

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 3

1994

ÅRGANG 23



**Handlingsprogram
og gapet i norsk helsevesen**

Nr. 3, 1994

91

Petter Øgar

Leder: Handlingsprogram og gapet i norsk helsevesen – en utfordring for lokale allmennmedisinske miljøer

92

Jostein Holmen

NSAMs blodtrykksprogram: litt om historien bak

95

Jostein Holmen

Blodtrykk: Handlingsprogram – og hva så?

96

Kirsti Malterud

Blodtrykk og kjønn – ikke lenger noen forskjell?

96

Smil i hverdagen

97

Jostein Holmen

Svar på innlegg fra Kirsti Malterud

98

Grete Fosse

«Et hjerte er da vel et hjerte?»

100

Anmeldelse

NSAMs handlingsprogram for høyt blodtrykk

101

Bokmelding

Studiehefte til «Kontraster – på søk i et raskadd hjernelandskap»

102

Bokmelding

Helsekontrollboka

103

Linn Getz

Trygdemedisin bør tilhøre primærhelsetjenesten!

107

Sten Larsson

Vård, värde og livskvalitet

110

Erik E. Solberg

Livstilsmedisin

113

Utposten for 10 år siden

114

Utpostens edb-spalte

Fjernstyring av PC

115

Intervju med Egil Willumsen

Sykestuefunksjonen må styrkes!

118

Helge Lund

Fra Klara Klok til Werner Christie

120

Vidar Bjørn

Dødsmeldingene: Kvalitetssikring og epidemiologiske øvelser – kan det kombineres?

124

Satya P. Sharma

Cyriax og andre manuelle undersøkelses- og behandlingsmetoder

128

Odd Kvamme

På ein utpost – før vår tid

130

Frode Heian

Helsestasjonslegens ønskeliste – en kort kommentar og kursinnbydelse

Forsidefoto: Kjerag, Lysefjorden i Rogaland Fotograf: Knut Robberstad
Redaksjonelt beskåret

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

Kræmmervikveien 5, 8373 Ballstad

Tlf. privat: 76 08 32 25

Tlf. arbeid: 76 08 32 25

22 04 24 08

Fax: 76 08 32 26

Eystein Straume

9550 Øksfjord

Tlf. privat: 78 45 81 18

Tlf. arbeid: 78 45 81 04

Fax: 78 45 84 46

Eivind Vestbo

4160 Judaberg

Tlf. privat: 51 71 22 74

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 300,- pr. år.

Bankgiro 3838.07.68248

Postgiro 0825 0835 397

Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

Handlingsprogram og gapet i norsk helsevesen

– en utfordring for lokale allmenntilleggsmedisinske miljøer



En gjennomgående klagesang i helsevesenet er historien om det økende gapet mellom det den medisinske og teknologiske utvikling gjør mulig, men som på grunn av ressursknapphet ikke kan realiseres. Om dette ikke fullt ut er historien om fjæra som ble til fem høns, tror jeg det i mange tilfeller er en sørgelig feilvurdering og derfor en blokkerende feilfokusering av oppmerksomheten. Enkelte framskritt er utvilsomt både kostbare og meget nyttige, men mange «framskritt» har kostnader som ikke står i et rimelig forhold til nytteverdien.

Det virkelige Ginnungagap i helsevesenet er at vi ikke utnytter den vel etablerte, og ofte ikke særlig kostnadskrevenne kunnskapen vi har på en hensiktsmessig måte. Historien om slagenheten ved regionsykehuset i Trondheim er talende (1). Ved enkle omorganiseringer og systematisk bruk av gammel kunnskap ble akutt dødelighet ved apoplexi redusert til det halve. Andel pasienter som kunne klare seg hjemme økte med 40%, og andel pasienter som trengte omsorg i institusjon ble redusert med 51%. Forbruk av liggedøgn i institusjon ble redusert med 39%. Når disse tallene gjelder kongeriketets tredje viktigste dødsårsak og en dominerende årsak til uførhet, bør alle skjønne hvilke gevinster vi snakker om. Aarre fortalte i forrige nummer av Utposten (2) om mangelfull behandling av depresjoner. Innenfor diabetesomsorgen er det påvist betydelige mangler i utnytting av tilgjengelig teknologi og kunnskap. Lista kan gjøres mye lenger.

Å minke dette gapet er i vesentlig grad et spørsmål om å inducere hensiktsmessig atferdsendring hos norske leger, men hvordan gjør vi det? Vi vet hvor vanskelig det er å få pasientene til å følge behandlingsrådene våre. Det er ingen grunn til å tro at legecompliance er mindre problematisk. Veien fra ny kunnskap til endret atferd er ofte lang og uoversiktlig med en rekke modulerende faktorer der langt fra alle er fornuftsbegrunnede eller oss bevisste. Det handler blant annet om kunnskapsspredning, vurdering av ny kunnskap, kunnskapstilgjengelighet i daglig arbeid, opplevd sosialt press til atferdsendring, lokal aktivitet og holdninger, økonomiske incentiver, markedsføring, organisering og andre rammevilkår.

