videre at Legeföreningen ikke vil tillate fylkeslokale grupper av Selskapet vil dempe den entusiasme som finnes i vårt vidstrakte land for Selskapet og er derved uakseptabelt. Trusselen om at Legeföreningen eventuelt kunne komme til å redusere støtten til våre allmennmedisinske institutter skapte heller ikke det riktige klima på møtet.» Lederen fortsetter med å forsikre om at Selskapet slett ikke var ment som noen konkurrent til Aplf og Oll, men påtenkt for å styrke de faglige utviklingsoppgaver

som «...under dagens forhold ikke blir ivaretatt skikkelig av noen».

Lederen antyder også noe om betydningen av at selskapet etter starten får en brukbar økonomi, noe som hentyder til nokså klare utsagn om at en etablering av NSAM innenfor legeföreningen kunne medføre en viss økonomisk støtte (det var snakk om kr. 20.000 som oppstartingsstilskudd).

Det drøydde lenge med de avklarende møter. Etter flere purringer og avlyste møtetidspunkter innleder Borchgrevink i september et brev til deltakerne i 24. mars-møtet på denne måten:

*«Guds kvern maler langsomt, og Legeföreningens er ikke særlig rask den heller.»*

– og så får vi del i «de beklagelige forsinkelser i drøftelsene». Med antydning om at tiden kanskje ennå ikke er inne til å avslutte forhandlingslinjen med Legeföreningen, bør det på den annen side, som Borchgrevink sier «...nok være en grense for vår tålmodighet».

Denne gangen svarer generalsekretæren raskt, og i brev av 29. september ønsker han «... på denne måten å antyde en noe mer positiv holdning til et samarbeide i saken mellom Den norske lægeförening og dere, enn ditt brev kan ha skapt inntrykk av for en del av våre medlemmer.»

Saken snudde åpenbart til det bedre under et forhandlingsmøte 11. oktober, der også formennene i Aplf og Oll var tilstede (Jan Otto Syvertsen og Tharald Hetland). Her ble det enighet om forslag til organisatoriske prinsipper for NSAM, som i korthet innebar at medlemsskap i NSAM skulle være frivillig, forutsatt at man er medlem av Aplf eller Oll, og at selskapet skal støtte seg til desentraliserte grupper.



## «Forum» – forløperen

Vi skal ta et skritt tilbake, og forfølge en annen linje inn til dannelsen av NSAM.

For de av fagets tidlige entusiaster som deltok i internasjonalt samarbeid innen allmennmedisinen, ble det oppfattet som problematisk at man ikke hadde ryggdekning i noen nasjonal faglig/akademisk organisasjon (College eller Academy). Fagforeninger som Aplf eller Oll var ikke ansett som «college» i denne sammenhengen, og dessuten, – hvilken av de to skulle man la seg representere av – for på dette tidspunkt var allmennmedisinen begge foreningenes faglige fellesnevner. Eller skulle man la de fire nyetablerte instituttene for allmenn- og samfunnsmedisin oppnevne slike representanter, til f.eks. Nordiske kongresskomiteer, WONCA, SIMG, EGPRW og Leuwenhorst-gruppen, og til redaksjonskomiteen til det påtenkte tidsskriftet *Scandinavian Journal of Primary Health Care*?

Etter initiativ fra Bent Guttorm Bentsen, som nok følte behovet sterkest gjennom sin karriere i WONCA's ledende organer, ble det såkalte «Norwegian Forum for General Practice» konstituert i 1974. Rent praktisk ble det organisert slik at man under de halvårlige felles instituttmøtene for de fire allmenn- og samfunnsmedisinske instituttene konstituerte et eget Forum-møte med representantene fra Aplf og Oll, som alltid var invitert til disse møtene. Så foretok man de valg og de beslutninger som «norsk allmennmedisin» kunne stå for. Dette «Forum» ble formelt opptatt som medlem av WONCA i 1976.

Ellers var det stadig på dagsorden under disse felles instituttmøtene at det burde etableres et norsk selskap for allmennmedisin med et bredere medlemsgrunnlag. Ihvertfall foreligger kopi av

brev etter det felles instituttmøtet i Bergen i desember (8.-9.) 1978 (ført i pennen av Olav Sulheim) til Aplf og Oll, med oppfordring til disse foreninger om « – eventuelt i fellesskap – å utrede nærmere dette spørsmålet og eventuelt utarbeide konkrete forslag».

Etter at selskapet var etablert, lå det i kortene at Forum's funksjon kunne opphøre. Men Aplf var ikke uten videre innstilt på å overlate denne oppnevningen av internasjonale kontakter til NSAM. Under det felles instituttmøte mellom de fire instituttene, arrangert i Trondheim i oktober 1983, ble det fremmet forslag fra Bentsen og formannen i Aplf om å opprette et felles utvalg for internasjonale forbindelser, med to representanter fra NSAM, en fra Aplf og en fra instituttene. Dette forslaget ble, ifølge referatet, imøtegått med henvisning til at medlemsskap i NSAM allerede forutsatte medlemsskap i Aplf eller Oll. Og siden det ikke forelå klare regler for hvordan Forum kunne oppløses, mente Borchgrevink at det forelå to muligheter: Mord eller suicid, – mord dersom de fire instituttene vedtok å trekke seg ut av Forum, suicid dersom Forum vedtok å nedlegge seg selv, eventuelt mot Aplf's stemme.

Det endte med suicid, – mot Aplf's stemme. Men i vedtaket lå det en oppfordring til styret i NSAM om å ta kontakt med Aplf med henblikk på en avklaring av Aplf's rolle i det internasjonale samarbeidet. Senere ser det ut til at saken har roet seg, – selskapet overtok Forums tidligere funksjoner, med forlengelse av de valg som allerede var foretatt i Forums regi.

## Utenfor eller innenfor Dnlf – med eller uten Oll og Aplf?

Etter at initiativtakerne og legeföreningens representanter

igjen var kommet på talefot høsten 1982, ble det sammenkalt til nytt konsolideringsmøte blant initiativtakerne i biblioteket på instituttet i Oslo. Av referatet fra dette møtet 25.11.82 ser vi allerede beskrevet det som skulle bli stiftelsesmøtets viktigste og vanskeligste sak, forholdet til legeföreningen og spørsmålet om hvorvidt medlemsskap i NSAM skulle forutsette samtidig medlemsskap i Aplf eller Oll. Argumentene er gjengitt slik i Anders Grimsmo's referat:

«Det ble hevdet at uten disse forutsetningene ville Aplf/Oll kunne bli tappet for medlemmer og at dette lett kunne føre til motsetninger mellom selskapet og disse organisasjonene. Et medlemsskap i Oll/Aplf samtidig med medlemsskap i selskapet ville kunne bidra til å samle kreftene om viktige oppgaver. Som motargument ble det hevdet at det kunne være mange som ikke ønsket medlemsskap i Oll/Aplf, f.eks. av fagpolitiske grunner, men som gjerne kunne tenke seg å være med i et selskap.»

Det ble videre protokollført at «Opprettelse av desentraliserte grupper ble sett på som et viktig ledd i utviklingen av selskapet.»

Møtet valgte Christian Borchgrevink, Herman Anker og Per Wium til et arbeidsutvalg som skulle forberede et stiftelsesmøte «i løpet av våren». Og vi har sluttet sirkelen til bekjentgjøringen av stiftelsesmøtet i Tidsskriftet nr 1, 1983 (1).

## Stiftelsesmøtet

Flere lovforslag med formålsparagrafer hadde sirkulert før den endelige innkalling til stiftelsesmøte 17. februar 1983. Innkallingen var signert av 15 allmennpraktikere og distriktsleger, deriblant formennene i Aplf og Oll.

Sånn sett så det ut til at dannelsen av selskapet



ikke ville by på problemer for de ca 70 som hadde innfunnet seg i Medicinsk Selskaps store sal på Drammensveien.

Forslaget til formålsparagraf fikk imidlertid gjennomgå endringer. Et omfattende og tenksomt forslag fra Bergens-kollegene ble fremført av Kjell Johansen, og resulterte i at følgende ble vedtatt enstemmig (2):

*«Norsk selskap for allmennmedisin har som formål å videreutvikle og forbedre kvaliteten i faget allmennmedisin og fremme det faglige og sosiale allmennmedisinske miljø.»*

*Dette skal blant annet gjøres ved å:*

- styrke aktiviteten i de lokale allmennmedisinske miljøer
- arbeide for å bedre utdannelsen i allmennmedisin
- virke for forskning i allmennmedisin
- være bindeledd mellom norske og utenlandske allmennmedisinske miljøer og internasjonale organisasjoner».

Enigheten lovet godt. Likevel ble det en lang og opphetet diskusjon da vi kom til spørsmålet om fullt medlemskap i Selskapet skulle være for

*Alternativ 1:* «Medlemmer av offentlige legers landsforening (Oll) Alment praktiserende legers forening (Aplf)», eller *Alternativ 2:* «Allmennpraktiserende leger og andre medlemmer av Den norske lægeforening som arbeider med allmennmedisinsk drift, administrasjon, forskning og undervisning.»

Det var altså ingen av disse forslagene som gikk ut på å danne selskapet utenfor legeforeningen. Men de 19 innleggene under diskusjonen om tvungent «fagforeningsmedlemskap» ble ført langs de linjer som allerede var tydelige under de

forberedende møtene med legeforeningen. Imidlertid var viljen til å unngå konflikt og motsetninger stor, og med 35 mot 33 stemmer ble Alternativ 1 vedtatt.

Før valg av formann og styre kom på dagsorden ble det vedtatt at alle 5 helseregioner bør være representert i styret, og kanskje vel så viktig, – en mild kjønnskvotering, som innebar at andelen av kvinner i styret måtte være minst andelen av kvinner i norsk allmennmedisin.

Valg av formann (senere om-døpt til det kjønnsnøytrale «leder») var lett: Christian Borchgre-vink ble valgt med akklamasjon. Blant 14 kandidater til øvrige styremedlemmer ble følgende valgt med tilsammen 61 gyldige stemmesedler: Steinar Westin, Janecke Thesen, Jo Telje, Kirsti Malterud, Dag Søvik og Olav Rutle.

Selskapet var stiftet.

### Noen overraskelser

Selskapets første måneder gav noen uventede overraskelser. Formannen skrev til legeforeningen med den gledelige melding at Selskapet var etablert innenfor legeforeningen, i tråd med moderforeningens ønsker, og ba om de 20.000 kronene som var forespeilet før etableringen. Det ble avslag.

Samtidig ble lovene forelagt legeforeningen til godkjenning. I svarbrev fra generalsekretæren av 02.05.83 ble det meddelt at NSAM var godkjent som spesialforening av Den norske lægeforening. Også lovene ble godkjent, «...dog med følgende 2 korreksjoner», hvorav den viktigste var: «§1, 2.ledds 1. pkt. skal lyde: «styrke aktiviteten i de allmennmedisinske miljøer». Ordene «de lokale» skal utgå av lovene, idet Lægeforeningen formelt ikke har tilknyttet seg «lokale allmennmedisinske» miljøer.»

Kort og lakonisk. Vi stod uten penger, og med helt uklare

forestillinger om hvordan vi nå skulle få koordinert og styrket aktiviteten i de lokale fagmiljøene.

### De første oppgavene

Selskapets første styremøte ble avholdt i biblioteket ved Institutt for allmennmedisin i Oslo 29. april 1983. Av Magne Nylennas fyldige referat går det fram at det var nok av saker å gå løs på. Styret ble konstituert, lovene justert og planer for å sikre en brukbar økonomi diskutert. Selskapet hadde allerede fått 150 medlemmer, og det ble lagt planer for ytterligere verving. Forholdet til de internasjonale organisasjonene ble løst ved at NSAM i første omgang gjenoppnevnte alle tidligere representanter fra Forumtiden. Planer for hvordan *Allmennmedisinsk forskningsutvalg* kunne bringes inn under NSAM ble lagt, og en fast spalte i «Tidskriftet» ble etterlyst. Forholdet til Utposten var allerede nært, men det var et klart ønske fra Styret om at bladet fortsatt burde være et fritt og uavhengig organ.

Under dikusjonen om selskapets arbeidsform ble det vedtatt at selskapet skulle opprette *lokale avdelinger*, slik forutsetningen hele tiden hadde vært. Dette vedtaket ble altså gjort før det tidligere refererte brev fra legeforeningen, som antagelig var den melding som medførte at dette vedtaket ble lagt på is.

Samtidig ble det referert at det forelå et forslag fra Aplf til det kommende landsmøtet i Loen om å etablere lokalavdelinger av Aplf. Heller ikke dette initiativet ble det noe av, antagelig med samme begrunnelse fra legeforeningen sentralt.

Det ble derimot besluttet å nedsette et par andre utvalg, som kom til å få adskillig betydning i de følgende årene: Et *selvvalue-ringsutvalg* med Olav Rutle som leder skulle arbeide videre med



praktiske opplegg for diskusjon i lokale grupper, særlig basert på tilbakemeldinger fra Norsk Medisinaldepot og lokale apoteker vedrørende forskrivningsvaner. Et *publiseringsutvalg* med Steinar Westin som leder skulle arbeide med å få etablert en fagbokserie for allmennpraktikere med utgangspunkt i en henvendelse fra Universitetsforlaget, det som senere ble «Allmennpraktikerbiblioteket».

Spørsmålet om å få allmennmedisin godkjent som egen spesialitet var også på dagsorden, og fikk full tilslutning fra styret i NSAM, selv om flere hadde innvendinger til den modellen som ville bli presentert for legeföreningens landsmøte i Loen.

Endelig ble det lagt planer for den første ordinære generalforsamlingen i det nystartede selskapet, berammet til Trondheim 21. og 22. oktober 1983.

Og samme høsten begynte arbeidet med det som skulle bli de årlige Kongsvold-møtene....

### Ettertanker

Det kan være fristende å spekulere over hvordan utviklingen av det nystartede selskapet ville blitt om bare to av deltakerne ved stiftelsesmøtet hadde stemt annerledes enn de gjorde i spørsmålet om forholdet til Aplf og Oll. Vi vet ikke, men sikkert er det at den beslutning som ble tatt i høy grad bidro til å dempe uroen i Aplf. Samarbeidsklimaet gjennom de første kontaktmøtene mellom Selskapet og Aplf var da også godt og konstruktivt, selv om Selskapets representanter åpenbart utviste forsiktighet i spørsmål som angikk kursvirkosomhet og videre- og etterutdannelsen. På pluss-siden får vi notere at man senere har kommet fram til godt og konstruktivt samarbeid om f.eks. primærmedisinsk uke og lignende store arrangementer.

Den opprinnelige frykten for at selskapet kunne ende opp som en liten randzone omkring universitetsinstituttene for allmenn- og samfunnsmedisin ble gjort grundig til skamme. Selskapet maktet på kort tid å mobilisere et stort antall allmennpraktikere utover landet til mange slags aktiviteter. Og i noen perioder gikk det så langt at man fra selskapets side faktisk måtte etterlyse en mer aktiv medvirkning fra universitetsmiljøene.

At legeföreningen sentralt unnlot å bevilge de forespeilede oppstartingsmidler fikk neppe noen større betydning. Derimot er det grunn til å spekulere over om selskapets opprinnelige intensjoner om å organisere sterke og faglig aktive lokale avdelinger fikk en alvorlig bremse gjennom legeföreningens intervensjon på dette punktet. Til en viss grad ble den lokale aktiviteten etter hver ivaretatt gjennom etablering av tallrike referansegrupper, interessegrupper omkring emner som hypertensjon, diabetes, gastroenterologi, trygdemedisin, allmennmedisinsk filosofi osv.. Dessuten ble det etablert flere mer formelle utvalg, som Journalutvalget, Krefutvalget og Kommunikasjonsutvalget (11).

Mye av den lokale aktiviteten viste seg også å bli absorbert gjennom den nyetablerte spesialiteten i allmennmedisin, og de mange lokale utdanningsgruppene som ble startet fra høsten 1985. Det er en annen og for faget svært så gledelig historie. Men det er vel riktig å si at selskapets rolle i videre- og etterutdanningen ble mer beskjedent enn de første initiativtakerne hadde tenkt seg, inspirert av det engelske College og det danske Selskab.

Kanskje er tiden moden for å se på nettopp denne saken igjen? For fremdeles er det vel de lokale grupperinger av aktive og entusiastiske allmennprak-

tikere omkring i landet som skal drive faget fremover?

Men det skal vi rolig overlate til dagens diskusjon, innenfor og utenfor NSAM's organisasjon. Vi har sagt vårt om hvordan det hele begynte, sett fra vårt ståsted. Og vi synes det har vært en oppmuntrende utvikling.

Til lykke med 10-årsjubileet!

### REFERANSER:

1. Borchgrevink CF. Norsk selskap for almenmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1983; 103:85.
2. Wium P. Norsk selskap for almenmedisin. Referat fra stiftelsesmøtet. Tidsskr Nor Lægeforen 1983; 103: 1037-8.
3. Østensen BE. Norsk almenmedisinsk selskap, trenger vi det? Utposten 1979; nr 4: 7.
4. Westin S. Institutt og praksis – samfunnsmedisinske fag i Midt-Norge. I: Leira H (red). Trøndelag Medisinske Selskap 150 år. Trondheim: Tapir, 1993: 325-32.
5. Westin S, Telje J. Norsk selskap for almenmedisin – er tiden inne? Utposten 1980; nr 5/6: 3-7
6. Holte M. Norsk selskap for almenmedisin? Eller kun behov for en strukturendring innen APLF? Utposten 1979; nr 7: 2-3. (leder)
7. «Tenkekomiteen» innen Aplf og Oll. Tanker om morgendagens primærlegetjeneste! Oslo: Den norske lægeförening, 1976.
8. Fugelli P, Johansen K (red). Langsomt blir faget vårt eget. Oslo: Universitetsforlaget, Allmennpraktikerbiblioteket, 1984
9. Telje J, Thesen J. Norsk selskap for almenmedisin. I: Fugelli P, Johansen K (red). Langsomt blir faget vårt eget. Oslo: Universitetsforlaget, Allmennpraktikerbiblioteket, 1984: 102-110.
10. Bjertnæs Aa. Norsk selskap for Almenmedisin? Nå! Utposten 1982; nr 3/4: 1. (leder)
11. Borchgrevink C. NSAM: referat fra årsmøtet 1985. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 72-3.

# Tre mini-intervjuer



**John Nessa er kommunelege i Hjelmeland. Han er spesialist i allmenntilleggsmedisin og har fleire tillitsverv knytta til fagutvikling av allmennpraksis. Mest kjent er han for sin levande interesse for medisinsk filosofi. Han har m. a. skrive fleire artiklar om emnet i Tidsskriftet og Utposten.**

**Intervjuar: Eivind Vestbø**

*Kan du først seia litt om gruppas formalia?*

Aller først må eg få sei at sjøl om eg har hatt mykje kontakt med gruppa og er levande interessert i arbeidet deira, har eg ikkje fungert som aktiv medlem i praksis. Difor tykte eg det var best å forhøyra meg med gruppas sekretær Morten Lindbæk før eg svarte på spørsmåla dine. Gruppa kom i stand etter initiativ frå Olav Rutle som i 1987 sende eit brev til enkelte interesserte kollegar og ba dei om å ta eit initiativ for å få ei slik gruppe i stand. Slik eg den gong oppfatta hans initiativ, meinte han at det var trong for ei gruppe som arbeidde med allmenntilleggsmedisinsk teoriutvikling/medisinsk filosofi. Og det var og eit ønske om at denne gruppa produserte noko skriftleg, til dømes i form av ei artikkelsamling i bokform. Gruppa

## Intervju med John Nessa om filosofigruppa til NSAM

vart laust organisert, som ei adresseliste spreidd over heile landet, med om lag 15 deltakarar. Eg var den fyrste kontaktpersonen for lista.

*Gruppa har allereide vist seg i den fagmedisinske offentlighet m. a. med ei vellukka kurs ved «Primærmedisinsk veke» sist haust. Kva synes du sjøl at gruppa har fått til utad?*

Vi har vore ansvarleg for tre seminar – to på Soria Moria og eit på Kongsvoll -, og har sjølv inntrykk av at desse har fungert bra. I tillegg kjem ei bok til hausten på Tano: Medisinsk teori. Tanker om sykdom og tanker om helse. Eg tykkjer det er eit bra resultat.

*Korleis arbeider gruppa? Blir det helst eit forum for spesielt interesserte, eller har de eit program å lansera?*

Filosofigruppa er eigentleg ingen gruppe. Ho er ei adresseliste pluss to-tre møte i året av folk som både har overskot, ansvarskjensle og idear til å gjere noko på fritida. Desse møta har mest preg av konkrete arbeids/programkomitemøte. Folk er for ulike både i bakgrunn, interesser, skulering, geografi og lommebok til at dei kan einast om å utabeida eit program. Og det trur eg berre er bra. Eit program, ein ideologi bør ein for all del unngå. Dei fleste av oss er avdanka ideologar av ulikt slag som er vaksinert mot eintydige løysingar. Det er i alle fall mitt inntrykk.

Noko av særpreget med filosofi/teoriutvikling er at ein skal problematisere, stille spørsmål, ikkje gi svar. Difor blir alle program uaktuelle før blekket er tørt.

*Jobbar gruppa etter nokon spesiell strategi for å knytta medisinsk filosofi til allmennpraktikarfaget?*

Vi har prøvd å arbeide med å få vårt stoff inn på grunnkurs, og har delvis lukkast med det. Men det er dei enkelte kurskomiteane som bestemmer innhaldet i dei ulike kurs.

*Har filosofigruppa betydd noko for deg personleg og på kva måte i så fall?*

Gruppa har betydd mykje for meg, spesielt fordi eg har fått lov å vere uforpliktande medlem dei siste åra. Ein knyttar kontaktar, får idear på ein uformell og verdifull måte. Men medlemmene er fyrst og fremst engasjerte med 1001 prosjekt utanom gruppa. Eg mistenkjer fleire for å bruke gruppa som ei lita vitaminpille i ein hard og syndig allmenntilleggsmedisin.

*Ligg det føre konkrete planar for gruppas arbeid i tida som kjem?*

Det er ingen konkrete planar om endring i arbeidsmåten. Alle som vil «kuppe» gruppa, får truleg ein lett jobb. Det er berre å ta kontakt med vår sekretær, Morten Lindbæk, 3100 Loftseid, telefon 33 36 97 70.

*Avsluttes på side 204*





Jostein Holmen til venstre på bildet.

**Referansegruppene har bygd broer mellom allmennpraktikere og sykehuslegene. NSAM har styrket allmennpraktikernes legitimitet i forhold til både sykehuskolleger og finansieringsinstanser. Hypertensjonsgruppa kommer med revidert handlingsprogram snart.**

**Intervjuet av: Betty Pettersen**

Jostein Holmen, som er allmennpraktiker og forsker ved Samfunnsmedisinsk forskningscenter i Verdal, har vært aktiv i mange år i NSAMs referansegruppe for hypertensjon, og har fulgt arbeidet både i astma/allergi- og diabetesgruppen på nært hold. Han har derfor mange erfaringer som vi ville at han skulle dele med oss.

*Har arbeidet med hypertensjon på noen måte vært lettere gjennom at dere arbeider under NSAMs paraply?* NSAMs ideologi har passet godt for arbeidet. Dette fordi den har representert et behandlingskritisk syn som det har vært godt å støtte seg til når en møter andre syn både i hjerte/kar-miljøene og i legemiddelindustrien. Innenfor NSAM har vi i større grad funnet alternative tanker overfor medikamentell risikointervensjon enn i disse andre miljøene. Informasjonen omkring hjerte/karsykdommer og -behandling styres av industrien og NSAM har i større grad enn både Legeforeningen og

## Intervju med Jostein Holmen; Referansegruppene har skapt en arena for samarbeid mellom allmennpraktikere og sykehusmedisinere

Aplf aktivt gått inn i kritisk diskusjon av denne informasjonen.

*Dere i hypertensjonsgruppa arbeidet nært med sykehuskolleger. Hva er dine erfaringer med dette?*

Referansegruppearbeidet startet med at allmennpraktikere tok initiativ overfor sykehusleger på et område som disse nok så på som *sitt felt*. Dette provoserte dem. Det har blitt mange diskusjoner og en lang prosess før vi har kommet frem til konsensus og har kunnet gi felles anbefalinger. Men gjennom å lage en slik arena for samarbeid har vi klart det! Det er spesielt også i internasjonal sammenheng at allmennpraktikere har hatt så mye styring med utvikling av handlingsprogram med hypertensjon.

En viktig årsak til at vi har fått det til er at NSAM er blitt økende kjent, akseptert og respektert innen sykehusmiljøene, som det også har det f.eks. i finansieringsinstitusjoner.

*Sammensetningen av gruppene har vel ikke vært uten betydning for resultatene?*

Vi har hatt en liten gruppe tidligere på fire, nå på fem medlemmer. Dette har nok gitt større effektivitet enn om gruppen var større. Gruppen består av interesserte og kompetente kolleger som har funnet sammen for å gjøre en innsats. Dette kan nok kritiseres, blant annet ut fra at det er basert på rent faglig engasjement, og ut fra at resultatene alltid vil kvalitetskontrolleres – de vil ikke bli

brukt med mindre de oppfattes som faglig vel funderte og troverdige.

På den annen side har sammensetningen skapt en bro mellom allmennpraktikere og sykehusmiljøene, som uansett må basere seg på evne til å skape dialog og gjensidig tillit, ikke på representativitet og formell oppnevning.

*Ja, det er altså på vei en revisjon av handlingsprogrammet, – når kan vi få det? Hva er i veien videre etter det?*

Det har vært en lang prosess, ikke minst for å få finansiering av arbeidet. Nå ser det ut til at det ordner seg, og vi håper å kunne legge programmet frem på Nidaroskongressen. Men arbeidet viser at det må gjøres mer enn bare å lage et handlingsprogram, det er ikke nok bare med standarder. Kursvirksomhet, drilling på rutiner, – kvalitetskontroll på alle ledd, – her må det gjøres en innsats. Og her er vi kommet sørgelig kort! Her kan referansegruppen kun peke på arbeidsoppgavene, gi signaler om hvor videre arbeid bør fokuseres – andre må ta fatt.

*Hadde vi fått et handlingsprogram uten NSAMs referansegruppe?*

Vi hadde sikkert fått et eller annet handlingsprogram, men produsert av sykehusmedisinere og eventuelt industrien. Vinklingen på vårt program har vært allmennpraksis, og den hadde vært vanskeligere å få gjennom uten NSAM-rammen. □





**Mini-intervju med representant fra NSAMs referansegruppe i helseopplysning**

**Intervjuer: Helge Worren**

NSAMs referansegruppe i helseopplysning har følgende medlemmer: Bård Natvig, Odd Winge, Olav Thorsen og Johnny Mjell. Gruppen har vært aktiv i flere år og har gitt ut boka «Helseopplysning i Praksis – Forfriskningsboka». Den kom ut i 1990 i Allmennpraktikerserien.

*Bård Natvig, Skjer det noe i gruppa for tida, eller hviler dere på laurbærene?*

Gruppa er i høyeste grad aktiv, og har faktisk på beddingen nok en bok. Arbeidet med boka startet ut som et forsøk på å lage en handlingsplan for helseopplysning. Vi har fått noe støtte fra

## Intervju med Bård Natvig om NSAMs referansegruppe i helseopplysning

Helsedirektoratet. Etterhvert har imidlertid arbeidet med boka fokusert mest på den forebyggen- de samtale, hvor vi vektlegger risikovurdering og motivasjon. Det vil dreie seg om 1-til-1-situasjonen (person-til-person). Vi håper boka skal bli lettlest, og tror den skal bli ferdig senest i løpet av våren '94. Muligens kommer også den ut i Allmennpraktikerserien, men dette er foreløpig uavklart.

*Er boka myntet bare på konsultasjonen og dermed legen?*

Hvis den utkommer i Allmennpraktikerserien, blir den vel det. Det kan imidlertid hende at den vil sikte inn mot et bredere publikum og dermed en videre anvendelse enn konsultasjonen.

*Du har vært med helt fra starten av gruppa. Hva*

*synes du arbeidet i gruppa har gitt deg?*

Jeg har opplevd et kreativt fellesskap, hvor såvel faglige som personlige sider får lov å blomstre. «Kjemien» i gruppa har vært spesielt god, og vi har det utrolig morsomt. Det er dessuten svært inspirerende å treffe kolleger med samme interesse for helseopplysning.



*Doktoren sa jeg trengte masjon, men etter å ha løpt 42 195 meter, føler jeg meg sykere enn noen sinne!*

*Forfriskende aktivitet kan overdrives.*

*Intervju med John Nessa  
Fra side 202*

Vi er ansvarlege for emnekurs på Nidaroskongressen, medisinsk teori, 15 timar, kurskomite: Harald Kamps, Anne Luise Kirkengen og Morten

Lindbæk. Saman med Ola Lilleholdt og Elisabeth Swensen er det desse som er motor og kontinuitet i gruppa.

*Kan du til slutt seia noko om ditt personlege syn på ei slik referansegruppe og om dine ønske og*

*engasjement i gruppa i tida som kjem?*

Dersom ei slik gruppe kan fungere som ein upretensjos møteplass, vil den ha ei rolle å fylle. Men eit meir konkret mandat føreset ein heilt annan arbeidsmåte, og ei heilt anna organisering. ■





# GSI 37 AUTO TYMP

## gjør tympanometri enkelt i praksis!

Brukes trådløst.

Minnefunksjon for høyre og venstre øre.

Tydelig direkte avlesing samt papirutskrift.

Eneste i sitt slag med måleområde ned til -400 daPa.

Amerikansk kvalitet til en rimelig pris.



*Vennligst ta kontakt med:*



Kirkeveien 71 A, 1344 Haslum  
Postboks 70, 1355 Bærum Postterminal  
Tlf.: 67 53 78 50 Fax: 67 53 38 16

**as NorMedica**

Konsul Lorcks gt. 16  
Postboks 1435, 7002 Trondheim  
Tlf.: 73 51 12 00 Fax: 73 51 70 80.

Eller direkte til importøren:

**MEDISAN AS**

Majorstuveien 36, Postboks 5073 Majourstua, 0301 Oslo.  
Telefon: 22 69 30 39. Telefax: 22 69 33 09.



Utposten for 10 år siden:

# Selskapet er stiftet

17. februar 1983

ble en merkedag for norsk allmenn. På et møte i Medicinsk Selskap i Oslo ble Norsk Selskap for Allmennmedisin stiftet. Etter heni-mot 15 års forarbeid var endelig tiden moden for den formelle stiftelse. Initiativtakere til stiftelsesmøtet var Herman Anker, Per Wium og Chr. F. Borchgrevink.

...

Det formelle stiftelsesmøtet ble ledet av Hermann Anker, og første sak på dagsordenen var Selskapets vedtekter. Den fremmøtte forsamling var særdeles aktiv i debatten og mange hadde ordet i forbindelse med utformingen av formålsparagrafen. Den endelige utformingen av denne ble:

«Norsk Selskap for Allmennmedisin har som formål å videreutvikle og forbedre kvaliteten av faget allmennmedisin og fremme det faglige og sosiale allmennmedisinske miljø. Dette skal bl.a. gjøres ved å:

- Styrke aktiviteten i de lokale allmennmedisinske miljøer.
- Arbeide for å bedre utdannelsen i allmennmedisin.
- Virke for forskning i allmennmedisin.
- Være bindeledd mellom norske og utenlandske allmennmedisinske miljøer og internasjonale organisasjoner.»

...

Etter en pause ble den faglige delen av møtet innledet av Olav Rutle som snakket om «Den gamle pasient og allmennpraktikeren». Jacob Prytz snakket om «Hvordan utdanne veiledere for kommende spesialister i allmennmedisin?» og Gunnar Telnes om «Skader og skadeforebyggende arbeid på Værøy.»

...

Vi sakser videre fra det samme Utposten 2/93:

Professor Borchgrevink:

## Selskapets muligheter helt avhengig av oppslutningen



Det var ingen tilfeldighet at professor Christian Borchgrevink ble valgt som den første formann i Norsk Selskap for Allmennmedisin.

Utposten har møtt professor Borchgrevink til en samtale om det nyetablerte Selskapet:

...

...

*Kan du si noe om den profilen det nyetablerte Selskapet vil få?*

Det er klart at det engelske Royal College of General Practitioners på mange måter er et forbilde for Selskapet. I de 30 år den engelske organisasjonen har bestått, har den hatt en enorm betydning for engelsk allmennmedisin. Selv om vi her i landet ikke har tanker om å gjøre medlemskap avhengig av en spesiell eksamen som i England, vil vi på mange måter prøve å lære av denne engelske søsterorganisasjonen. Personlig tror jeg at Selskapet vil ha en stor oppgave i forhold til allmennmedisinsk forskning.

...

*I dagens helsepolitiske debatt hevdes det fra flere hold at utbyggingen av allmennmedisinen er en bløff fordi den ikke er rasjonell og besparende, men tvert i mot virker slik at det for hver allmennpraktiker kreves enda flere spesi-*

*alister og sykehussenger. Har du en kommentar til dette?*

Jeg tror ikke at en slik tankegang er riktig. Det er klart at i den grad skjult sykkelighet avdekkes, vil det gi økt omsorgs- og pleiebehov. Imidlertid er allmennpraktikerens rolle i det totale helsevesen helt avhengig av det innhold primærhelsetjenesten får. Dersom primærhelsetjenesten utbygges slik at den blir i stand til å utføre de oppgaver den er satt til, tror jeg det er en effektiv og rasjonell måte å drive helsevesenet på.

...

*Helt til sist, kan du si noe om Selskapets forhold til «Utposten»?*

Personlig er jeg positiv til et nært samarbeid med «Utposten». Kretsen rundt «Utposten» har da også stått sentralt i det forberedende arbeid med Selskapet. Samarbeidsformen mellom Selskapet og «Utposten» har foreløpig ikke vært drøftet i styret, men jeg kan tenke meg en ordning der Selskapet praktisk og konkret benytter «Utposten» i sitt arbeid.

...

Begge innslagene er skrevet av Magne Nylenna – dengangen «Utposten»-redaktør, nå redaktør i Tidsskrift for Den Norske Lægeforening.



# Handlingsprogrammet for diabetes revideres

**Tor Claudi**  
leder NSAMs  
referansegruppe for diabetes

NSAMs handlingsprogram for diabetes ble utgitt i 1988 som et resultat av tre års arbeid i den opprinnelige referansegruppa. Handlingsprogrammet ble opprinnelig trykket i 7.500 eksemplarer, men ble «utsolgt» i 1990, og et nytt opplag på 2.000 eksemplarer ble trykket i 1991. Programmet kan fortsatt fås (bokstavelig talt) ved henvendelse til Norges Diabetesforbund, Østensjøvn. 29, 0661 Oslo.

Telefon: 22 54 45 50, telefax: 22 63 06 88.

Referansegruppa består idag av følgende medlemmer: Kristian Midthjell, Verdal, Kristian F. Hanssen, Aker sykehus, Kristian Furuseth, Jessheim, Paal-Inge Hestvold, Oslo, Petter Øgar, Hornindal og Tor Claudi, Bodø. (Av dette kan en slutte at det ikke er en forutsetning å hete Kristian for å være med, men det hjelper!)

Gruppa er nå igang med en revisjon av handlingsprogrammet. I den forbindelse er vi meget interessert i innspill, synspunkter og kommentarer som kan hjelpe oss med å gjøre den nye versjonen så god som mulig. Er det noe i det eksisterende programmet som kan sløyfes? Savner dere noe? Hva med omfang, form og layout? Bør redigeringen med kort-

fattet (lyserød) «praktisk veiledning» i slutten av hvert kapittel opprettholdes? Bør vi prøve å få til et ensides sammendrag i plast slik blodtrykksprogrammet har? Andre synspunkter?

Vi arbeider også med en data-versjon og er også interessert i forslag vedrørende denne.

Alle kommentarer og forslag mottas med interesse og takk. De kan sendes til

Tor Claudi,  
Skogvn. 22, 8021 Bodø.  
Telefon arbeid 75 58 20 14,  
telefax 75 58 04 25,  
telefon privat 75 56 22 30.

## Histofreezer®

### Kryokirurgi til fingerspissene

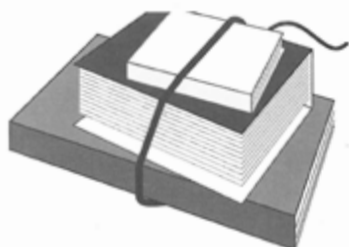
Et ideelt hjelpemiddel for privatpraktiserende leger som i dag sender sine pasienter med vorteplager til spesialister.

- Et enkelt og praktisk behandlingstilbud
- Pakningsstørrelser á 5 eller 40 behandlinger
- 3 års holdbarhet

## Kjemi-Diagnostikk A.S

Postboks 562 - Brakerøya - 3002 Drammen - Tlf.: 32 84 87 00 - Fax: 32 84 87 10





Fylkeslegenes planleggingsgruppe for satsingsområdet «arbeidsledighet». Skien: Fylkeslegen i Telemark, 1992. Pris Gratis.

Anmeldt av Tom Gyran.

### Arbeidsledighet og helse – nyttig håndbok for helsepersonell

Fylkeslegene har arbeidsledighet som et av sine satsingsområder. Dette er grunnlaget for utarbeidelsen av denne boka. Boka vil være en håndbok for helsepersonell. Som sådan er den svært nyttig, innholdsrik og informativ.

I måten boka behandler temaene på, tar den klart standpunkt til hva som er helsevesenets og legens oppgave og hva som er arbeids- og trygdeetatens oppgave. Den er ordnet stikkordmessig, «...alfabetisk som oppslagsbok, gjerne mens pasienten sitter foran deg.»

Tar en boka fram som et oppslagsverk og bruker den som beskrevet i forordet, står en likevel i fare for å blande kortene og rollene i oppgaven med å begrense skadene ved arbeidsledighet og å finne løsninger til videre beskjefligelse. Dette fordi den inneholder så mye om gjeldende ordninger av trygdemessig og arbeidsmarkeds karakter at helsepersonell kan bli fristet til å bruke dette som oppdatert og eksakt kunnskap. Boka blir på dette feltet svært fort akterutseilt. Helsepersonellet bør selv holde seg ajour ved hjelp av god kontakt med arbeidskontor og trygdeetat. Boka vil derfor kun tjene som grunnlag og støtte i arbeidet med pasienter. Slik bør det også være. Informasjon om rettigheter og tilbud ved ledighet bør overlates trygdekontor og arbeidskontor.

Arbeidsledighet er gjerne blitt et svært sammensatt problem når helsevesenet møter den ledige. Boka viser en grei holdning til forhold rundt ledigheten, således som årsaker til ledighet, konsekvenser for lokalsamfunnet ved bedriftsnedleggelse samt forhold til familie, venner og egen økonomi. Den behandler temaet på en helhetlig måte;

CLAUSSEN, BJØRGULF.

## Arbeidsledighet og helse – En håndbok for helsepersonell

personlig opplevelse av ledighet og forholdet til omgivelsene behandles i sammenheng. Det er bra. På denne måten settes for eksempel spørsmål om attføring og uførepensjon mer enn bare i et medisinsk eller økonomisk lys. Sammenhengen kan forstås; det er usikkerhet og tap av selvbilde på grunn av for lave dagpenger til å kunne dekke sine økonomiske forpliktelser som er medvirkende til sykdom, ikke nødvendigvis ledigheten i seg selv.

I tillegg til at boka er spekket med informasjon, kan den bidra til at en del myter omkring arbeidsledighet og ledige slår sprekker og kanskje forsvinner. Senere undersøkelser bekrefter antakelser om at ledige oftere reduserer enn øker alkoholbruken. Flere er også motivert for å slutte å røyke. Boka framholder disse antakelsene og beskriver hvordan dette på en positiv måte kan brukes av helsepersonellet i sitt arbeid med pasienten.

Boka bør få stor spredning. Den kan inngå som en naturlig del av den faglige oppdateringen blant helsepersonell i tillegg til å være en håndbok til jevnlig bruk. Uten tvil et nyttig verktøy. (På høy tid forresten!)

ÅBYHOLM, F.

SKULBERG, A.

KALSTADSTUEN, A.

KVALUM, L.

## Førstehjelp

Tredje utgave. 79 s, ill. Oslo: Norsk Førstehjelpsråd/Universitetsforlaget, 1993. Pris NOK 110,-

Meld av Geir Sverre Braut.

Tradisjonsrik førstehjelpsbok i ny utgåve

Sidan første utgåve av denne boka kom for tolv år sidan, har ho vorte den leiande grunnboka for førstehjelpsopp-

læring i skulen og i frivilljuge organisasjonar her i landet. Då Norsk Førstehjelpsråd vart skipa midt på 70-talet, måtte dei ta tak i svært så kompliserte og uoversiktlege rutinar innan det frivilljuge førstehjelpsarbeidet. Dei gjorde ei rett prioritering då dei sette seg fore å forenkle og systematisere førstehjelpsopplæringa. Dei har langt på veg lukkast i det.