Dette nummer av Utposten vier NSAM's nye handlingsprogram for hypertensjon stor oppmerksomhet. Hvilken atferdsendring utløser handlingsprogram? Hvilke handlingsprogram er det viktig å lage nå, og hvordan gjør vi det? Med handlingsprogram forstår jeg et skriftlig dokument som angir hvordan et problem skal møtes og forsøkes løst. Dette er en vid definisjon som omfatter alt fra internasjonale, gjerne mer politisk og målpregede program til solopraktikere prosedyrebok med oppskrift på hvordan hvite blodlegemer skal telles i et Bürker-kammer (skjønt det siste gjøres vel knapt nok mer).

Effekten av nasjonale handlingsprogram er evaluert i en rekke undersøkelser (3). Disse viser at legene gjennomgående har stor tiltro til programmene. Enigheten med innholdet er stor, men den verbale enighet følges likevel bare i begrenset grad opp i praktisk handling. Den harde dokumentasjon om utløst atferdsendring er tynn. Det er holdepunkter for at effekten kan økes ved at nasjonale program følges opp med program på fylkesplan, men fortsatt er effekten begrenset.

Størst effekt vil en trolig oppnå med lokale initiativ og lokal aktivitet helt nede på lokalsykehus-, kommune- og legesenternivå. Lokale autoriteter og lokale konsensuser representerer et betydelig sterkere sosialt press til atferdsendring enn mer fjerntsittende autoriteter og faglige retningslinjer. Undervisning og diskusjon i lokale smågrupper der eget erfaringsmateriale danner utgangspunkt for diskusjon og evaluering, er vist å ha en sterk atferdsmodulerende effekt (4). Amerikarinnen Greer (5) hevder på grunnlag av flere hundre legeintervjuer at på tross av medisinenes internasjonale karakter er de lokale medisinske miljøer påfallende lukkede. Lokale konsensuser der ny viten og nye tanker «godkjennes» av lokale opinionsledere er helt avgjørende for endring av gammel praksis.

Selv om vi trenger nasjonale handlingsprogram og konsensuser på mange områder, trenger vi enda mer å prioritere arbeidet med ulike lokale varianter av handlingsprogram og prosedyrebøker i regi av ulike lokale legegrupper som f.eks. veiledningsgruppene i allmenntilleggsmedisin.

Et annet viktig forhold er at de prosedyrer som lages må være lett tilgjengelig i

vårt daglige arbeid. Selv pedagogisk gode skriftlige prosedyrepermer oppleves som for vanskelig tilgjengelige av mange. I evalueringen av NSAM's handlingsprogrammer for hypertensjon og diabetes, er det klart det løse hypertensjonsarket som framheves som mest nyttig i daglig arbeid.

Et særdeles viktig teknologisk hjelpemiddel til løsning av tilgjengelighetsproblemet er de edb-baserte prosedyrepermer som nå produseres over en lav sko i stadig flere fylker. Det er imidlertid helt avgjørende for nytten av disse at en også lokalt settes i stand til å lage og ajourføre egne prosedyrer, og at flest mulig brukere får et aktivt prosessuelt forhold til produktet. Det finnes programvare til overkommelig pris som egner seg godt til dette formålet, og som nylig er omtalt i vår edb-spalte.

Det er bare å gå igang!

Petter Øgar

Litteratur

1. Indredavik B, Bakke F, Solberg R, Rokseth R, Haaheim LL, Holme I. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. *Stroke* 1991; 22: 1026-31.
2. Aarre T. « – og helvite sløkkjer me so langt me rekk». Om depresjonar i allmenntilleggsmedisin. *Utposten* 1994; 23: 76-80.
3. Øgar P. Hvilken effekt har handlingsprogrammer? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 1390-2.
4. Innui TS. Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. A controlled trial. *Ann Int Med* 1976; 84: 646-51.
5. Greer AL. The diffusion of new medical technologies into practice. *J Techn Assessment in Health Care* 1988; 4: 5-26.

NSAMs blodtrykksprogram: litt om historia bak

Tekst: Jostein Holmen



46 år. Cand. med Oslo 1973. Allmennpraksis/ kommunelege i Verdal fra 1975. Bedriftslege på deltid 1977-84. Forskning om høyt blodtrykk fra 1980. Leder NSAMs hypertensjonsgruppe fra 1985. Medlem NSAMs Publiseringutvalg. Dr. med. 1992. Nå forsker og daglig leder ved Samfunnsmedisinsk forskningssenter (Folkehelse) i Verdal. Kommunelege på deltid.

Heftet «Høyt blodtrykk. NSAMs handlingsprogram» (1) ble ved årsskiftet 1993-94 sendt til alle landets leger og en del andre helsearbeidere. Høyt blodtrykk er stadig et aktuelt og kontroversielt tema, og vil trolig også være det den nærmeste tida framover. Jeg er spurt av redaksjonen i Utposten om å fortelle hvordan handlingsprogrammet kom i stand.