Boka tek på ein klår og enkel måte for seg hovudprinsippa i livbergande førstehjelp. Forfattarane har skore bort uvesentlege detaljar. I den nye utgåva har ein såleis gitt ei og berre ei oppskrift på hjarte-lungeredning. Denne er i det alt vesentlege samsvarande med tilrådingane frå Det europeiske gjenopplivingsrådet (1). For lekfolk er det greitt å unngå forvirrende skilnader mellom gjenopplivingstiltak med ein eller to hjelparar.

Språket er godt. Lett forstålege setningar og ein fin bruk av norske ord gjer at ho kan stå som eit mønster for andre faglege skrifter rekna på lekfolk.

Biletbruken er enkel, men byggjer opp under teksten på ein god måte. Dei aller fleste bileta har ein tydeleg bodskap. Forlaget har difor også laga eit sett med overheadplansjar av dei viktigaste illustrasjonane. Eit videogram høyrer også med til undervisningspakken.

Legar bør så absolutt kjenne til innhaldet i boka. Først og fremst for å vite kva som vert sett på som «rett» av kvalifiserte lekfolk som ein gjerne møter på ein skadestad. Dinest kan ho vere grei å ha som utgangspunkt når ein stundom vert beden om å seie eit eller anna glupt på eit møte i eit lokalt lag eller på ein arbeidsstad. Men kanskje også nokon av oss legar som ikkje har akuttmedisinen rett utanfor kontordøra kan trenge ein lett repetisjon av visse handgrep for å kunne kjenne seg vel budd på det som stundom møter oss. Og for dei som ikkje greier seg med det ein finn i denne boka, er eit sett artiklar i British Medical Journal sterkt å tilrå (1) (2).

### Litteratur:

- (1) European Resuscitation Council Basic Life Support Working Group. Guidelines for basic life support. BMJ 1993;306:1587-9.
- (2) European Resuscitation Council Working Party. Adult advanced cardiac life support: the European Resuscitation Council guidelines 1992 (abridged). BMJ 1993;306:1589-93.

## Tæt på epilepsi

Dansk  
205 sider

Utsalgspris i Danmark kr. 125,-

Anmeldt av Bjørn Guldvog.

Mer enn 40.000 nordmenn har epilepsi, og det er en sykdom med et nettverk av sammenvevede problemstillinger og muligheter; medisinske, tekniske, personlige, psykologiske og sosiale. Historisk har det vært knyttet mange fordommer til epilepsi, og noe sitter fremdeles igjen. Usikkerhet og uvitenhet fra omverdenen fører ofte til at personer med epilepsi isoleres og diskrimineres. Derfor er det viktig med bøker som skrives for et bredere publikum, og som forhåpentligvis kan være til hjelp for den enkelte som har epilepsi, deres familier og venner, og alle oss andre som til daglig omgås personer med epilepsi.

Boka «Tæt på epilepsi» er skrevet av to av Danmarks fremste epilepsieksperter. Boka henvender seg til personer med epilepsi og til befolkningen i sin allminnelighet. Den er utgitt på Munksgaards forlag, og er i likhet med en rekke lærebøker fra dette forlaget både lettlest, oversiktlig, og rikt og godt illustrert.

Boka er inndelt i 19 kapitler, som kan sammenfattes i seks emner:

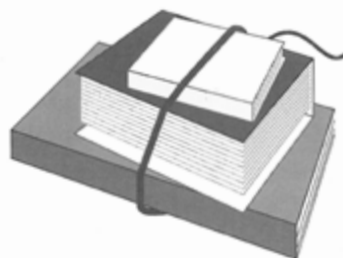
(1) Epilepsiens historie, (2) klassifisering av epilepsier, (3) undersøkelser

og diagnose, (4) behandling, (5) hvordan det er å leve med epilepsi, og (6) hvilke sosiale rettigheter personer med epilepsi har.

Bokas styrke er en relativt lettfattelig innføring i anfallsjungelen, og en enkel og forståelig fremstilling av hvilke undersøkelser og diagnostiske overveielser som kan komme på tale ved ulike anfallsformer. I disse kapitlene er det vevet inn en rekke gode kliniske pasienthistorier. I behandlingskapitlene har forfatterne valgt å beskrive 11 av de mest brukte antiepileptiske medikamenter, samt enkle farmakokinetiske prinsipper. Dette feltet kan kanskje ikke fremstilles på en svært enkel måte, og jeg tror heller ikke forfatterne lykkes i å gjøre det så enkelt og lesverdig som de sikkert hadde ønsket.

Derimot synes jeg boka er mangelfull og litt innlevelsesfattig i kapitlene om psykososiale forhold og hvordan det er å leve med epilepsi. Dette er et tema som opptar personer med epilepsi og deres familier sterkt. Min skuffelse underbygges ytterligere ved at det på omslaget står at «psykologiske og sosiale følger/problemer i forbindelse med epilepsi gjennomgås ligeledes» og at et av kapitlene heter «At leve med epilepsi» og et annet «Sociale forhold». Der hvor psykososiale forhold omtales blir det stikkordsmessig og det skinner

## Bokmelding



## Bokmelding

igjennom at det hele sees i et svært klinisk medisinsk lys. «At leve med epilepsi» inneholder en rekke viktige praktiske råd om alt fra briller til diskoteker, men lite om hvorledes sykdommen griper tak i personligheten og danner grunnlag for eksistensielle problemer, negative sosiale sirkler, lav selvfølelse og psykiske problemer. Boka gir også i liten grad rettleiding om hvorledes familier og enkeltmennesker som er rammet av epilepsi skal arbeide med tanke på best mulig mestring, trivsel og habilitering/ rehabilitering. Likeledes blir kapitlet om «Sociale forhold» mer en beskrivelse av pasienters sosiale rettigheter enn en beskrivelse av personenes sosiale forhold. På tross av disse reserverasjonene vil jeg anbefale boka til pasienter med epilepsi og deres pårørende. Jeg tror også boka vil være nyttig for mange leger og andre helsefagutdannede som ønsker en innføring eller enkel oppdatering på feltet. Det er dog viktig å huske at flere av forholdene som for pasientene og deres pårørende spiller stor rolle, kanskje ikke er nevnt i boka.

## Allmenmedisinske GRUNNSUKK I:

**«Kvinne, stell pent med  
psykopaten din, ellers vil  
han kanskje komme til  
å slutte å plage deg!»**



Sonja Fossum

# Nye krav til spesialiteten i allmennmedisin

Tekst:  
Anne Mathilde Hanstad



*Anne Mathilde Hanstad, spesialist i allmennmedisin, er kommunelege i Strand kommune. Hun er medlem i spesialitetskomiteen for allmennmedisin der hun har vært med på å utarbeide krav til praktiske ferdigheter som et ledd i spesialistutdanningen.*

Kravene til gjennomført praktisk ferdighetstrening vil formodentlig tre i kraft i løpet av -93 (for de kandidatene som begynner sin utdanning fra et gitt tidspunkt). Underveis har de allmennmedisinske miljøer ved Aplfs fagutvalg, NSAM og de allmennmedisinske instituttene ved de respektive universitetene vært høringsinstanser. Komiteen fikk gjennomslag for utvikling av et regelverk for

**Spesialitetskomiteen i allmennmedisin har i lang tid arbeidet med kravene til de praktiske ferdighetene. Dette er en viktig brikke i spesialistutdanningen av allmennmedisinere. De to andre «hjørnene i trekanten»; kunnskap og holdninger, mener komiteen er bygget inn i gjeldende krav og regelverk vedrørende spesialiteten i allmennmedisin.**

trening av praktiske ferdigheter for allmennpraktikere i Norge i Helsedirektoratet i juni '92.

Innføring av krav til trening i praktiske ferdigheter, sees på som et viktig skritt i retning av å heve kvaliteten av norsk allmennmedisin ytterligere.

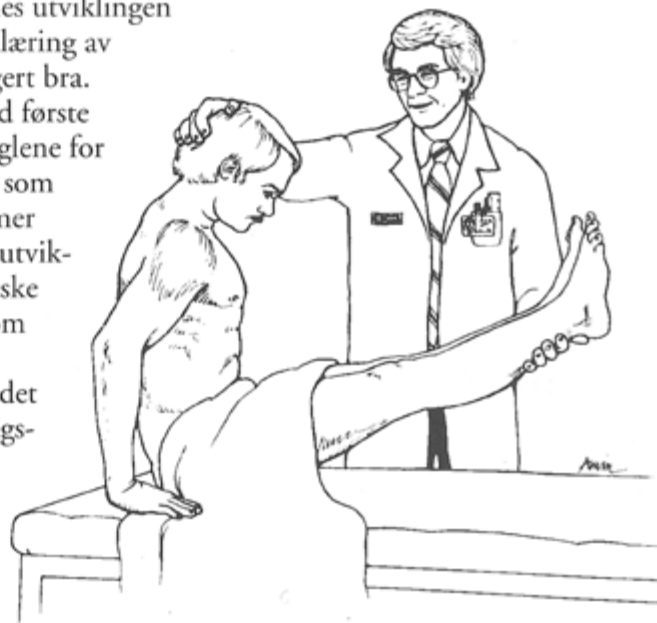
## Historikk

Spesialiteten i allmennmedisin ble godkjent i 1985. Utdanningsmodellen med to-årig gruppebasert virksomhet er særegen norsk, og har vakt betydelig internasjonal interesse og oppsikt. Dette har tilført faget og læringsprosessen nye dimensjoner. I den etablerte modellen synes utviklingen av holdninger og innlæring av kunnskap å ha fungert bra. Imidlertid er det ved første gangs revisjon av reglene for spesialiteten sett på som viktig å bygge inn mer systematisert videreutvikling av fagets praktiske ferdigheter. Gjennom kollegial læring og deling av erfaring i det spesifikke utdanningsprogrammet fra -85, er det ønskelig å stimulere til en faglig dialog mel-

lom kolleger og gjensidig utvikling av en stadig bedre håndverksmessig standard for de mange praktiske ferdigheter som har sin plass i daglig allmennpraksis. Spesialistutdanningen i allmennmedisin er ingen statisk størrelse, men en utdanning som har vist seg stadig «å være underveis».

## «Dette kan vi fra før!»

I prinsippet er ovennevnte utsagn korrekt. Helsedirektoratets rundskriv IK 27 - 89, program for turnustjeneste, gir en detaljert beskrivelse av hvilke teoretiske og praktiske ferdigheter en norsk lege med autorisasjon skal ha gått gjennom. Men allmennmedisin





kan være så mangt: de fleste erfarer tidlig at mye av det man lærte i studietiden og turnustjenesten krever særskilt tilpasning til forholdene der man driver sin allmennpraksis. Vi skal ikke glemme at allmennmedisin ofte utøves under forhold der faglig isolasjon lett kan føre til utvikling av arbeidsvaner som ikke nødvendigvis er de mest hensiktsmessige. Med krav til praktisk ferdighetstrening ønsker spesialitetskomiteen å stimulere til trening i en allmennmedisinsk sammenheng der dialog og refleksjon skal utgjøre en viktig del av læringsprosessen.

### Det spesifikt allmennmedisinske – hva er det?

Den allmennmedisinske arbeidsmetoden er annerledes enn arbeidet i institusjon: Den er ofte ved første øyekast avgrenset symptom- og problemorientert, den tar hensyn til tiden og til en helt annen epidemiologi enn institusjonshelsetjenesten. Dernest observerer allmennmedisinen mange tilstander over tid, og den erfarne allmennmedisiner nytter seg av tidligere kjennskap til pasienten og dennes omgivelser i hjemmet og på arbeidsplassen. På bakgrunn av en rekke slike elementer bygges undersøkelsen av pasienten systematisk opp. Allmennmedisinen byr på særlige «rammer» som det er ønskelig bevisstgjøres og raffineres mellom kolleger.

### Hva er så praktiske ferdigheter?

Spesialitetskomiteen har i sitt arbeide forsøkt å definere ulike begrep:

**Enkeltferdigheter** er håndgrep som brukes i undersøkelser eller behandlinger anvendt i allmennmedisinsk virksomhet. Eksempler på dette er tonometri eller fjerning av føflekker.

**Prosedyreferdigheter** er ment å være en sammensetning av flere enkeltferdigheter som tilsammen utgjør en optimal undersøkelse i forhold til en allmennmedisinsk problemstilling. Eksempler på dette er gynekologisk undersøkelse.

Til sist har vi tatt med begrepet **allmennmedisinsk status**. Dette er en problemorientert sammensetning av prosedyreferdigheter relatert til utredning ved en enkeltpasients symptomer eller medisinske problemer. Mitt beste eksempel på det er kan hende pasienten som kommer med problemstillingen «Eg e' så slappe»...

### Hvordan skal programmet gjennomføres?

Det vesentligste poenget i gjennomføringen, er at utdanningskandidatene må gå gjennom et system der de må utføre en del praktiske håndgrep og kliniske undersøkelsesmetoder sammen med en



eller flere kolleger. På det viset vil det være mulig å fjerne eller redusere de tersklene den enkelte allmennpraktikeren opplever i forhold til det å utvikle eller videreutvikle en ferdighet. Dialogen blir et viktig verktøy for læring. Det er mulig å gjøre treningen sammen med en spesialist i allmennmedisin, sammen med en spesialist i et annet klinisk fag, eller sammen med andre utdanningskandidater. Programmet kan også knyttes til arbeidet i veiledningsgruppene. På denne måten håper vi å unngå at det oppstår flaskehals i spesialistutdanningen. Vi mener også å ha tatt hensyn til de varierende rammevilkårene allmennmedisin har i ulike deler av landet.

Spesialitetskomiteen har laget et attestasjonsskjema for gjennomføring av praktiske ferdigheter. Dette skal for den enkelte ferdighet signeres av både kandidat og kollega. Signaturen skjer først når kandidaten behersker den aktuelle ferdigheten, og begge parter kan gå god for at ferdigheten er øvd og drøftet. Når det gjelder henvisninger / attester stilles det krav til antall utførelser. Vi har innsett at noen vil hevde at lista over krav til praktiske ferdigheter er ufullstendig. Det er gjort et utvalg, men vi anser det sannsynlig at de dialogsituasjonene programmet krever også vil befordre deling av erfaring ut over de ferdigheter som skal dokumenteres gjennomført.

### «Tellende timer»?

Tiden man bruker til trening av praktiske ferdigheter kan ikke, etter gjeldende regelverk, gå til fratrekk fra de øvrige kurs eller undervisningstimer i videreutdanningen. Imidlertid er programmet tenkt å brukes også i etterutdanningen; i denne vil gjennomføring av programmet kunne erstatte 60 kurstimer i en

godkjenningsperiode. Til dere som nå arbeider mot resertifisering for andre gang: snus nærmere på programmet når det sendes ut!

### «Er dette noe nytt?»

Mange av oss vil forhåpentlig se at kravet til trening i praktiske ferdigheter bare er en systematisering av den praksis vi alt driver til hverdags i dialog med våre kolleger. Det nye er at vi ønsker å systematisere utdanningen av spesialister i allmennmedisin ytterligere gjennom læringsprosessen som ligger i å:

- å se en kollega utføre en ferdighet (observere)
- utføre ferdigheten selv
- dele erfaringer gjennom samtale og diskusjon med kollegaen.

Trening på denne måten er en utfordring i utdanning av nye spesialister, men det gir gode muligheter for korrektiv og ettertanke for den etablerte spesialist.

### Hva nå?

Forhåpentlig før dette nummeret av Utposten distribueres, vil heftet om «praktiske ferdigheter» være trykket og ekspedert fra Legeforeningen.

Bakerst i heftet er det attestasjonsskjema som kan brukes til din spesialitetssøknad, eller til resertifiseringssøknaden. Spesialitetskomiteen håper at det «milde press» som nå legges på utdanningskandidatene gjennom det

Figur 1



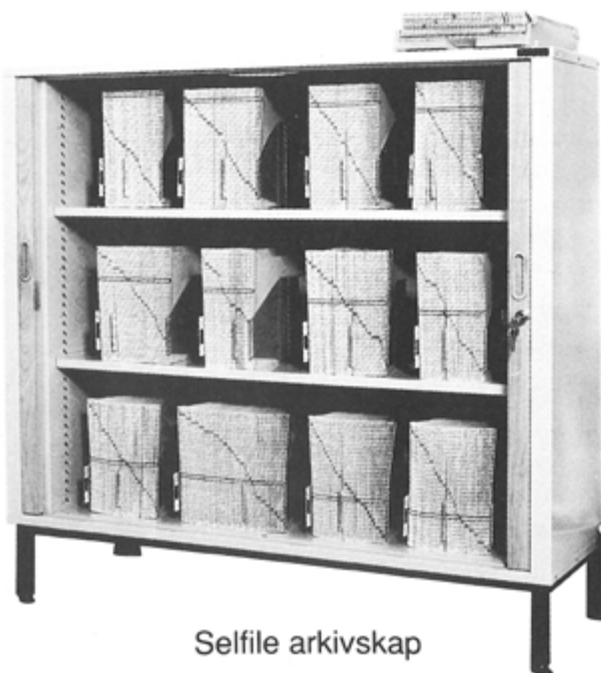
som ligner på kirurgenes operasjonslister, skal befordre kollegial dialog og refleksjon, og representere en forlengelse av det vi vet mange allmennpraktikere gjør på egen hånd allerede.

### Kvalitetssikring.

Kvalitetssikring er et mye brukt, hedret og utskjelt begrep. Ikke desto mindre er det tale om krav som stilles til virksomheter; krav med betydelig større kvalitative enn kvantitative, vanskelig målbare parametre. Vi tror at trening i praktiske ferdigheter, og den dialogen dette befordrer, kan være med å sikre kvaliteten på norsk allmennmedisin. Sammen med kunnskap og holdninger slutter den håndverksmessige delen av allmennmedisinen en hel trekant (fig. 1) for videre- og etterutdanningen av spesialister i allmennmedisin.

Anne Mathilde Hanstad  
4100 Jørpeland

## Arkivett® gir deg orden i papirene



Selfile arkivskap

### ARKIVETT

er for deg som er avhengig av et EDB-orientert, funksjonelt og sikkert journalarkiv.

Tenk fremover -  
bruk Arkivett journal-arkiv,  
hold orden på papirene!

Vi leverer komplette løsninger: Flere typer skap, reoler, rullende reoler, Arkivett-mapper, journalark etc.

Spør oss om råd  
vi kan arkiv!

Arkivett® INTERNATIONAL  
for ordens skyld

☎ Ordretelefon: 22 64 74 00

Bergersens Trykkeri & Forlag A.S  
Brynsveien 3, 0667 Oslo





*I Norge har etterhvert desentraliseringen kommet langt. Dette fører ikke minst til ulike løsninger avhengig av hvor man befinner seg. På en skandinavisk konferanse var man opptatt av hvordan man får barn.*

*Dansken var klar i sitt svar når han sa: «Barn kommer med storken». Svensken var like klar når han sa: «Det kan bli barn av det når man ligger med hverandre»! Nordmannen nølte, men svarte til slutt: «Jeg vet ikke helt, men jeg tror det gjøres forskjellig i hver kommune»!*



## EDB-spalten

# Når nettene bli lange

**Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter om edb og relaterte emner.**

- Hva er en BAT-fil og hvorfor CONFIG.SYS?
- Hva trengs av minne og hvilken skjerm er best til hva?
- Hvordan bruke elektronisk post?
- Korte programpresentasjoner.
- Lure løsninger og triste tabber.

Vi vil starte en spalte der disse og en rekke andre spørsmål og synspunkter drøftes, og der Utpostens lesere inviteres til å bidra med spørsmål og ytringer.

### Fritt fram!

#### Kontaktperson er:

John Leer

Legesenteret i Florvåg, 5305 Florvåg.

Telefon kontor: 56 14 06 61. Telefax: 56 14 40 42.

Elektronisk post cc:Mail:

Telefon: 56 14 29 96 post office: «Helsesenteret» – til: «John».

# Profdoc under Windows

*Jeg driver allmennpraksis i Hønefoss og har hatt Profdoc siden januar 1992. Stort sett er jeg fornøyd med programmet, men avbruddsfunksjonen har jeg aldri likt. Jeg har derfor i samarbeid med Profdoc utviklet en metode for å gjøre programmet mer brukervennlig. Jeg har nå kjørt programmet på denne måten i snart 9 måneder og erfaringene er så gode at jeg vil dele dem med kolleger.*



*Tekst: Bjørn T. Kristiansen*

## Profdoc under Windows

Profdoc har mange fine ting, men på et område er programmet dårlig; det mangler muligheten for raske, midlertidige avbrudd. Hvor ofte har man ikke opplevd å stå i en skriverutline når man blir avbrutt eller vil lese et annet sted i programmet? Eller hadde det ikke vært fint å kunne bla i P-diagnostic eller andre registre mens man står i en skrivefunksjon? I Profdoc må en da først ta CTRL-W for å avslutte det en holder på med, og deretter gå veien om hovedmenyen for å komme dit en ønsker. Men det finnes heldigvis snarveier. Disse får en tak i ved å kjøre flere Profdoc'er samtidig under Windows. Man får da en rekke muligheter som man tidligere knapt hadde drømt om.

Med tastekombinasjonen ALT+TAB kan en bla mellom de forskjellige Profdoc'ene. Du kan gå ut av hvilken som helst funksjon for så å gjøre nesten hva som helst i en annen Profdoc.



*Bjørn T. Kristiansen er født i 1949. Cand. med. Oslo 1977. Han er spesialist i allmennmedisin og har drevet allmennpraksis i Hønefoss siden 1983. Kontoret har hatt EDB-journal i ett og et halvt år. Valgspråk (for tiden): Datateknologien må ikke bli viktigere enn medisinen.*

ALT+TAB bringer deg tilbake dit du var. Med ALT+ENTER får man Profdoc opp i et vindu og har tilgang til flere av mulighetene i Windows. En kan blant

annet ha flere vinduer oppe på skjermen samtidig.

## Hvilke muligheter åpnes?

Du kan skifte mellom pasienter med et tastetrykk. Kontordamen kan f.eks. stå midt i en epikriseskriving på Profdoc1, avbryte for å diskutere med en bryssom pasient på telefonen med tilgang til journaldata i Profdoc2, deretter tildele en time i skranken i Profdoc2. Med et tastetrykk er hun tilbake i epikriseskrivingen i Profdoc1 på samme sted som da hun ble avbrutt.

Du kan skifte mellom forskjellige deler av samme journal. Legen kan f.eks. stå midt i en trygdesak i en Profdoc mens han blar og leter etter gode poenger i en annen Profdoc på samme pasient. Han kan også velge å ha trygdesaken i et vindu mens han blar i et annet vindu slik at han kan lese det han har skrevet samtidig som han leser andre deler av journalen. Han kan så kopiere hvil-

ken som helst tekst uten å bruke programmets teksteditor.

Hvem har ikke opplevd å skrive notatet på feil pasient? Med Windows kan man kopiere informasjon fra en journal og «lime» den inn i en annen. Men feilskrevet tekst kan selvsagt ikke fjernes.

Endelig kan en kjøre andre DOS- eller Windows-program samtidig med Profdoc.

### Hvordan få dette til?

Man må ha en 386SX-maskin eller bedre og helst versjon 3.1 av Windows. Du trenger minst 4 MB RAM; jo mere RAM desto bedre er det. I CONFIG.SYS må man legge inn EMM386.EXE like etter HIMEM.SYS samt sjekke at verdiene for FILES og BUFFERS er tilstrekkelige. Jeg bruker FILES=80 og BUFFERS=30.

Deretter må en lage PIF-filer for hver av Profdoc'ene en skal bruke, f.eks. PROFDOC1.PIF, PROFDOC2.PIF osv. I Windows «PIF-redigering» blir man bedt om å angi «Kb krevet». Profdoc oppgir kravet til 510 Kb, men trenger åpenbart ikke så mye plass for å starte. Jeg bruker default-verdiene, og det går helt fint. Under «Avansert» må en fjerne krysset i boksen for «Tillat hurtigliming». (Profdoc klarer ikke hurtigliming.) Kryss av i rubrikk for å kjøre i «full skjerm»-modus. Du kan velge om programmet skal kjøres i «bakgrunn» eller «alene». Ved å «kjøre i bakgrunn» kan den ene Profdoc'en arbeide med en lang rutine mens du benytter en annen Profdoc i ventetiden.

Hvis man bruker flere enn to Profdoc'er eller kjører andre DOS-program, er det kjekt å ha hurtigtaster til programmene. Disse defineres også i «PIF-redigering». Jeg bruker CTRL+ALT+1 til Profdoc1, CTRL+ALT+2 til Profdoc2 osv.

På Profdoc3 kan man f.eks. legge avtaleboka.

Det neste en må gjøre er å definere programsymboler eller «ikoner» for hver enkelt Profdoc. Det gjøres fra «Programbehandling» og beskrives greit i Windowsmanualen. Et vakker programsymbol heter DRWATSON.EXE. Det må passe bra på Profdoc! Når alle programmene har fått tildelt symboler, «drar» man disse over til OPPSTART. Når maskinen senere startes, vil alle Profdoc'ene startes etter tur. (Dette gjelder bare Windows 3.1. På tidligere versjoner må en «dobbelklikke» på hvert programsymbol.

Til slutt oppretter man en ny «medarbeider» for hver enkelt Profdoc. Man må *ikke* logge seg inn som samme bruker i flere programmer. Når man logger seg inn, velger en seg selv som lege. Det er også lurt å velge forskjellige fargekombinasjoner for hver «medhjelper». Da ser en til enhver tid hvilket program man arbeider i.

### Problemer

I elektronikken som i medisinen er ingen behandling uten bivirkninger. Profdoc arbeider litt langsommere når det kjøres som et DOS-program under Windows. I full skjerm-modus betyr ikke dette noe. Det man vinner i funksjonalitet oppveier langt det man taper i hurtighet. I vindu-modus går det vesentlig langsommere på 386-maskiner, men på raske 486-maskiner er forskjellen uten betydning. Det betyr ikke nødvendigvis at man må begynne å tenke på oppgradering av 386-maskiner. En kommer langt ved å investere i nok RAM. Så lenge det er nok RAM vil skjermbildene skifte raskt uten at maskinens harddisk jobber noe særlig. Når RAM er oppbrukt begynner Windows å benytte harddisken

som internminne. Man hører at maskinen utveksler informasjon med harddisken og ser at alt går langsommere. I denne situasjonen må en enten kjøre færre programmer samtidig eller få mere RAM.

Nettverk kan også by på overraskelser. Med Novell nettverk kan man risikere «minnekonflikt» med nettverkskortet. Windows vil da ikke starte Profdoc, men gir feilmelding og foreslår å øke «Kb krevet»-verdien i PIF-filen. Dette hjelper ikke. Man må istedet legge inn en NOEMS-kommando i linjen som starter EMM386.EXE. Man må da kjenne nettverkskortets startadresse samt hvor mye RAM kortet adresserer. Vanligvis er det mellom 8 og 32 Kb. Startadressen kommer i noen installasjoner opp på skjermen når maskinen startes. Hexadesimale tall kan være uvante å regne med. Prøv deg fram eller snakk med systemansvarlig!

Det hender at man knytter seg bort slik at Windows avslutter Profdoc og «legger ned» programsymbolet. Man kan da starte opp igjen, og kommer tilbake til velkomstbildet. Jeg har aldri mistet informasjon etter slike «avbrudd».

Denne metoden er utviklet i samarbeid med Profdoc A/S. Men Profdoc er et rent DOS-program. Man kan derfor ikke forvente at alle garantier vedrørende driftssikkerheten gjelder når man bruker programmet på annen måte enn det produsenten har forutsatt. Jeg anbefaler at man snakker med maskinleverandøren hvis en ikke er sikker på hvordan maskinene er satt opp. □

# Velkommen til Nidaroskongressen '93 og NSAMs 10-års jubileum

Den tredje Nidaroskongressen avvikles i tiden mandag 18. oktober t.o.m. fredag 22. oktober. Mottoet for årets kongress er «Sammen om kvalitet» gjelder både kongressen og vår allmennmedisinske hverdag. Leger, medarbeidere og NSAM har i fellesskap nedlagt et stort arbeid for å skape en kvalitetskongress der et viktig formål med kongressen er å bidra til å heve og sikre kvaliteten på norsk allmennpraksis.

Nidaroskongressen '93 blir klart større enn de foregående kongressene med seks parallelle sesjoner, plenums møter, forskningskongress, folkemøte og store sosiale arrangement. Sentrale tema blir pasientinformasjon, kvalitetssikring, praktiske ferdigheter, trygdemedisin, miljømedisin, familierterapi og klinisk epidemiologi. Du kan delta en eller flere dager og komponere din egen kursuke fra et stort utvalg av faglige tilbud.

Norsk Selskap for Allmennmedisin feirer sitt 10-års jubileum og markerer det med emnekurs i medisinsk teori og egen festmiddag. NSAM har også ansvaret for Norsk Allmennmedisinsk Forsningskongress. Sammen med NSAM oppfordrer vi alle som har gjennomført prosjekt om å melde på foredrag. Vi gjentar suksessen med Fra Medarbeider til Medarbeider, der medarbeidere inviteres til å melde på innlegg om forsøk, nyttige erfaringer, praktiske tips, tanker og refleksjoner som kolleger bør få kjennskap til.

Alle kurs er åpne for alle deltakerne. Det har vært en utfordring for oss å kunne tilby et større og mere variert tilbud til medarbeiderne enn ved de tidligere kongressene. Noen kurs er spesielt myntet på medarbeidere, andre på leger, men de fleste kurs vil ha interesse for begge grupper. Vi vil også legge forholdene best mulig til rette for at utstillinger skal bli til nytte for deltakere og industri.

*Vel møtt til hyggelige dager i oktober!*

*Hilsen Kongresskomiteén*

Aage Bjertnæs Guttorm Eilertsen Ketil Espenes  
Torgeir Fjermestad Sigurd Førre Linn Getz Martin Holte  
Terje Johannessen Birger Koren Pål Kristensen  
Ola Lilleholt Hilary D. Lyngmo Astrid Moe  
Kirsten Raanes Brit Skarsvåg Oskar Tegnander  
Tove Røstad Wanjohi Torbjørn Øien  
Arne Ivar Østensen Ann Kristin Aaker

Spørsmål om kongressen kan rettes til Nidarkongressen '93, sekretariatet v/Brit Skarsvåg, 7053 Ranheim, tlf. 07 57 25 41 eller fax 07 57 44 30.



## Kurstilbud ved Nidaros- kongressen '93 18. – 22. OKTOBER

### 18/10 Åpningssesjonen

Det er blitt tradisjon ved Nidaroskongressen å la åpningssesjonen få et festpreg. Så også i år. Trondheim bys ordfører vil med «hornmusikk i brystet» ønske velkommen – og hornmusikk blir det faktisk, dog ikke ved ordføreren. Helseminister Werner Christie vil holde åpningsforedraget om utviklingen i primærhelsetjenesten og myndighetenes planer for fremtiden. Else Michelet vil som representant for «brukerne» sikkert komme med både syrlige kommentarer og muntre betraktninger. Innimellom får vi kulturelle bidrag.

### 18/10 Praksisorganisering – medarbeideren en utnyttet ressurs?

Store endringer skjer i norsk allmennpraksis idag. Særlig gjelder det overgang til EDB-journal, kanskje etterhvert også innføring av fastlege-ordning. Arbeidsoppgaver endres både for leger og medarbeidere. Det stilles økte forventninger til legekontorets service og faglige tilbud. Tiden er inne for en kritisk vurdering av praksisorganiseringen. Denne workshopen er fokusert på medarbeiderens arbeidsoppgaver i praksisen. Hvordan kan vi best mulig utnytte medarbeideren?

### 18/10 Astma-miniklinikk

Forekomsten av astma øker. Optimal astmabehandling krever innsikt og kunnskap, noe mange pasienter mangler. De har liten innsikt i hva de selv kan gjøre. Feilbruk og manglende kjennskap til bruken av medisiner og tekniske hjelpemidler, ser vi ofte hos dårlige astmapasienter. Allmennpraktikeren har ansvaret for den langsiktige oppfølgingen. Hvordan kan vi forbedre omsorgen?

### 18. – 19/10 «Det var det året det var så bratt...» Emnekurs i trygdemedisin

Stadig skjer det endringer innenfor trygdemedisinen. Mange føler seg ikke helt oppdatert. Samtidig er trygdemedisinen et av de områdene hvor vi opplever frustrasjon, avmakt, ergrelser, ja endog sinne. Vi har meninger og tanker om lovverket og måten det praktiseres på. Dette emnekurset er ikke en ren oppdatering om paragrafer og forskrifter, selv om det må ligge i

bunnen hele veien. Formålet med kurset er å gi perspektiver på våre trygdemedisinske oppgaver, slik at vi best mulig ivaretar både pasient og regelverk.

### **18/10 Fysikalsk medisinske ferdigheter – Skulderlidelser**

Skuldersmerter og betennelser forekommer hyppig i allmennpraksis og er en stor utfordring når det gjelder korrekt undersøkelsesteknikk og behandling. «Orthopedic Medicine International» er en organisasjon som driver kursvirksomhet innenfor fysikalsk medisin over hele verden. Vi har lyktes å få organisasjonens leder dr. Tony Van de Velde, Belgia, og nestleder fysioterapeut Stig Fossum, Trondheim, som undervisere.

### **18. – 19/10 Hva vet vi om kildene til menneskers helse? – Emnekurs i medisinsk teori**

Hvordan klarer prostituerte å holde seg oppreist i all fornødrelsen? Hva kan vi leger lære fra prostitusjonsmiljøet? Hvor henter alkoholikeren sin styrke når han ikke makter å kutte ut rusen? Uvante spørsmål vil få overraskende svar. Ellers er vi lei av kropp-sjel-dualismen. Vi vil puste liv i kroppen. Liv som trenger næring. Kanskje blir det lettere å finne ut hva som gjør oss syk, når vi vet hva som holder oss frisk?

### **alle dager Ferdighetskurs**

Vi tilbyr her et ferdighetskurs både for leger og medarbeidere. Kurset varer i 3 timer og vil være tilgjengelig hele uken unntatt under åpningssesjonen. Kurset er planlagt som en «orientering-sløype» eller «natursti». Det opprettes seks poster der en på hver av postene får demonstrert en teknikk eller praktisk ferdighet. Deretter får man selv anledning til å utføre/øve på denne ferdigheten under personlig instruksjon eller videoinstruksjon.

### **18/10 Truer helsevesenet folks trivsel? – Folkemøte**

Det hevdes at helsevesenets makt over enkeltmennesket fratår folk friheten til å bestemme over sitt eget liv. Nasjonal Helseplan slår fast at forebyggende og helsefremmende tiltak skal opp-prioriteres i helsevesenet. Underforstått skal folk oppdraes til å leve et sunnere liv. Er dette riktig? Hvor stor makt skal helsevesenet få? Hvilken dokumentasjon finnes for at folkehelsen blir bedre gjennom stadig flere restriksjoner på vår livsstil? Hva er god helse – frihet fra sykdom eller frihet fra helsepåbud? Eller motsatt: Hva koster nordmenns dårlige levevaner det norske samfunnet? Skal vi ikke kunne forlange at folk lever et mest mulig sunt liv slik at vi kan spare milliarder av helsekroner? Er ikke målet å holde flest mulig friske lengst mulig?

### **19/10 Det finnes mangt mellom himmel og jord – om folketro, kjerringråd og folkemedisin**

Gull i ørene mot migrene? Sitronskiver mot kvalme og reisesyke? En liten rå potet i baklomma mot ischias? Gammelost eller potetmel til å nøytralisere overskudd av magesyre? En ulldott fuktet med sprit dyttet opp i endetarmen – eller kanskje du foretrekker å sette rompa opp i et varmt rød-vinsbad – mot hemorroider? Folkemedisinen har dype røtter. Fortsatt har folketroen og kjerringrådene en sentral plass i folks håndtering av plager og lidelser. På dette kurset skal Aage Bjertnæs sammen med Bente Alver fra Bergen og Øyvind Larsen fra Oslo, grave frem smått og stort fra folkemedisinen. Kanskje får du med deg noen nyttige tips hjem?



### **19/10 Hypertoni-miniklinikk**

Hvordan kan vi organisere håndteringen av blodtrykkspasientene? Kan vi overlate enkelte oppgaver til medarbeiderne? I så fall hvilke? Hvilken informasjon trenger disse pasientene? Hvordan skal vi informere? Med utgangspunkt i NSAM's reviderede handlingsprogram for hypertoni, skisserer vi under denne sesjonen hvordan hypertoni-omsorgen kan organiseres i allmennpraksis.

### **19/10 Diagnoser i hytt og pine – om ICPC – klassifikasjoner for primærhelsetjenesten**

Har du problemer med diagnose-settingen? Skrumper ditt repertoar med diagnoser inn? Har ICPC skapt problemer? Finner du de diagnosene du vil ha? Er de riktige? Dette kurset gir en praktisk innføring i bruken av ICPC.

### **19/10 «The Silence of the Lambs»- legene og velferdsstaten. Plenumsesjon.**

Per Fugellis foredrag under Nidaroskongressen. «90 ble nærmest historisk – og det ble da også straks forlangt publisert. Da vi ringte Per F på hans kontor på Institutt for Sosialmedisin på Rikshospitalet og spurte om han hadde noe på hjertet for en plenumsesjon under Nidaroskongressen «93, ble det først stille i fem sekunder. Så kom svaret: «Nam, nam....!»

### **19/10 Som du roper i skogen får du svar- om non-verbal kommunikasjon**

Hvordan oppfatter pasientene de signalene som strømmer mot dem når de åpner døren til legekantoret? Interiøret, fargene, stemningen? Hvordan er legen og medarbeiderne kledd og hvordan tar man imot pasienten? Er vi bevisst på hvordan slike faktorer gir signaler til pasientene? Signaler som kan være bestemmende for om en pasient vil føle seg vel eller utilpass nettopp hos oss? I løpet av kurset vil vi synliggjøre viktige momenter omkring non-verbal kommunikasjon ved hjelp av to dyktige og humoristiske skuespillere.

### **19/10 Inkontinens-miniklinikk**

De senere år er det avdekket en svær underbehandling av problemet urininkontinens hos kvinner. Dette kurset tar sikte på å gi leger og medarbeidere fagkunnskap om inkontinens, dets utredning og behandling.

### **19/10 Fysikalsk medisinske ferdigheter – Nakkelidelser**

Nakkesmerter er langt mer enn whip-lash og stressmuskler. Kursdeltakerne vil få praktisk opplæring i undersøkelsesteknikk og diagnostikk av nakkelidelser, samt kjennskap til behandlingsmuligheter. Sitter smerteårsaken i muskler eller cervicalcolumna? Hvordan diagnostisere og behandle torticollis, whip-lash, cervicobrachialgi og cervicalt prolaps? Finnes stress-nakke? Hvem skal henvises til fysioterapeut og hvem til kiropraktor? Hva med infiltrasjonsbehandling og nakkekrage? Er manipulasjon farlig for noen pasienter?

### **20/10 Allmennmedisinsk ideologi**

Alt dette pratet om ideologi – betyr det noe? Er det flokler uten mening, kun beregnet for festtaler? Hva er den allmennmedisinske ideologi og hvilke praktiske konsekvenser har den? På dette kurset ønsker vi at leger og medarbeidere diskuterer sin egen arbeidssituasjon, forholdet seg imellom og forholdet til pasientene. Hvor står vi idag etter 15 år med KOPF-ideologien?

## 20. – 22/10 Vårt livsfarlige miljø. Emnekurs i miljømedisin.

Hvilken betydning har det fysiske miljø for befolkningens helse? Skremmende rapporter fra det massivt forurensede Øst-Europa viser til svære helseproblemer. Stadig hører vi om farene med det tynne ozonlaget, elektromagnetisk påvirkning fra kraftlinjer, radioaktivt nedfall, m.m.. Folk er opptatt av dette, bekymret for sin helse og konsulterer sin lege. Hva skal vi svare dem? Hverdags-maten er også blitt gjenstand for økende diskusjon. Hva er det vi putter i oss? Hvilke er de helsefarlige stoffene? Hva med matvareallergi? Hva med kreftfaren? Dette kurset tar sikte på å gi en oppdatering på kjente og mindre kjente sammenhenger mellom miljøpåvirkning og helse.

## 20. – 22/10 Samliv til glede – samliv til besvær. Emnekurs i familierterapi.

Våre tetteste menneskelige relasjoner kan være vår sterke kilde til glede og livsbekreftelse. De samme relasjonene kan gi opphav til våre alvorligste livsproblemer. Som lege møter vi oftest symptomet. Er vi fornøyd med å stille en symptomdiagnose eller går vi videre for å se på hele pasienten og hennes relasjoner? Kjennskap til relasjoner kan være nøkkelen til forståelse av og hjelp til pasienten. Allmennpraktikeren fremhever ofte sitt helhetsperspektiv på pasienten. Er dette mer enn festtalefraser? Dette kurset vil gi smakebiter fra et stort fagområde med Samtale, Samarbeid og Samliv som kursets sentrale begrep.

## 20/10 Allmennmedisinske doktorgrader

Forskningsaktiviteten i allmennmedisin øker. I tidsrommet fra Nidaroskongressen «91 og frem til idag har totalt åtte allmennmedisinere tatt sin doktorgrad. Vi har bedt de nye «dr.med.» om å gi en kortfattet presentasjon av idéen bak gradsarbeidet, i grove trekk beskrive metoden som ble benyttet og de funn som ble gjort.

## 20/10 De hjelpeløse hjelperne – hva må vi tale? – hvordan klare oss bedre?

Å være lege er en ansvarsfull og ofte ensom tilværelse. Jobben innebærer at du daglig fatter en rekke beslutninger vedrørende dine pasienter. Som allmennpraktiker er du som regel alene om å ta disse beslutningene, avgjørelser som stundom kan ha dramatiske konsekvenser for pasienten. Hva skjer når vi gjør feil?

## 20/10 Fastlegeordningen – en allmennlegetjeneste for fremtiden?. Plenumsesjon

Etter et Stortingsvedtak blir nå fastlegeordningen utprøvet i fire kommuner: Lillehammer, Åsnes, Tromsø og Trondheim. Mye tyder idag på at dette blir en nasjonal modell, noen mener endog at fastlegeordningen vil bli innført i hele Norge før de tre årene er gått. En slik omorganisering griper dypt inn i vår hverdag, såvel for leger som medarbeidere.



## 20/10 Raad for uråd – personlig effektivitet og planlegging (PEP-kurs)

Får du ingenting gjort skikkelig? Husker du avtaler? Holder du ord? Planlegger du dagen din eller tar du ting som de kommer? Ole Jacob Raad holder kurs i hvordan en strukturerer seg selv, sin arbeidsdag og sin fritid best.

## 20/10 EDB-verksted

I likhet med tidligere kongresser har vi dette spesialtilbudet for de EDB-interesserte. Sesjonen vil særlig bli brukt til å demonstrere den nye utgaven av EpiInfo. Nå foreligger prosedyrepermenene for Telemark og Møre og Romsdal som dataversjoner. Disse vil bli demonstrert. Andre aktuelle tema blir også tatt opp.

## 21/10 Norsk Allmennmedisinsk Forsningskongress

Allmennmedisinsk forskning er i vinden. Det viser blant annet det økende antall doktorgrader de siste årene. Norsk Allmennmedisinsk Forsningskongress er hovedarenaen der «forskere» og klinikere møtes. Her presenteres det nyeste innen norsk allmennmedisinsk forskning – før det er publisert.

## 21/10 Fra Medarbeider til Medarbeider

Under Nidaroskongressen «91 gjorde vi et eksperiment. Vi laget en egen sesjon med anledning for medarbeidere til å melde på frie foredrag. Eksperimentet var så vellykket at vi gjentar det i år. Det burde jo være like naturlig at medarbeiderne utveksler erfaringer og observasjoner, som at legene gjør det. Her skal du få vite hva som skjer rundt om på andre legekontor og du kan delta i diskusjonen omkring innleggene.

## 21/10 Nidarosgjesten 1993 Henrik R. Wulff

Årets Nidarosgjest er Henrik R. Wulff fra Danmark. En av vår tids fremste medisinske tenkere og ekspert innenfor klinisk beslutningslære. I en rekke skrifter og foredrag har han manet til en strengere kritisk vurdering av det diagnostiske og terapeutiske arbeid vi utfører som klinikere, og han advarer mot mange av de fallgruber vi kan gå i som klinikere, om vi ikke stiller høye nok krav til logisk stringens i vår virksomhet. Henrik R. Wulff er kritisk til den gjengse etiske diskusjon i Norden. Den handler i følge ham, nesten utelukkende om rettigheter, men hvor han mener vi burde snakke mere om våre plikter overfor hverandre.

## 21/10 Nidarosprisen 1993

Nidarosprisen deles ut til allmennmedisinere som har gjort en fremragende innsats for utviklingen av faget, særlig når det gjelder utdanning, informasjon og fagutvikling innen allmennmedisinen.

## 22/10 Diabetes-miniklinikk

Hvordan har dere organisert diabetesomsorgen på ditt kontor? Er det behov for forbedringer? På dette kurset gjennomgås en modell for hvordan denne omsorgen kan organiseres.

### **22/10 Kommunal anatomi og fysiologi – samt patofysiologi, diagnostikk og behandling**

Er du kommunelege og har samarbeidsproblemer med din kommune? Kjenner du oppbygningen av den kommunale administrasjon? Vet du hvordan administrasjonen arbeider? Hvordan fattes beslutninger? Politikernes innflytelse? Er du frustrert? Stanger du hodet i veggen? Sliter du med kommunal sendrekthet? Budsjettproblemer? Lojalitetsproblem – kommunen versus helsetjenesten? Dette er et kurs for de som samarbeider tett med det kommunale forvaltningsapparat.

### **22/10 Follies and Fallacies in Medicine – Dumheter og villfarelser i medisinen**

Dette er Nidaroskongressens internasjonale godbit i 1993! To fremragende samfunnsmedisinere / kliniske epidemiologer fra Department of Community Health, Trinity College, Dublin, Irland – Petr Skrabanek og James McCormick.

Deres målsetting med kurset er å nå nysgjerrige sjeler, særlig de som fortsatt er unge av sinn og ikke fastlåste til dogmer. De tilbyr ingen løsninger på de problemene de trekker frem, fordi de kjenner ingen. Begge to lider av skeptikemi, men opp-

fatter denne lidelsen, paradoksalt nok, som en helsefremmende tilstand. Skulle vi lykkes i å infisere andre er vi såre fornøyd». Ryktene går om at de er fremragende forelesere...

### **22/10 Placebo. Plenumssesjon**

Hva er placebo? Hva er placebo effekten? Bruker vi medikamenter som placebo-preparater? Hvordan kan vi utnytte placeboeffekten? Hvordan forsterke den? Hvor mye av vår medikamentelle behandling er egentlig placebo-behandling? Truer placebo legens selvbilde og makt? Problemstillinger som dette vil Petr Skrabanek komme inn på.

### **22/10 Medisinsk pedagogikk for legekantoret**

Pasientinformasjon og helseopplysning på legekantoret. Hvordan gjøre det interessant og lystpreget? Hvordan motivere pasientene? Hvordan sikre oss at de forstår det vi sier? Hva må til for at de skal etterleve våre råd? Kan legene og medarbeiderne dele på oppgavene? Hvilke pedagogiske knep finnes? Hva trenger vi av utstyr?

## Store som små Offentlige og private

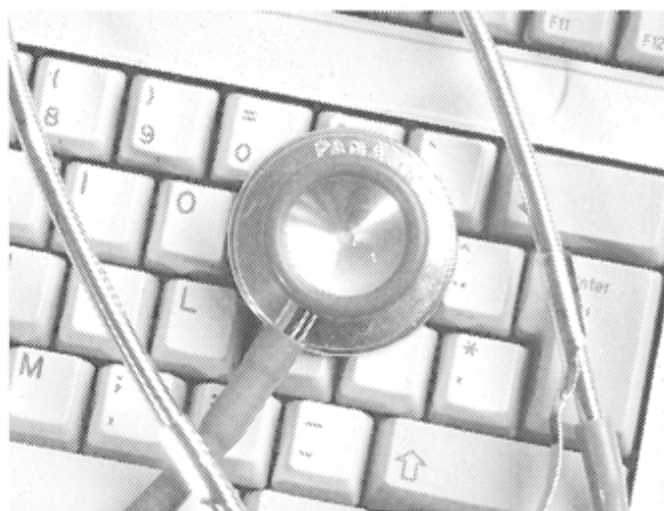
*Vi har programvareløsninger for de fleste omsorgsmiljøer: Kommunelegekontorer, Privatlegekontorer, Helsestasjoner, Bedriftshelsetjenester, Poliklinikker etc.*

# PROFDOC®

PROFDOC A/S, SCHWABESGT. 5, BOKS 440, 3601 KONGSBERG,  
TLF 32-73 11 33, FAX 32-72 02 81

SVERIGE: PROFDOC AB, S:T OLOFSGATAN 9,  
BOX 1841, 751 48 UPPSALA

AUSTRALIA: RX HEALTHCARE SYSTEMS, 97 BROADWAY NEDLANDS,  
W. AUSTRALIA 6009



*Vi tilbyr helsesektoren EDB-system for journalføring hvor det er blitt fokusert på brukervennlighet, funksjonalitet, rask og lett tilgjengelig service og god opplæring.*

Send informasjon om Profdoc journalsystem

Navn: .....

Legekontor: .....

Adresse: .....

Postnr: ..... Postadr: .....

*Sendes med post eller faxes til 32-72 02 81.*

## 20. – 22/10 Vårt livsfarlige miljø. Emnekurs i miljømedisin.

Hvilken betydning har det fysiske miljø for befolkningens helse? Skremmende rapporter fra det massivt forurensede Øst-Europa viser til svære helseproblemer. Stadig hører vi om farene med det tynne ozonlaget, elektromagnetisk påvirkning fra kraftlinjer, radioaktivt nedfall, m.m.. Folk er opptatt av dette, bekymret for sin helse og konsulterer sin lege. Hva skal vi svare dem? Hverdags-maten er også blitt gjenstand for økende diskusjon. Hva er det vi putter i oss? Hvilke er de helsefarlige stoffene? Hva med matvareallergi? Hva med kreftfaren? Dette kurset tar sikte på å gi en oppdatering på kjente og mindre kjente sammenhenger mellom miljøpåvirkning og helse.

## 20. – 22/10 Samliv til glede – samliv til besvær. Emnekurs i familierapi.

Våre tetteste menneskelige relasjoner kan være vår sterke kilde til glede og livsbekreftelse. De samme relasjonene kan gi opphav til våre alvorligste livsproblemer. Som lege møter vi oftest symptomet. Er vi fornøyd med å stille en symptomdiagnose eller går vi videre for å se på hele pasienten og hennes relasjoner? Kjennskap til relasjoner kan være nøkkelen til forståelse av og hjelp til pasienten. Allmennpraktikeren fremhever ofte sitt helhetsperspektiv på pasienten. Er dette mer enn fest-talefraser? Dette kurset vil gi smakebiter fra et stort fagområde med Samtale, Samarbeid og Samliv som kursets sentrale begrep.

## 20/10 Allmennmedisinske doktorgrader

Forskningsaktiviteten i allmennmedisin øker. I tidsrommet fra Nidaroskongressen «91 og frem til idag har totalt åtte allmennmedisinere tatt sin doktorgrad. Vi har bedt de nye «dr.med.» om å gi en kortfattet presentasjon av idéen bak gradsarbeidet, i grove trekk beskrive metoden som ble benyttet og de funn som ble gjort.

## 20/10 De hjelpeløse hjelperne – hva må vi tåle? – hvordan klare oss bedre?

Å være lege er en ansvarsfull og ofte ensom tilværelse. Jobben innebærer at du daglig fatter en rekke beslutninger vedrørende dine pasienter. Som allmennpraktiker er du som regel alene om å ta disse beslutningene, avgjørelser som stundom kan ha dramatiske konsekvenser for pasienten. Hva skjer når vi gjør feil?

## 20/10 Fastlegeordningen – en allmennegetjeneste for fremtiden?. Plenumsesjon

Etter et Stortingsvedtak blir nå fastlegeordningen utprøvet i fire kommuner: Lillehammer, Åsnes, Tromsø og Trondheim. Mye tyder idag på at dette blir en nasjonal modell, noen mener endog at fastlegeordningen vil bli innført i hele Norge før de tre årene er gått. En slik omorganisering griper dypt inn i vår hverdag, såvel for leger som medarbeidere.



## 20/10 Raad for uråd – personlig effektivitet og planlegging (PEP-kurs)

Får du ingenting gjort skikkelig? Husker du avtaler? Holder du ord? Planlegger du dagen din eller tar du ting som de kommer? Ole Jacob Raad holder kurs i hvordan en strukturerer seg selv, sin arbeidsdag og sin fritid best.

## 20/10 EDB-verksted

I likhet med tidligere kongresser har vi dette spesialtilbudet for de EDB-interesserte. Sesjonen vil særlig bli brukt til å demonstrere den nye utgaven av EpiInfo. Nå foreligger prosedyrepermenene for Telemark og Møre og Romsdal som dataversjoner. Disse vil bli demonstrert. Andre aktuelle tema blir også tatt opp.

## 21/10 Norsk Allmennmedisinsk Forskningskongress

Allmennmedisinsk forskning er i vinden. Det viser blant annet det økende antall doktorgrader de siste årene. Norsk Allmennmedisinsk Forskningskongress er hoved-arenaen der «forskere» og klinikere møtes. Her presenteres det nyeste innen norsk allmennmedisinsk forskning – før det er publisert.

## 21/10 Fra Medarbeider til Medarbeider

Under Nidaroskongressen «91 gjorde vi et eksperiment. Vi laget en egen sesjon med anledning for medarbeidere til å melde på frie foredrag. Eksperimentet var så vellykket at vi gjentar det i år. Det burde jo være like naturlig at medarbeiderne utveksler erfaringer og observasjoner, som at legene gjør det. Her skal du få vite hva som skjer rundt om på andre legekontor og du kan delta i diskusjonen omkring innleggene.

## 21/10 Nidarosgjesten 1993 Henrik R. Wulff

Årets Nidarosgjest er Henrik R. Wulff fra Danmark. En av vår tids fremste medisinske tenkere og ekspert innenfor klinisk beslutningslære. I en rekke skrifter og foredrag har han manet til en strengere kritisk vurdering av det diagnostiske og terapeutiske arbeid vi utfører som klinikere, og han advarer mot mange av de fallgruber vi kan gå i som klinikere, om vi ikke stiller høye nok krav til logisk stringens i vår virksomhet. Henrik R. Wulff er kritisk til den gjengse etiske diskusjon i Norden. Den handler i følge ham, nesten utelukkende om rettigheter, men hvor han mener vi burde snakke mere om våre plikter overfor hverandre.

## 21/10 Nidarosprisen 1993

Nidarosprisen deles ut til allmennmedisinere som har gjort en fremragende innsats for utviklingen av faget, særlig når det gjelder utdanning, informasjon og fagutvikling innen allmennmedisinen.

## 22/10 Diabetes-miniklinikk

Hvordan har dere organisert diabetesomsorgen på ditt kontor? Er det behov for forbedringer? På dette kurset gjennomgås en modell for hvordan denne omsorgen kan organiseres.



### **22/10 Kommunal anatomi og fysiologi – samt patofysiologi, diagnostikk og behandling**

Er du kommunelege og har samarbeidsproblemer med din kommune? Kjenner du oppbygningen av den kommunale administrasjon? Vet du hvordan administrasjonen arbeider? Hvordan fattes beslutninger? Politikernes innflytelse? Er du frustrert? Stanger du hodet i veggen? Sliter du med kommunal sendrekthet? Budsjettproblemer? Lojalitetsproblem – kommunen versus helsetjenesten? Dette er et kurs for de som samarbeider tett med det kommunale forvaltningsapparat.

### **22/10 Follies and Fallacies in Medicine – Dumheter og villfarelser i medisinen**

Dette er Nidaroskongressens internasjonale godbit i 1993! To fremragende samfunnsmedisinere / kliniske epidemiologer fra Department of Community Health, Trinity College, Dublin, Irland – Petr Skrabanek og James McCormick.

Deres målsetting med kurset er å nå nysgjerrige sjeler, særlig de som fortsatt er unge av sinn og ikke fastlåste til dogmer. De tilbyr ingen løsninger på de problemene de trekker frem, fordi de kjenner ingen. Begge to lider av skeptikemi, men opp-

fatter denne lidelsen, paradoksalt nok, som en helsefremmende tilstand. Skulle vi lykkes i å infisere andre er vi såre fornøyd». Ryktene går om at de er fremragende forelesere...

### **22/10 Placebo. Plenumssesjon**

Hva er placebo? Hva er placebo effekten? Bruker vi medikamenter som placebo-preparater? Hvordan kan vi utnytte placeboeffekten? Hvordan forsterke den? Hvor mye av vår medikamentelle behandling er egentlig placebo-behandling? Truer placebo legens selvbilde og makt? Problemstillinger som dette vil Petr Skrabanek komme inn på.

### **22/10 Medisinsk pedagogikk for legekantoret**

Pasientinformasjon og helseopplysning på legekantoret. Hvordan gjøre det interessant og lystpreget? Hvordan motivere pasientene? Hvordan sikre oss at de forstår det vi sier? Hva må til for at de skal etterleve våre råd? Kan legene og medarbeiderne dele på oppgavene? Hvilke pedagogiske knep finnes? Hva trenger vi av utstyr?

## Store som små Offentlige og private

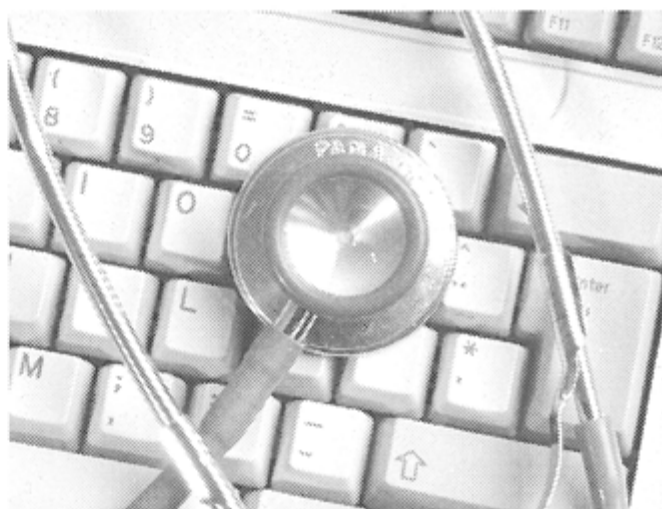
*Vi har programvareløsninger for de fleste omsorgsmiljøer: Kommunelegekontorer, Privatlegekontorer, Helsestasjoner, Bedriftshelsetjenester, Poliklinikker etc.*

# PROFDOC®

PROFDOC A/S, SCHWABESGT. 5, BOKS 440, 3601 KONGSBERG,  
TLF 32-73 11 33, FAX 32-72 02 81

SVERIGE: PROFDOC AB, S:T OLOFSGATAN 9,  
BOX 1841, 751 48 UPPSALA

AUSTRALIA: RX HEALTHCARE SYSTEMS, 97 BROADWAY NEDLANDS,  
W. AUSTRALIA 6009



*Vi tilbyr helsesektoren EDB-system for journalføring hvor det er blitt fokusert på brukervennlighet, funksjonalitet, rask og lett tilgjengelig service og god opplæring.*

Send informasjon om Profdoc journalsystem

Navn: .....

Legekontor: .....

Adresse: .....

Postnr: ..... Postadr: .....

*Sendes med post eller faxes til 32-72 02 81.*

Når det uler rundt oss, må vi stå sammen!

# Ulvetid!

Kvalitetssikring av helsestasjonsarbeidet i en ulvetid



**Per Stensland er cand. med. fra 1974. Distriktslege i Hadsel 1976 til 81. Kommunelege I i Sogndal etter dette med 2 års avbrekk i Botswana. Ser kommunelege I's viktigste oppgave å presentere lokale helsebehov. Barnas behov pleier ikke å komme først.**

---

Per Stensland

---

Kampen skjerper seg. Jeg mener både kampen om barns oppvekstvilkår og kampen om ressurser til barnehelsetjeneste i norske kommuner. Helsestasjonen er grunnlaget for lokale helsetilbud til barn. Men: Det er knapt flere helsesøstre idag enn for 15 år siden! I noen kommuner er helsestasjoner omgjort til vaksinasjonsentraler. I andre har man like godt lagt dem ned. Samtidig har sykdomspanoramaet i barnebefolkningen endret seg. Sosial ulikhet har økt, og familiene strever. Barns oppvekstvilkår endres og dette gir en ny sykdomsepideemiologi.

Vi har kunnskap om hvilke helsetjenester barn trenger lokalt (1, 2). Men det gjenstår å bruke det vi vet. Skal vi møte en ulvetid som skikkelige ulvejegere, må støtteapparatet for barn og barnefamilier i lokalsamfunnet styrkes og trimmes. Vi må altså skjerpe tonen overfor de som bevilger.

Men vi må også ta skikkelig vare på de personellressursene vi har. Om dette handler innlegget.

## Jaktlaget i Sogndal

De fleste helsestasjoner har et kursbudsjett som ikke tillater de store sprellene. Vi har også merket oss at endel kurs i forebyggende arbeid gir farlig inspirasjon til å spre vår begrensede arbeidskraft vekk fra helsestasjonens problemer med å møte daglige krav, over på eksotikk og tvilsom nytte. I erkjennelse av dette har vi i Sogndal de siste tre åra utviklet vårt eget interne kurs som vi kaller HELSESTASJONSDAGENE.

Dette betyr at vi årlig avsetter to hele dager da alle de seks personene (leger og sykepleiere) som er tilknyttet helsestasjonen er med. Til disse dagene har vi invitert den ressurspersonen som vi det siste året har hatt mest lyst til å tilbringe to dager sammen med. Foreløpig har disse ressurspersonene takket ja til tilbudet.

Ressurspersonen er ikke bedt om å forberede seg. Hun skal følge med i gruppene, være med i arbeidet, eller høre en av oss legge fram forberedte innlegg. Men vi forventer sterk og innsiktsfull deltakelse i alle diskusjonene.

Konkretisering av programmet er satt opp i rutene. De første årene forutsatte ikke programmet spesiell forberedelse fra noen av deltakerne. I år krevdes mer forarbeid av helsestasjonspersonellet. Gevinsten var at vi på denne måten fikk en lokal prosedyrebok.

## HELSESTASJONSDAGENE 1991

**Emne:** Gruppemetode på helsestasjonen.

**Ressursperson:** Psykolog Birgit Bogen.

### PROGRAM

Ressurspersonen er i løpet av to dager med i tre vanlige helsestasjonsgrupper (6 uker, 6 mndr. og 12 mndr.).

I hver av gruppene har vi med to ekstra helsesøstre for at så mange som mulig skal få være med.

Oppsummering etter hver gruppe der hele staben deltar.

Rikelig tid til diskusjon – vi legger strevet bak oss.

Vi oppnår med dette:

- ✓ At vi selv må skjerpe oss ved å holde innlegg for hverandre og den fremmede.
- ✓ At vi utvikler en respekt for hverandre som kompetente fagfolk.
- ✓ At vi utvikler en felles forståelse og en felles holdning til konkrete faglige spørsmål.
- ✓ At vi utvikler en lokal prosedyrebok.
- ✓ At kommunen får et godt kurs for en latterlig billig penge. Lokalt kurs kan faktisk sies å være billigst og best. Vi har søkt fylkeslegen om tilskudd til kompetansehevende arbeid og fått full refusjon for alle utgifter.

Det er ingen grunn til å legge skjul på at dette også fungerer som indremedisin for helsestasjonens eget liv. Felles innsats gir samhold. Det kan faktisk hende at dette samholdet merkes av andre og at det skaper en godviljens vind som sveiper helt inn i helse- og sosialstyret. Som på alle andre felt gjelder også her Matteusprinsippet: Den som meget har skal meget gives. Det var således da vi fikk hodet halvveis over vannet bemanningsmessig at vi hadde overskudd til å tenke tanken på HELSESTASJONSDAGENE. Da vi var på det slitneste, tenkte vi ingen morsomme tanker.

### Ingen jakt uten jegere

Helsestasjonens første lekse blir derfor å spørre seg selv om den for tiden har forsvarlige arbeidsforhold. Kommunelegekursen på Folkehelse har nylig sammenliknet arbeidsforhold ved helsestasjoner i noen få utvalgte fylker (3). Vi trenger langt bedre grunnlagstall for en skikkelig beskrivelse av helsestasjonsarbeidet i Norge i 90-åra, men dette er en god start. Og det er såpass sterk lesning at flere burde skaffe seg rap-

*Arbeid med barn kan lære oss en lekse om samhold.*



porten. Her avdekkes så store ulikheter i bemanning at vi snakker om totalt ulike forutsetninger for å tilby barna helsetjenester. Og de som skal gi ytelser til de som har det verst, har det som regel selv verst (Matteus fins overalt).

Grunnlagstallene fra Folkehelse hjelper deg å plassere din helsestasjon på ressurstildelingskartet. Ligger du dårlig an, har du fått et nytt hjelpemiddel i budsjettdiskusjonen.

### Kommunelege I er førsteskytter

Derfor er dette også en melding til kommunelege I, du som strever med inn klima og inspeksjoner. Se opp! Kanskje er det slik at den viktigste utfordringen innenfor miljøretta helsevern for tiden er å styrke innsatsen på feltet sosiale miljøfaktorer. Og det fins ingen satsing på sosiale miljøfak-

*Avsluttes på side 230*

## HELSESTASJONSDAGENE 1992

**Emne:** Motorisk utvikling.

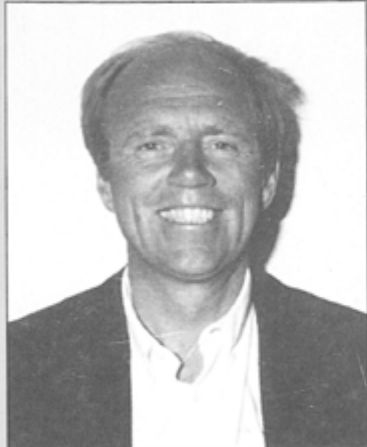
**Ressursperson:** Fysioterapeut Aud Marie Øien.

### PROGRAM

Helsesøstre, lege og fysioterapeut undersøker seks barn i alder 1-8 mndr. i løpet av en dag.

God tid for samtale og veiledet undersøkelse.

# Praktiske rutiner for kvalitetssikring i allmennpraksis



*Steffen Steffensrud driver praksis på Vik ved Hønefoss. Spesialist og veileder i allmennmedisin. Firebarnsfar som liker å male og leke med barnas modellfly.*

---

Tekst: Steffen Steffensrud

---

I kurs og tidsskriftartikler kommer stadig informasjon om kvalitetssikring. I artikkelen drøftes et praktisk opplegg for erfaringsutveksling. Leger og medarbeidere er trukket med i en helgesamling for gjennomgang av egne og andres arbeidsvaner for å heve standarden på sin egen allmennpraksis.

## **Utgangspunkt i utdanningsgruppe**

Bakgrunnen for opplegget vårt er gruppevirksomheten i den all-

mennmedisinske spesialistutdanningen (1). Gjennom det to år lange utdanningsprogrammet blir gruppedeltakerne godt kjent med hverandre og i noen grad med de forskjellige arbeidsmetodikk. Dette potensiale ønsket gruppen å utnytte gjennom en strukturert gjennomgang av praktiske, kvalitetsfremmende prosedyrer i allmennpraksis. I dette arbeidet ønsket vi å trekke med hjelpepersonellet på kontoret. De spiller en viktig rolle, er ofte en uutnyttet ressurs og er ikke tidligere trukket inn i utdanningsprogrammet.

## **Praktisk gjennomføring**

Vår gruppe brukte en fredag ettermiddag og en lørdag formiddag på opplegget. Kurset ble lagt til et enkelt overnattingssted. En lengre ettermiddag på kantina eller i et større lokale kan nok også benyttes. Men det er sjelden medarbeiderne våre inviteres ut sammenliknet med oss, og derfor kan man jo benytte noe av driftens overskudd til en blomst for de ansatte.

En måneds tid før samlingen ble det bestemt hvilke problemstillinger som skulle drøftes. Den enkelte deltaker brukte denne tiden til forberedelse, og hvert legekantor forberedte en problemstilling. Både leger og medarbeider er forutsatt å være med i forberedelse og presentasjon. Pedagogisk sett vil gjerne informasjon fra medarbeider til med-

arbeider fenge godt (2). Diskusjoner oppstår ofte, og tidsrammen blir erfaringsmessig knapp. En av forsamlingens mer velordnede bør nok styre møtet og lage et referat som sendes deltakerne. Perifere emner settes opp mot slutten i fall man ikke rekker gjennom.

Ved fastlønnsstillinger er det ikke urimelig at man søker på kommunens kurspott. Kursinnhold og timer bør også forelegges den lokale kurskomité på forhånd for godkjenning.

Nedenfor følger en kort framstilling over de problemstillingene vi valgte å ta opp. Innlegget fra hvert kontor bør vare 10-15 minutter. Helst legges det fram av medarbeider, eventuelt i fellesskap med legen. Det bør være praktisk rettet, gjerne med mange gode tips som kan stjeles: Slik gjør eller skulle vi gjerne gjort det hos oss! Etter hvert innlegg bør det være rom for noen minutters kommentarer og diskusjon.

## **Telefonhenvendelser**

Hvordan skal vi sikre at pasienter med behov for øyeblikkelig legehjelp når fram på telefonen? Hvor mange telefonlinjer trenger vi? Er det behov for en egen «øyeblikkelig hjelp-linje»? Telefongjengelighet er nylig diskutert i to artikler i «Tidsskriftet» (3, 4).

Hvordan håndterer vi denne inngående telefontrafikken? Erfaringer med ulike ordninger for

telefonid og svarprosedyrer ble diskutert. Hvem gir hva av råd og veiledning på telefonen? Forhold ved ansvarsfordeling og hjelpepersonellens erfaring ble et livlig diskusjonstema hos oss. Hos noen krever legen en journalføring av alle råd som gis fra legekontoret ved innringing. Er dette nødvendig?

### Reseptskriving og medikamentutdeling

Vet pasienten hva han får og for hva? Hvilke rutiner har vi for reseptskriving, kontroll av at medikament og dosering er riktig og at dette journalføres? Hva kan hjelpepersonellet si ja til? Bruk av dosetter. Oppsjekking av evighetsreitering for heimesjukepleien. Kjøreregler for forskrivning av B-preparater. Rutiner for samarbeid med andre etater vedrørende medikasjon? Har vi noe system for bivirkningsrapportering? I forbindelse med sprøytesetting vil det ofte være et behov for klargjøring av hvem som skal gjøre hva og hvor.

### Laboratoriarbeid

I denne bolken tok vi for oss ulike rutiner og prosedyrer i laboratoriarbeidet. Hvem er ansvarlig for ettersyn, kalibrering og kvalitetssikring av ulike analyseapparatur? Hvordan gjør vi det? Stikkord er tilsending av standardprøver, tips om vedlikehold og rengjøring, sjekking av uventede analyseresultater, statistikkføring og kontaktperson overfor institusjonslaboratorium. Protokollering av hva som er gjort er viktig. Blodtrykksapparat, tonometer og annen apparatur som brukes utenfor laboratoriet kan med fordel trekkes inn i de samme rutinene. Hvordan føres prøvesvar, hvordan gås de gjennom av legen og hvordan formidles prøvesvar til pasientene? Andre rutiner ble også drøftet:

- Prosedyrer for desinfeksjon og vask.
- Sterilisering og pakking av flegangsutstyr.
- Smitteforebyggende tiltak.
- Adresseliste over leverandører.
- Innkjøpsordning som opprettholder lageret.

### Pasientinformasjon

Hvordan driver vi pasientinformasjon? Hvem gjør hva, og er det en optimal oppgavefordeling? Hvilke hjelpemidler og materiell bruker vi? Ansvar for orden på venterommet tillegges hjelpepersonellet. Informasjonsfoldere, hylleoppsett for brosjyrer og oppslag kan legges elegant opp, og noen er flinke til dette.

I hvilken grad kan og bør vi trekke hjelpepersonellet videre med i pasientveiledningen? Kan man f.eks. med fordel benytte dem til opplæring av diabetikere og til å gi kostholdsråd? Hvor går grensen? En del kurs er åpne både for lege og medhjelper. Bør vi selv legge mer arbeid i opplæring av medhjelperne våre?

### Pasienthenvendelser

I denne delen så vi på rutiner for det direkte pasientmottaket. Vi ønsket å se på om vi har oversikt over hvem som venter på hva slik at akutt legebehov blir dekket, og at ingen blir sittende uten å komme inn. Beskjedne pasienter fins fortsatt! Hvordan skal vi hindre at den beskjedne Steffen fra de dype skoger blir sittende hele dagen? Han kom uten time, men har absolutt et legebehov. Hvordan fanges han opp?

Et viktig spørsmål er hvilke fullmakter og retningslinjer hjelpepersonellet skal operere etter. En diskusjon om dette med en rask organgjennomgang kan ofte være pedagogisk nyttig både for oss selv og hjelpepersonellet. Utflod hos mann kommer inn på

dagen, mens kvinner med utflod kan vente! Slike praktiske forhold er også omtalt i en lærebok for hjelpepersonellet (5).

Hva kan man overlate til medhjelper av direkte konsultativ art? Eksempler kan være utfylling av deler av svangerskapsjournal eller andre standardiserte journaler, sårstell, blodtrykksmåling, og pasientveiledning som tidligere nevnt. Hvor bør grensen gå?

### Edb-bruk

For spøk kan man si at det bare er damplene som ennå ikke har anskaffet data. For de fleste vil det derfor være aktuelt å ta opp dette emnet. Hvordan har vi lært opp medarbeiderne i edb-bruk? I hvilken grad utnytter vi de mange mulighetene dagens edb-baserte journalsystemer gir blant annet til evaluering av egen praksis? Kanskje bør man la en av de datafrelste snakke litt om hvilke muligheter som fins og aller helst demonstrere dette ved praktiske eksempler og konkrete tall fra egen praksis.

*Lykke til med arrangementet!*

*En takk til kollega Sigurd Rosenberg, Hønefoss og hans veiledergruppe som har utprøvet prosjektet.*

*Steffen Steffensrud  
3530 Røyse*

### LITTERATUR.

1. Westin S. Utdanningshåndbok for allmennpraktikere. Gyldendal/Den norske lægeförening 1985.
2. Madsen KB. Motivasjon. Cappelen 1971.
3. Nordby K et al. Telefongjengeligheit i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægefören 1993; 113: 1595-6.
4. Otterstad HK, Bomann-Larsen P. Telefongjengeligheit til primærleger i Tønsberg og omegn 1989-91. Tidsskr Nor Lægefören 1993; 113: 1597-9.
5. Marklund B. Symptom, råd og tiltak. Gyldendal 1983.

# VONDT I HODET! VONDT I MAGEN! VONDT I BEINA!

Tekst:  
Kommunelege Ida Garløw

*Lille trille lå på hylle  
lille trille trillet ned.  
Ingen mann i dette land  
lille trille hjelpe kan.*

Et gammelt barnerim som vi alle er flasket opp med.

Budskapet er klart: ingen kan reparere den lille som er gått i stykker.

Likevel leies og bæres daglig tusenvis av barn og unge til oss på legekantoret i håp om at nettopp vi kan reparere.

Noen av barna har, som noen voksne, klare lidelser som vi diagnostiserer og reparerer etter kunstens regler.

I andre tilfelle kan vi forklare symptomer og vente på at det skal gå over.

Atter andre ganger «finner vi ingen forklarlig årsak til plagene».

Ofte blir vi slått av misforholdet mellom opplevd eller angitt smerte på den ene siden og objektive funn på den annen side.

## **Barn med «uforklarlig smerte». Kan vi hjelpe dem?**

Vi ser barn med «små» sykdommer og store klager og vi ser barn med alvorlige kroniske, kanskje invalidiserende sykdommer som lever tilsynelatende godt, tross alle sine vansker.

Virkeligheten er full av tilstander vi bare delvis forstår, også hos barna.

Som skoleleger må vi forholde oss til at sånn omtrent hvert tiende barn har residiverende magesmerter, noen av dem vil oppsøke oss, og hos de fleste finner vi ingenting.

Vi ser barn med det vi har lært oss å kalle for voksesmerter i beina uten at vi helt vet hva det betyr.

Virkeligheten er også full av ukeblader og dagsaviser som skriver om hva vi leger gjør av gale ting og om det vi skulle ha gjort. Hærskarere av paramedisinere står klare til å overta der folk synes vi kommer til kort.

I noen tid har det vært vanlig å kalle endel sykdommer for «psykosomatiske». Astma, ulcerocolitt og Crohns sykdom er eksempler på dette.

Studier av disse tilstandene har lært oss noe om hvordan psy-

kiske faktorer kan påvirke et sykdomsforløp og gi seg organisk manifeste utslag.

Begrepet «psykosomatiske lidelser» er nå iferd med å gå av moten, og en er iferd med å gå over til å betrakte alle sykdommer på et kontinuerlig spekter der psykiske og organiske årsaker spiller varierende grad av rolle i etiologien.

### **Hvorfor har barna vondt?**

En regner med årsaker fra hele dette spekteret:

1. Utviklingsmessige årsaker:  
*«fysical growth does not  
cause pain,  
but emotional growth  
can hurt like hell»  
Apley-63.*

( Er det følelseslivet som vokser så det knaker i de lange rørkneklene i beina?)

– Evne til å skille fysisk smerte fra «sjelesmerte» er sannsynlig-

vis et modningsspørsmål, endel av det vi lærer i vår utvikling som mennesker. (Noe som noen, som kjent, aldri «lærer».)

- En antar at det er risikoaldere der symptomer lettere utløses eller forsterkes.

## 2. Biologiske årsaker:

*«People are precariously adjusted machines, walking bags of intestines boxes of telephone nerves ready to go wrong at any minute»*

Olaf Stapleton-32.

(Hvorfor i all verden går det vanligvis så bra?)

Endel nyere forskning har lært oss mer om sammenhengen mellom biologiske prosesser og psykiske opplevelser. Særlig gjelder dette i immunologiske og hormonelle prosesser.

Fenomenet hyperreaktivitet f.eks. i luftveissykdommer er godt studert og sammenhengen mellom astmatiske reaksjoner og psykiske opplevelser er godt etablert. Det har vært hevdet at vi også har slik varierende grad av hyperreaktivitet i slimhinnene i magetarmsystemet, hvilket i så fall forklarer at Lise har vondt i magen mens Per får astmaanfall når noe går galt.

Kanskje er det også slike biologiske, tildels genetiske fenomener som studeres i spedbarnsforskning der en er opptatt av nyfødte spedbarns ulike temperament og ulike toleranse for ytre stimuli. Som mødre bestandig har visst: Noen spedbarn er irritable, vekkes ved minste berøring og hyler nesten uansett hva en gjør med dem mens andre sover når de sover og våkner når de skal våkne, smiler når de skal smile og spiser når de skal spise.



LILLE TRILLE SATT PÅ HYLLE



LILLE TRILLE KANLET MED



INGEN MANN I DETTE LAND



LILLE TRILLE HELE KAN.

## 3. Psykologiske årsaker.

Et stille og innesluttet barn kan ha store vansker med å snakke om hva han føler, kanskje er det tryggere å snakke om magesmerter.

## 4. Sosiale årsaker.

Et isolert barn vil lett ty til smertene – med ytterligere isolering som resultat.

Den som har hatt en ekte skolefobiker å jobbe med, har erfart hvordan smerter kan få en helt sentral rolle i en sosial sammenheng.

## 5. Familiære årsaker.

I den klassiske skolevegrers familie kan en ofte se et tett forhold mellom, vanligvis mor, og barnet. Far står gjerne utenfor. Når bar-

net blir hjemme fra skolen er det gjerne for å passe på mor, i meldingsboka (og i de involvertes bevissthet) er årsaken gjerne vondt i hodet eller i magen.

Det er også fornuftig å ta utgangspunkt i at flere årsaker kan være tilstede, henholdsvis som disponerende, utløsende og opprettholdende faktorer.

For eksempel; Ole som er hjemme fra skolen i flere måneder på grunn av vondt i magen har han kanskje en disposisjon som i stor grad er biologisk betinget til å få smerter akkurat i magen?

Utløsende var gjerne en akutt mage/tarm historie mens smertene videre opprettholdes i dynamikken som oppstår i hjemme og mellom hjem og skole.

## Hva kommuniseres?

Kommunikasjonsaspektet er viktig og. Mange av disse barna har mye å fortelle:

- Om tristhet
- Om angst og redsel
- Om behov for omsorg
- Om vonde opplevelser som er så vonde at de ikke kan settes ord på eller kanskje ikke huskes. Jeg tenker selvsagt blant annet på forskjellige overgrep. Retrospektivt har nesten alle incestofre hatt «uforståelige» magesmerter.

## Smerte er en løsning!

Mor og far skiller seg ikke så lenge Per er syk.

Så lenge de bekymrer seg for smertene krangler de kanskje ikke engang.

Noen ganger er det smertene som gjør at en får sitte på fanget eller får bo noen dager ekstra på sykehuset der de er så snille.

## Hvem kommuniserer man med?

Moderne barn og særlig barn med vondter kan ha et stort og komplisert, ofte ganske spredt nettverk.

Primærlegen er sjelden særlig sentral.

## Kan primærlegen hjelpe disse barna?

Jeg ønsker jeg hadde en kjapp oppskrift i noen få og enkle punkter.

Jeg skal prøve å gi et forslag til arbeidsprogram som jeg tror er brukbart i allmennpraksis. Dere skal og få en utstyrliste og noen advarsler:

Vi trenger:

- Tid og interesse for barnet og familien.
- Is i magen så vi ikke lar oss forlede ut i en masse undersøkelser som ikke er medisinsk begrunnet.
- Den berømte reven bak øret som sier ifra når det (likevel) er apendicitt på gang.
- Noen ideer om hvem vi skal jobbe med i allmenpraksis og hvem som skal henvises videre, og til hvem.
- En plan med arbeidet.
- Ingen faste medikamenter(?)

Oftest kan vi og ha nytte av:

- Medarbeidere: en lærer, helse-søster, en fra PPR.
- Støtte eller veiledning fra kolleger i 1. eller 2. linje tjenesten.
- en dagbok.

## Arbeidsprogram:

Ryddighet og forutsigelighet er en forutsetning for trygghet.

Vi må regne med at disse barna, ofte hele familien, er utrygge. Arbeidsprogrammet må introduseres tidlig for familien og barnet og det må følges av doktoren.

Mitt arbeidsprogram er ikke særlig kontroversielt og ikke særlig originalt.

- 1 Utredning
- 2 Tillbakemelding (diagnose)
- 3 Behandling

Jeg tror det kan brukes i forbindelse med alle typer smerter av noen varighet, kanskje særlig i mage og hode:

Et hovedpoeng er at doktoren klart skiller, både overfor seg selv og for barnet og familien hvilken fase vi til enhver tid befinner oss i.

## Utredning

**Anamnese** (En god anamnese er som vanlig starten på all god utredning).

Kjenner vi familien fra før? Vi skaffer oss greie på det vi må vite for «somatikken». Vi vil òg vite noe om barnets situasjon i skole, hjem og fritid og om smertenes opptreden i forhold til dette.

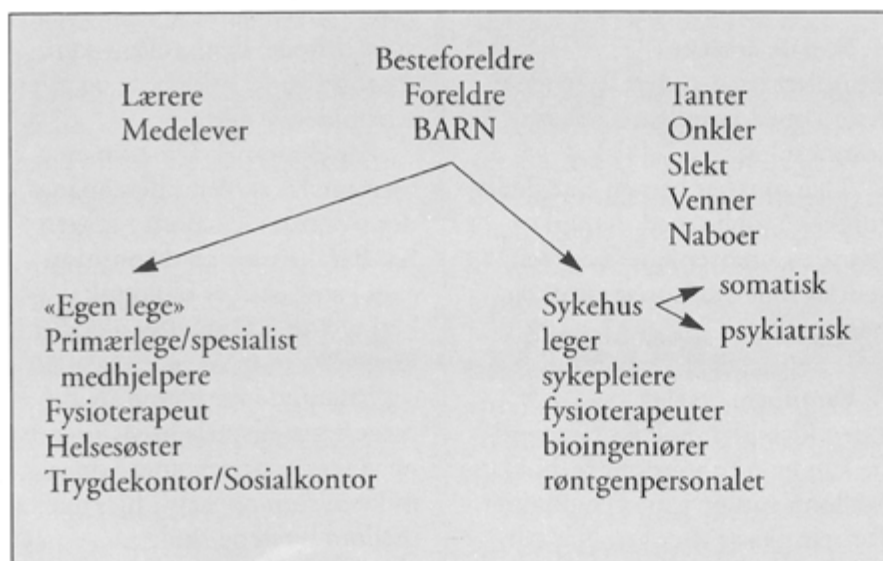
**Undersøkelsen** er i utgangspunktet en vanlig somatisk undersøkelse, målrettet med vekt på lokal status og allmenntilstand.

Samtidig foretar vi en liten «Barnepsykiatrisk» vurdering: er barnet engstelig eller trygt, eller kanskje ukritisk, hva slags kontakt får vi? Hvordan reagerer barnet på å bli undersøkt? Hvordan er samspill med mor og far?

Tilsist: er det behov for supplerende undersøkelser? eller for komparentopplysninger fra skole/barnehage/helsestasjon?

Vi innhenter evt tillatelse til å få dette.

Kontrollspørsmål: har begge foreldre gitt sin versjon av anamnesen?





Vi husker å gi familien ny time, for å fortsette utredningen (har en tid bør en ta den til hjelp) eller for å gi tilbakemelding. Obs: har vi husket alle de involverte. Hvor er far? Er dette en familie der mormor er ideologisk leder?

Prinsippet om å alliere seg med alle som har noe å bidra med (eller som kan tenkes å lage trøbbel er viktig)

### Tilbakemelding til barn og begge foreldre

Kan far komme likevel? Skal vi utsette tilbakemelding til far kan komme? Skal mormor være med, skal hun innkalles senere?

*Vi tilbakemelder:*

- hva har vi undersøkt somatisk/litt om hva vi har sett etter
- hva har vi funnet
- Hva sier anamnese og undersøkelser og vår lille barnepsykiatriske oss?/hvordan vurderer vi dette alt i alt

*Hvilke konklusjoner har vi trukket?*

- Trenger vi flere undersøkelser?
- Trenger vi å henvise videre?
- Er det fortsatt noe vi synes vi ikke forstår eller faller bitene i puslespillet på plass?
- Hvordan vil vi følge opp dette videre?

*Så ordet fritt:*

- Hvordan reagerer familien på vår tilbakemelding? Kjenner de seg igjen? Og hvordan reagerer barnet?
- Hva er ennå uklart for barnet/for familien/for legen?
- Hva kan vi gjøre for å bringe nærmere klarhet?
- Husk det er legen som bestemmer hvilke undersøkelser som skal gjøres og når.
- Skal vi utrede mer eller skal vi gå over til fase 3: Behandling.

### Behandling

Mange ganger har vi vel stått akkurat her:

Jeg synes jeg har gjort en OK jobb og heldigvis er det jo ikke funnet «noe galt», men hva så? Noen ganger er vi nå ferdige og problemet er løst, smertene er vekk eller er til å leve med, men andre ganger er det nå det begynner.

Det er to jobber som står igjen:

- Vi skal ivareta barnet, helst redusere smerten.
- Vi skal overbevise tvilende foreldre.

### Barnet

Vi snakker direkte til barnet. Vi tar initiativ til at barnet kommer tilbake, med eller uten foreldre, alt etter barnets alder og situasjonen forøvrig.

Vi holder fast ved og gjentar det vi allerede har tilbakemeldt om hvordan vi oppfatter smertene.

Vi lar barnet få del i det vi vet om kroppen som gjelder oss alle: kroppen er en sladrebank som sier fra til oss når noe er galt. Noen ganger lurar kroppen oss til å tro at det vonde sitter i magen, mens det kanskje er hele gutten eller jenta som ikke har det så godt, noen ganger er problemene kanskje egentlig på skolen eller hjemme.

### Dagboka

Føring av dagbok er en måte å jobbe nokså konkret og direkte som krever en viss alder og modenhet hos barnet.

Metoden er godt utprøvd. Mange vil kjenne den igjen fra enuresebehandling.

I boka skriver barnet dag for dag:

- Hvordan var dagen?
- Hva gjorde du?
- Hva var bra?

- Hva var dumt?
- Kjente du noe i magen?  
Når/Hva?

Barnet skal få vite hvorfor vi jobber sånn:

Dagboka er for at vi to sammen skal forstå mer av smertene dine.

Flere regler:

- Vi snakker om allminnelige ting.
- Vi venter til barnet er klart for å snakke om det som er vanskelig.
- Vi avtaler hva mor og far skal få vite.
- Vi avtaler kanskje at barnet skal ha en fortrolig, feks på skolen.
- Vi presenterer en tidsplan: først vil jeg du skal komme hver tredje uke tre ganger så avtaler vi hvordan vi jobber videre etter det.
- Vi gir barnet ny time.

Med andre ord: Vi forsøker å hjelpe barnet til å ta tilbake kontrollen over en kropp som er blitt ustyrlig på grunn av uforklarlige og skremmende smerter.

### Del 2: Å overbevise tvilende foreldre

Skjær i sjøen:

*1. Hvor er far?*

Er det virkelig slik at han ikke kan komme?

*2. Tvilen:* Holde fast på utredningen som er gjort og konklusjonen som er tilbakemeldt.

Komme tvilen i møte, snakke om Tante Agnes som døde av kreft «fordi legen ikke forstod hva hun feilte før det var for sent».

*Forts på side 229*

# Legeerklæring og førerkort til eldre – fungerer ordningen tilfredsstillende?

Første dag på kontoret etter ferien sitter jeg og koser meg sammen med pasientene. Fru N.N. har nettopp vært innom. Hun har vært mye syk og plaget av voldsom svimmelhet. Men i dag er det noe bedre og hun er mer optimistisk enn på lenge. Mannen som er 72 år venter på henne og de reiser hjem sammen.

To minutter seinere hører jeg den umiskjennelige lyden av biler som kolliderer. Jeg kikker ut og foran kontorvinduet ser jeg en semitrailer som har kjørt inn i sida på en personbil og omskapt den til det ugjenkjennelige. Jeg løper ut og ser fru N.N. og hennes mann sitte livløse i den forvridde bilen. Jeg konstaterer fort

at her er det lite jeg kan gjøre. Obduksjonsrapporten konkluderer også med brudd på C1 og hjernestammeskade hos min pasient. Mannen døde av store hode- og brystskader.

Dette er andre ulykken utenfor mitt kontor hvor pensjonister som har vært på besøk hos meg kjører inn i døden. En tredje ulykke hvor et eldre ektepar kolliderer med en annen personbil førte til personsaker, men ikke livstruende.

Den siste ulykken blåser liv i en gammel debatt om det farlige veikrysset ved legekantoret. Her har det ikke vært tale om fartsoverskridelser, men uoversiktlig kryss med stor trafikk og farlig utkjøring midt i krysset. Noen med interesser i saken poengterte at det er bilføreren som kjører ut i krysset som alltid er ansvarlig. Andre legger ansvaret på de gamle

sjåførene som ikke er oppmerksomme nok i dagens trafikkbilde.

Jeg sitter igjen og tenker at det er mine pasienter som etter å ha vært på legekantoret, hvor de har søkt legehjelp, ender som offer i en dødsmaskin. Hvor mange skal jeg kurere for sykdommer og plager for å oppveie denne negative balanse?

En slik sak har mange sider og nyanser av sannhet. Det er åpenbart at mange eldre mennesker som innehar førerkort ikke er i stand til å reagere raskt nok i en del situasjoner i dagens trafikk. En del av dem tar konsekvensen av det og kjører ikke på sterkt trafikkerte veier, eller de lar rett og slett bilen stå eller selger den. Men relativt mange tenker som så at de har da kjørt bil i mange år og har langt mere erfaring enn de fleste unge sjåførere. Og i tillegg har de stort behov for å kunne kjøre bil – til doktoren, til butikken og til offentlige kontorer. Hvis de ikke får beholde førerkortet mister livet mye av sin mening og det oppstår en alvorlig sprekk i deres selvbilde.

Og vi som doktorer tenker i samme baner. Disse gamle sjåførene kjører da så lite og så har de jo virkelig behov for å kunne kjøre disse få kilometrene i året. Og i tillegg kjenner vi dem så godt at det er sterkt ulystbetont å skulle nekte dem ny kjøretillatelse. Vi har da møtt dem som etter å ha mistet førerkortet svinner hen og dør etter få måneder fordi livet ikke har noen mening lenger. Faglig sett kan vi også forsvare oss med at det ikke feiler dem noe



medisinsk. Å måle konsentrasjons-  
evne og oppmerksomhet i trafik-  
ken er ofte vanskelig å utføre på  
legekontoret og egner seg bedre å  
teste ute i en trafikk situasjon.

Sist gang vi hadde en pensjo-  
nist hvor det var mistanke om at  
hans kjøreferdigheter ikke holdt  
mål drøftet min kollega og jeg  
problemstillingen. Han var 86 år  
og virket på det tidspunktet men-  
talt helt upåfallende. Hans helse  
var meget bra, men vi hadde  
observasjoner av ham ute i bygda  
og hadde fått henvendelser på at  
han oppførte seg underlig i tra-  
fikken. Av denne grunn ble det  
bedt om at han kunne få kjøretur  
med biltilsynet for å teste hans  
ferdigheter. Dette ble avslått. Bil-  
tilsynet har ikke kapasitet og hel-  
ler ikke nødvendig hjemmel for å  
inndra et førerkort på slikt  
grunnlag. Etter kontakt med Fyl-  
keslegen ble man enige om at  
pasienten burde henvises til en  
geriater som så skulle gi en utta-  
else. Denne konkluderte med at  
pasienten nok var litt alderspre-  
get, men han fungerte likevel så  
bra i konsultasjonen med spesia-  
listen at denne mente han fortsatt  
kunne kjøre bil.

Ordningen med legeattest for  
førerkort til personer over 70 år  
fungerer ikke tilfredsstillende. Jeg  
vil anta at mange også kjører uten  
å ha sørget for å få utstedt det  
nødvendige papir fordi de har  
glemt eller bevisst unnlater å gå  
til lege. Sjøføren i den siste døds-  
ulykken utenfor mitt kontor har  
trolig ikke sørget for å skaffe seg  
nødvendig attest (men han ville  
trolig ha fått det uten problemer  
da det ikke var spesielt helsemes-  
sig kontraindikasjoner mot bil-  
kjøring så langt jeg kjente ham.)

Vi bør få en ordning der sjåfø-  
rer over en viss alder (f.eks. 70 år)  
må gjennomgå en test med kjøre-  
lærer for å få vurdert kjøreferdig-  
hetene. Denne testen bør gjentas  
ca. annethvert år, kanskje hvert år  
etter fylte 80 år. Et slikt krav må

### **Forts. fra side 227**

#### *Barn med uforklarlig smerte...*

#### *3. Skammen, skyldfølelsen, fordom- mene og alle fantasiene:*

- Har han virkelig «psykiske  
problemer» ?
- Blir han gal ?
- Er det vår feil ?
- Er det bare noe han innbill-  
er seg?

Vi må regne med at alle disse  
spørsmålene svirrer til det mot-  
satte er bevist.

#### *4. Fast grunn under føttene får vi kanskje først når familien begynner å erfare påny:*

Ole har mindre vondt når han  
ikke er så redd eller når han selv  
begynner å få kontroll over smer-  
tene. Det går an å snakke litt  
annerledes om det.

Det er faktisk mange andre og  
hyggeligere ting en familie kan  
interessere seg for enn magesmer-  
ter

I foreldrekontakten kan vi  
også av og til få dreiet oppmerk-  
somheten over til den «egentlige»  
pasienten. Kanskje det er mor  
eller far som trenger hjelp for sin  
del.

#### *5. Noen vil takke nei til tilbudet vårt og gå videre på «den somatis-*

ke vei», de vil oppsøke en annen  
lege og vi må håpe:

- At barnet der får den hjelp det  
trenger
- ikke trenger gå gjennom altfor  
mange unødvendige /risikable  
undersøkelser.

Jeg tror likevel de fleste vil møte  
oss med tillit og godta våre vurde-  
ringer så lenge vi

- har tid til å høre.
- forklarer hva vi tenker.
- begrunner det vi gjør og ikke  
gjør.

Jeg tror og noen av disse barna er  
for kompliserte og ikke minst for  
tidkrevende for oss i allmennprak-  
sis. Noen må vi henvise videre.

- Til barneavdelingen for nøyere  
kartlegging av somatikken
- Til barnepsykiatrien
- Til barnevernet?

Likevel : det er mange igjen til oss!

Lykke til, som kjent er det tid-  
krevende, men også spennende å  
hjelpe barn som snakker med  
kroppen sin til å fortelle mer med  
ord!

*Ida Garløw  
4330 Ålgård*

kunne begrunnes med at dagens  
trafikk krever større årvåkenhet  
og reaksjonsevne enn det mange  
eldre er i besittelse av og erfaring-  
er om at eldre bilførere er invol-  
vert i mange trafikkulykker.  
Alternativt kunne man tenke seg  
at legen ved den medisinske  
undersøkelse skal kunne henvise  
til slik kjøretest i de tilfeller dette  
anses nødvendig. Almenpraktise-  
rende leger kan ikke sitte med

eneansvaret for at eldre mennes-  
ker representerer en sikkerhetsri-  
siko i trafikken.

*Kommunelege*

*Redaksjonen har mottatt dette inn-  
legget, som vi mener reiser viktige  
spørsmål til debatt. Gunnlaget for  
innlegget er en reell hendelse. Av  
hensyn til aktuelle personer, samt  
legen, blir innlegget publisert i  
anonymisert form.*

Forts. fra side 221  
«Ulvetid»

torer uten at barn og barnefamilier er målgruppen. Og da trenger kommunen en oppgående helsestasjon. Ha derfor et godt øye til helsestasjonen og hjelp helsestasjonsfolkene å hjelpe seg selv. Ett bidrag er å verne helsestasjonen i budsjettarbeidet. Et annet kan være å presentere lokale data om barnehelse og om den kommunale innsatsen for å møte ungenes behov. Dette blir kommunelege I's hjemmelekse.

*Per Stensland  
5800 Sogndal*

#### LITTERATUR.

1. Heian F, Misvær N. Helsestasjonsboka. Oslo, Kommuneforlaget 1989.
2. Stensland P. Helse for alle barn i Sogndal? - Helsestasjonen ser fram mot år 2000. Utposten 1992; 4: 176-80.
3. Langhammer A, Launes G, Markussen F, Torp T. Samfunnsmedisinske utfordringer i arbeidet for en bedret barnehelse med fokus på helsestasjonen. I: Utfordringer i Kommunehelsetjenesten, Kommunelegekurset 1992. Folkehelse 1992.

#### HELSESTASJONSDAGENE 1993

**Emne:** Innholdet i helsestasjonsgruppene.

**Ressursperson:** Barnelege Ole Sverre Haga.

#### PROGRAM

Vi samles uten barn og foreldre og holder innlegg for hverandre i to dager.

- \* Lege: Forslag til forbedret 6 ukersgruppe.
- \* Helsesøster: Forslag til forbedret 6 månedersgruppe.
- \* Video tatt av 12 månedersgruppe på vår helsestasjon.
- \* Helsesøster: Forslag til forbedret 2 1/2 årsgruppe.
- \* Helsesøster: Forslag til forbedret 4 1/2 årsgruppe.
- \* Oppsummering.

Rikelig tid - kaffe og kaker kontinuerlig.

# OBS – OBS!

**Sett av tiden  
10.–15. oktober 1994, og  
kom til Soria Moria og Lysebu!**

**Da arrangeres:  
Primærmedisinsk uke 1994!**

## Kvelds- arrangementer på Nidaros- kongressen

**18.– 22. oktober 1993**

Hyggekveld med billedkunst og jazzmusikk i Trondheim Kunstforening tirsdag 19. oktober kl. 20.00. Pris kr. 99,-.

«Mimrekveld» med John Lennon-låter i nattklubben Opera på Royal Garden Hotell. Pris kr. 100,-.

Trøndelag Teater tilbyr forestillingene Dr. Jekyll og Mr. Hyde på Hovedscenen og Høstdains på Teaterloftet. Start kl. 19.30.

Kongresspub i kjelleren på Olavskvartalet – Bierstube. Alle kvelder fra kl. 17.00 til kl. 01.00.

NSAM feirer 10-års jubileum med festmiddag tirsdag 19. oktober kl. 19.30 i restaurant Cicignon på Royal Garden Hotel.

Kongressmiddag torsdag 21. oktober kl. 19.00 på Royal Garden Hotel.

## Det obsternasige hjertet!

Jeg skriver så mye ...

Brev, notater, rundskriv, anmodninger, henlydninger, meldingsbøker, handletapper, huskelister, bankgiroer  
gule lapper ...

- så jeg får ikke tid til å skrive.

Jeg leser så mye ...

Dokumenter, referater, henlydninger, anmodninger, rundskriv, oversikter, utdrag, aviser, beskjeder ...

- så jeg får ikke tid til å lese.

så mye å gjøre ...

Slik hang jeg i stroppen og strikken strakk  
til hjertet i protest gav et lite attack  
Det strammet inn kammene  
skifta takth.

Hjertet ble såret og gav meg et stikk.  
- det gjorde rebell og gav sin appell.

"Hører du ikke på bønn og fornuft  
da må jeg slik gripe til makt  
Du ødet din livstid og krefter nå  
og går med deg selv et i takt  
Det var ikke slik du skulle leve  
det handlet da ikke kun om å streve  
Det må også finnes en indre ro  
Snu deg iblandt - se dine spor ...  
Kommer det noen - ser du det grov."

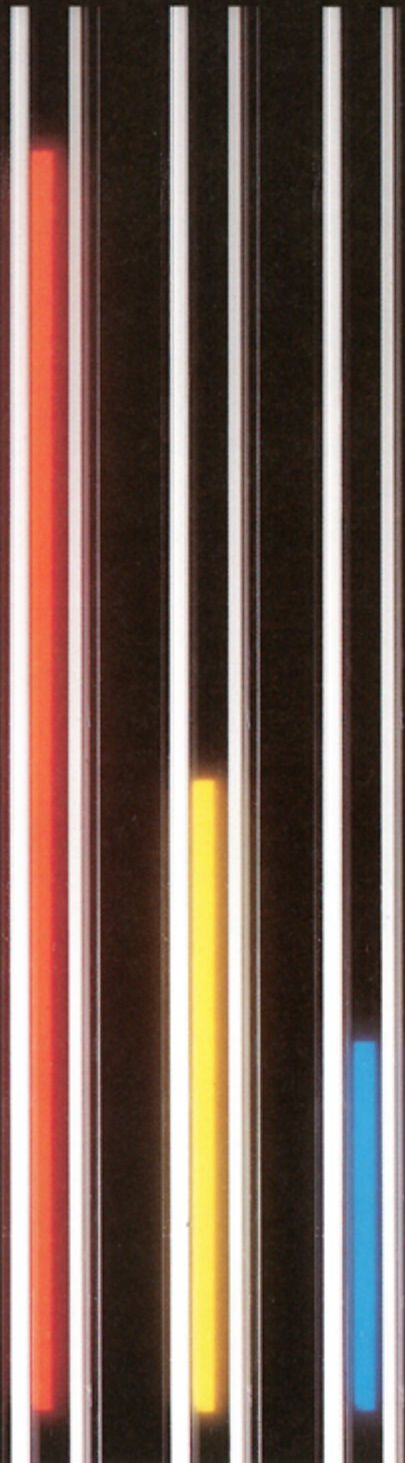
Hvordan skal man kjempe en slik duell  
Der den farlige motstanderen er en selv?

Hari Lien


# 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

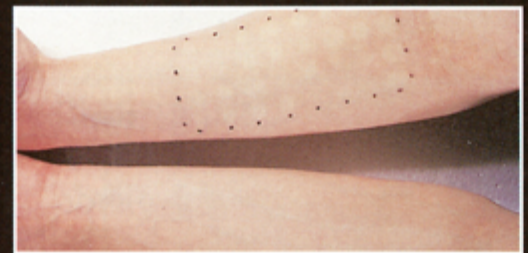


Vasokonstriksjonstest:  
n=12

 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. lunge etter ref. 1.

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

Budesonid  
**Pulmicort®**  
 Turbuhaler



**Pust inn - det er alt**

# Større fleksibilitet i astmabehandlingen

**Pulmicort® Turbuhaler®  
behandler inflammasjonen**

**Bricanyl® Turbuhaler®  
behandler symptomene**



100 µg/dose,  
200 doser  
rent budesonid.

200 µg/dose,  
200 doser  
rent budesonid.

400 µg/dose,  
200 doser  
rent budesonid.

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

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

## PULMICORT TURBUHALER «DRACO»

Kortikosteroid

ATC-nr.: R03B A02

**INHALASJONSPULVER:** 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose: Hver dose inneh.: Budesonid 100 µg resp. 200 µg et 400 µg. **EGENSKAPER:** Ikke-halogenert kortikosteroid med uttalt antiinflammatorisk effekt. Ved bruk av pulverinhalator (Turbuhaler®) oppnås lokal effekt. Preparatet inneholder rent budesonid, dvs. ingen hjelpestoffer eller drivgasser. **Absorpsjon:** Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absorberes derfra. Maks. plasmakonsentrasjon etter inhalasjon av 1 mg budesonid er ca. 3,5 nmol/l og nås etter ca. 20 min. En enkelt dose på 100-1600 µg har en virketid på 10-12 timer. **Metabolisme:** Ca. 90% av dosen som når systemisk kretslop inaktiveres (første passasje). **INDIKASJONER:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller med kromoglikat. **BIVIRKNINGER:** Lett halsirritasjon, hoste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta<sub>2</sub>-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candidainfeksjoner 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 ledsmertner) på grunn av minskt generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være relevant. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være behov for 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 tvungende 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. døgn fordelt på 2-4 doseringstilfeller. 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 slimplugger. **Vedlikeholdsdosen** bør være den lavest mulige som gir tilfredsstillende klinisk effekt, vanligvis 400-800 µg pr. døgn. Under vedlikeholdsbehandling er dosering 2 ganger daglig, dvs. morgenen og kvelden, 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 verken 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 spytt ut etter hvert doseringstilfelle. **PAKNINGER OG PRISER:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 336,60. 200 µg/dose: 200 doser kr. 553,00. 400 µg/dose: 50 doser kr. 312,50. 200 doser kr. 942,90.

T: 2, 30.

## BRICANYL TURBUHALER «DRACO»

Adrenergikum

ATC-nr.: Ro3A C03

**INHALASJONSPULVER** 0,25 mg/dose og 0,5 mg/dose: Bricanyl Turbuhaler: Hver dose inneh.: Terbutalin, sulf. 0,25 mg resp. 0,5 mg. **INDIKASJONER:** Bronkospasme ved bronkialastma, kronisk bronkitt, emfysem og andre lungesykdommer hvor bronkokonstriksjon er en kompliserende faktor. Sekretstagnasjon grunnet nedsatt mucociliær transport som f.eks. ved kronisk bronkitt og cystisk fibrose. **KONTRAINDIKASJONER:** Hypersensitivitet overfor noen av innholdsstoffene. **BIVIRKNINGER:** Tremor og palpitasjoner, spontant reversible i løpet av 1-2 ukers behandling. Etter bruk av inhalasjonsaerosol/inhalasjonsvæske er bronkospasmer sett i sjeldne tilfelle. Dette er ikke observert etter bruk av Turbuhaler. Urtikaria og eksantem kan forekomme. Pga. inhalasjonsaerosolens innhold av freoner som drivgass, har man hos noen pasienter sett et fall i FEV<sub>1</sub> umiddelbart etter doseinntak. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med ukontrollert hypertyreoidisme. Diabetes-pasienter som starter med samtidig terbutalin-terapi bør få sjekket sitt blodsukker nøye pga faren for hyperglykemi. Systemisk bruk av beta<sub>2</sub>-stimulatorer i store doser kan gi rytmeforstyrrelser hos pasienter med koronar hjertesykdom. Hypertrofisk kardiomyopati. Ved all inhalasjonsterapi bør pasientens inhalasjonsteknikk sjekkes regelmessig. Ved bruk av forsteringsapparat bør den optimale dose justeres for hvert enkelt apparat. Pasienten skal oppfordres til å kontakte lege dersom effekten av behandlingen blir dårligere, da gjentatte inhalasjoner ved alvorlige astmaanfall ikke må utsette starten av annen viktig terapi. **GRAVIDITET/AMMING: Overgang i placenta:** Ingen teratogen effekt er påvist i dyreforsøk. Generell forsiktighet i første trimester anbefales. **Overgang i morsmelk:** Passerer over i morsmelk, men noen effekt på barnet er lite sannsynlig ved bruk av terapeutiske doser. **INTERAKSJONER:** Betablokkere, fremfor alt ikke-selektive, kan redusere eller helt oppheve effekten av beta<sub>2</sub>-stimulatorer. **DOSERING: Individuell.** Vanlig dosering: Inhalasjonspulver: 0,25 mg/dose: Voksne og barn over 12 år: 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjoner) hver 6. time eller ved behov. I alvorlige tilfeller inntil 6 doser pr. doseringstilfelle. Maks 24 doser pr. døgn. Barn 3-12 år: 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjoner) hver 6. time eller ved behov. I alvorlige tilfeller inntil 4 doser pr. doseringstilfelle. Maks. 16 doser pr. døgn. 0,50 mg/dose: Voksne og barn over 12 år: 0,50 mg (1 inhalasjon) hver 6. time eller ved behov. I alvorlige tilfeller inntil 3 doser pr. doseringstilfelle. Maks 12 doser pr. døgn. **Barn 3-12 år:** 0,50 mg (1 inhalasjon) hver 6. time eller ved behov. I alvorlige tilfeller kan 2 inhalasjoner tas ved samme doseringstilfelle. Maks. 8 doser pr. døgn. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Mulige symptomer. Hodepine, uro, tremor, toniske muskelkramper, palpitasjoner, arytmier. Av og til blodtrykkfall. Hyperflykemi, laktacidose, hypokalemi (vanligvis ikke behandlingstrengende). **Behandling:** Lette til moderate tilfeller: Reduser dosen - øk deretter dosen sakte dersom en sterkere bronkospasmodisk effekt er ønskelig. **Alvorlige tilfeller:** Magetømming, aktivt kull. Bestem syre-base balansen, blodsukker og elektrolytter. Hjertefrekvensrytme og -trykk monitoreres. Metabolske forandringer korrigeres. En kardioselektiv betablokker (f.eks. metoprolol) anbefales til arytmibehandlingen. Betablokkere bør brukes med forsiktighet pga. muligheten for å indusere bronkial obstruksjon. Dersom den beta<sub>2</sub>-medierte reduksjon av perifer vaskulær motstand vesentlig bidrar til et blodtrykkfall, bør et volumøkende medikament gis. (F:65d sympatomimetika). **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. Når produktet foreskrives til små barn, er det viktig å forsikre seg om at de er i stand til å følge disse instruksjonene. Pasienten trenger verken å føle eller smake noe av pulveret ved inhalasjonen p.g.a. den lille mengde virkestoff som avgis. **PAKNINGER OG PRISER:** Inhalasjonspulver: 0,25 mg: 200 doser kr 131,00, 0,5 mg: 200 doser kr 194,10. 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.

**ASTRA**

Astra Norge

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

# Farmakoterapi i allmennpraksis

24.-26. november 1993

Kurset er godkjent som emnekurs for spesialistutdannelser i allmennmedisin. Det er godkjent for 23 undervisningstimer for spesialistene i allmennmedisin og klinisk farmakologi.

## Målgruppe:

Leger i primærhelsetjenesten og andre yrkesgrupper (farmasøyer) som jobber i primærhelsetjenesten

## Læringsmål:

Allmennpraktikeren skal lære:

Praktisk kunnskap om vanlige behandlingsprinsipper og behandlingsmål.

Vurdere legemidlers effekt hos den enkelte pasient.

Få økt innsikt i egen forskrivningspraksis.

I hvilken grad pasientene bruker medisinen slik legen har forutsatt. Hvordan legen kan samarbeide med apotek om bedre compliance.

## Kurssted:

Lysebu konferansesenter (40 minutter med bane til Voksenkollen stasjon, 10 minutter å gå). De som vil bo på stedet må selv bestille rom (tlf. 22 14 23 90).

## Kursledelse:

Ingrid Matheson, Institutt for farmakoterapi

Trine B. Dybwad, Bogstadveien legegruppe/Institutt for allmennmedisin

Bård Natvig, Glitrelinikken

Olav Rutle, Institutt for allmennmedisin

## Påmelding:

Koordinatorkontoret for legers videre- og etterutdanning, Kirurgisk klinikk, Ullevål sykehus, 0407 Oslo innen 10. oktober 1993.

**Antall deltagere:** 50

## Kursavgift:

Kr. 900 (+ frivillig kr. 700 for lunch og kaffe + kr. 300 for fellesmiddag, betales på forhånd av de som ikke skal bo på konferansestedet).

## Kurslitteratur:

Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell må medbringes.

## Dag 1:

Møteleder: Ingrid Matheson

09.45 Praktiske opplysninger, læringsmål

Ingrid Matheson

10.00 Hva er klinisk farmakologi?

- Individuell følsomhet

- Terapistyring

- Bivirkninger

- Interaksjoner

Odd Brørs

10.40-11.15 Spørsmål om terapistyring

Odd Brørs

11.15-11.30 Pause

11.30-12.45 Gruppeoppgaver (hypertensjon, hjertesvikt, arytmier)

Knud Holck Landmark

12.45-14.00 Lunch

14.00-15.40 Gjennomgåelse av gruppearbeid med innlagt teori

Knud Holck Landmark

15.40-16.00 Pause

16.00-16.45 Osteoporose. Hva er nytt?

Jan Falch

16.50-17.00 Legers kunnskaper og holdninger til østrogen

Ingrid Matheson

17.00-17.30 Spørsmål om østrogen og osteoporosebehandling

Jan Falch

17.45-18.30 Friskis og sveltis (ta på noe lett)

19.00 Fellesmiddag

## Dag 2:

Møteleder: Bård Natvig

08.45-09.30 Kvalitetssirkler, selvevaluering, diagnose-reseptstatistikk

Per Hjortdahl

09.30-10.30 Complianceproblemer. Kvalitetssikring av legemiddelforskrivning

Margareta Falsberg

## Dag 2: forts.

10.30-10.45 Pause

10.45 Gruppeoppgaver (astma)

Olav Kåre Refvem/Øyvind Råstad

12.15 Lunch (ski, svømming)

14.15 Gjennomgåelse av gruppearbeid med teori

Olav Kåre Refvem/Øyvind Råstad

16.00 Kaffe

16.15 Infeksjonsbehandling (LVI)

Morten Lindbæck

17.00 Bruk av antivirale midler

Halvor Rollag

17.30 Slutt

## Dag 3:

Møteleder: Trine B. Dybwad

08.30-09.15 Legemidler og eldre

Knut Laake

09.15-09.45 Seponeringsstrategi for legemidler hos eldre

Jørund Straand

09.45-10.00 Pause

10.00-10.45 Apotek-lege-samarbeid. Hvordan kan det bli bedre?

Hans Asbjørn Holm

10.45-12.15 Gruppeoppgaver (psykiatri)

Bjørn Gunby

12.15-13.45 Lunch

13.45-15.30 Gjennomgåelse av gruppearbeid med teori

Bjørn Gunby

15.30-15.45 Pause

15.45-16.15 B-reseptforskrivning - kan den gjøres bedre?

Trine B. Dybwad

16.15-16.30 Evaluering, avslutning

Ingrid Matheson/Trine B. Dybwad

*Velkommen*



# ABORT?

Ser du tvil hos kvinner som ønsker å avbryte svangerskapet?  
Ønsker du at kvinnene skal ha et godt beslutningsgrunnlag før de tar sitt valg ???

**Ta kontakt med AAN-rådgivningskontor for gravide.**

- \* AAN har utdannede rådgivere med erfaring
- \* AAN gir klientene god tid i samtale
- \* AAN gir klientene oppdatert og saklig informasjon ut fra sosial-, trygde- og abortlov.
- \* AAN tilbyr praktisk hjelp og støtte under og etter svangerskapet.
- \* AANs tjenester er gratis.

For mer informasjon ring 22 41 82 50 eller  
ta kontakt med nærmeste AAN-kontor:



Arendal	37 02 40 25	Kristiansand	38 07 00 45	Sortland	088 24 045
Bergen	05 32 56 77	Lillehammer	61 26 00 49	Stavanger	04 56 16 50
Bodø	081 28 140	Mysen	69 89 23 50	Tromsø	083 89 210
Drammen	32 89 60 75	Namsos	077 70 043	Trondheim	07 53 17 27
Førde	057 26 196	Notodden	35 01 32 70	Tønsberg	33 31 85 99
Gjøvik	61 13 70 33	Oslo	22 41 76 70	Vadsø	085 53 933
Hallingdal	32 08 23 55	Porsgrunn	35 55 91 80	Volda	070 77 960
Haugesund	04 71 77 14	Sarpsborg	69 15 27 10	Ålesund	071 42 073

Alternativ til Abort i Norge består i dag av 24 rådgivningskontor for gravide. AAN er livssynsmessig nøytral og politisk uavhengig. Vi har bred politisk støtte og fikk for 1993 8 millioner kroner i statsstøtte. AAN har ca. 600 frivillige medarbeidere som gjør det mulig å tilby praktisk hjelp som barnevakt og weekendforeldre. AANs mål er at organisasjonens arbeid skal bidra til å redusere antall aborter i Norge.

**Seroxat**<sup>®</sup>  
paroxetin

Svarttjernet  
Kari  
Harald Solbergsvei 28  
1064 OSLO  
3046

**Nytt effektivt  
antidepressivum.**

SEROXAT<sup>®</sup>

paroxetin

SEROXAT<sup>®</sup> • Novo Nordisk •  
Bicyklisk antidepressivum. ATC-nr.: N06A

**TABLETTER 20 mg.** Hver tablett innh. 1 Paroxetin, hydroklorid, tilsvarende paroxetin. 20 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioxyd E171. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Antidepressivum med selektiv virkning på det serotonerge system. *Virkningsmekanisme:* Potent og selektiv serotoninreopptakshemmer der den antidepressive virkningen skyldes en spesifikk hemming av gjenopptaket av serotonin fra den synaptiske spalte. Paroxetin har praktisk talt ingen affinitet til alfa- og betaadrenerge, dopamin D<sub>1</sub>, 5HT<sub>1</sub>, 5HT<sub>2</sub> og histamin H<sub>1</sub> reseptorer. Substansen har lav affinitet til muskarinreseptorer og viser bare svak antikolinerg effekt. Nedsætter ikke psykomotoriske funksjoner og gir ingen potensiering av alkohol. Paroxetin gir ikke forandringer av blodtrykk, hjertefrekvens og EKG av klinisk betydning. Liten sannsynlighet for utløsning av mani hos bipolare pasienter, gunstig effekt på assosiert angst og suicidal tanker allerede etter 1 uke. Effekt vises også på depresjoner som ikke responderer på tricykliske antidepressiva. *Absorpsjon:* Rask og fullstendig fra mage-tarm kanalen, men gjensomgår en doseavhengig first-pass metabolisme. Maksimum plasmakonsentrasjon etter 4-6 timer. *Proteinbinding:* ca. 95%. *Halveringstid:* ca. 24 timer. *Metabolisme:* I lever. Hovedmetabolittene er polare og konjugerende oksidasjons- og metyleringsprodukter som antas å ikke ha en terapeutisk effekt. *Utskillelse:* Ca. 64% som metabolitter i urinen og ca. 36% i feces. **Indikasjon:** Endogen depresjon og andre depressive lidelser. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet overfor preparatet. **Bivirkninger:** Milde og oftest forbigående; avtar som regel i løpet av de første behandlingsukene. Kvalme, somnolens, insomni og ejakulasjonsforstyrrelser er vanlige bivirkninger. Ejakulasjonsforstyrrelsene er reversible ved seponering. Andre bivirkninger er tremor, asteni, munntørhet, tåkesyn, miktjonsforstyrrelser, diarre, obstipasjon og svetting. **Forsiktighetsregler:** Behandling av pasienter med hjertelidelser eller ukontrollert epilepsi. Samtidig behandling med tryptofan. Ved alvorlig nedsatt nyre- og leverfunksjon. Samtidig behandling med MAO-hemmere bør unngås. Behandling med MAO-hemmere skal seponeres minst 14 dager før behandling. Samtidig behandling med warfarin kan resultere i øket blødningstendens med uforandret APTT. På grunn av begrenset klinisk erfaring med samtidig

behandling med ECT, anbefales forsiktighet. Det er ikke påvist interaksjoner med lithium, men forsiktighet bør vises ved samtidig bruk. Anbefales ikke til barn på grunn av manglende klinisk dokumentasjon. **Graviditet/Amning:** Det er ikke påvist teratogen effekt i dyreforsøk. Bør likevel ikke brukes under graviditet. Paroxetin går over i morsmelk og bør ikke anvendes under amning. **Interaksjon:** Paroxetin og fenytin gift samtidig resulterer i nedsatt plasmakonsentrasjon av paroxetin. Cimetidin hemmer metabolismen av paroxetin. Paroxetin kan hemme andre legemidlers metabolisme, f.eks. visse tricykliske antidepressiva, neuroleptika av fentazintype og type IC antiarytmika på grunn av innvirkning på cytochrom P450-systemet i leveren. Risiko for farmakodynamisk interaksjon med tryptofan. **Dosering:** Normaldosering 20 mg som engangsdose om morgenen. Kan økes opp til 50 mg daglig avhengig av klinisk effekt. Hos eldre bør ikke dosen overstige 40 mg daglig. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomene ved overdosering er kvalme, bråkninger, tremor, dilaterede pupiller og munntørhet. Det er ikke beskrevet dødsfall på grunn av overdosering med paroxetin. Det er ikke rapportert abnorme EKG funn, koma eller krampe etter overdosering. Det finnes ingen spesifikk antidot. Symptomatisk behandling og medisinsk kull anbefales. **Pakninger og priser:** 20 mg: Blisterpakn.: 20 stk. kr 282,80, 60 stk. 831,80, 100 stk. 1279,80. T:18

**Novo Nordisk Pharma AS**

Hauger skolevei 16  
Postboks 24  
N-1351 RUD  
Tel. 6713 07 20  
Fax. 6713 09 11



Novo Nordisk