Hvorfor en revisjon ?

NSAMs første blodtrykksprogram som kom i 1986 (2) var på mange måter et resultat av initiativ fra Sosialdepartementet, der Jan-Ivar Kvamme var prosjektleder. Det ble nedlagt mye arbeid i den første versjonen, men finansieringen var relativt lett. Det var klart at anbefalingene, særlig om medikamentell behandling, ville bli avleget relativt raskt, og NSAMs hypertensjonsgruppe (Anders Forsdahl, Irene Hetlevik, Jan-Ivar Kvamme, Hans Petter Stokke og Jostein

Holmen) tok initiativ til en revisjon allerede i 1989. Vi søkte Sosialdepartementet om støtte, men ble anbefalt å gjøre en evaluering først. Det ble derfor satt i verk en evaluering både av blodtrykks- og diabetesprogrammet (3), med finansiering av SME-gruppa i Sosialdepartementet. Michael de Vibe, som var medlem av NSAMs diabetesgruppe, ble engasjert, og gjennomførte en brukerundersøkelse (4). Deretter søkte vi om støtte på nytt, men fikk nå tilbakemelding om at handlingsprogrammene var å anse som et etablert tiltak, og derfor falt utenfor rammen for hva departementet kunne støtte.

Til tross for dette fortsatte vi arbeidet. Vi inviterte ei ekspertgruppe til å samarbeide om handlingsprogrammet. Vi sendte dessuten søknader om økonomisk støtte ei rekke steder, og fikk etter ei tid positiv respons hos noen. Finansieringen var imidlertid ikke klar før sommeren 1993, dvs. like før programmet skulle gå i trykken.

Prinsipper

Innledningsvis hadde vi en diskusjon om vi burde lage et nytt blodtrykksprogram eller om vi burde lage et felles program for forebygging av hjerte- og karsykdommer. Etter diskusjonen omkring det metabolske syndrom de siste åra er det avgjørende å se høyt blodtrykk som ett element i en total risiko-profil. Det er derfor flere sterke argumenter mot å trekke fram høyt blodtrykk som noe mer spesielt enn andre risikofaktorer. Et arbeid med et mer generelt forebyggende program mot hjerte- og karsykdommer ville imidlertid bli for arbeidskrevende for oss i denne fasen. Vi bestemte oss derfor for å oppdatere den forrige versjonen av blodtrykksprogrammet, slik at allmennpraktikerne hadde et tjenlig arbeidsredskap de nærmeste åra.

Vi har vært opptatt av to prinsipper i arbeidet:

1. *Konsensus.* Vi ønsket å ha med toneangivende fagpersoner innen sine miljøer. Forfatterne kan deles i tre: allmennpraktikere, sykehusklinikere, og andre med spesiell kompetanse innen feltet høyt blodtrykk. Hensikten var at gruppa, samlet sett, skulle ha en stor faglig tyngde. Gruppa ble stor, og bare størrelsen antyder at det kunne være vanskelig å oppnå konsensus. Likevel mente vi det ville være en styrke dersom vi kunne komme fram til konsensus innen ei samlet gruppe.
2. *Industri-uavhengig.* Mye av informasjonen om høyt blodtrykk og blodtrykksbehandling til allmennpraktikere kommer fra industrien i brosjyrer og annonser, ved besøk av legemiddel-representanter, og i kurs

og møter. Denne informasjonen er viktig og oftest god. Vi ønsket likevel at NSAMs handlingsprogram også denne gangen skulle være industriuavhengig, selv om finansieringen trolig kunne ha gått lettere dersom vi hadde inngått et nærmere samarbeid med legemiddelindustrien.

Praktisk

Arbeidet har vært delt i tre:

1. *NSAMs hypertensjonsgruppe* har vært redaksjonsguppe og kommet med forslag til manusendringer. Vi har hatt ei rekke daglange møter, telefonmøter og dessuten mye kontakt pr. post, telefon og fax. Jeg har i perioder brukt mye av arbeidstida mi til dette arbeidet, mens de andre har gjort arbeidet på fritida.
2. *Sekretariat* har vært Samfunnsmedisinsk forskingssenter (Folkehelsa) i Verdal, der jeg sammen med kontormedarbeiderne har stått for det praktiske arbeidet.
3. *Ekspertgruppa* har vært innkalt til møter sammen med NSAMs hypertensjonsgruppe, der vi har gjennomgått manusutkast og drøftet ulike forslag. Ekspertgruppa har fått tilsendt stadig nye forslag til manus som de har kommentert enten i møtene eller skriftlig. Peter F. Hjort har spilt en sentral rolle som moderator i dette samarbeidet.

Vi tok utgangspunkt i førsteutgaven av handlingsprogrammet (2). Vi laget et første utkast ut fra skriftlige kommentarer fra alle forfatterne. Dette ble revidert i en rekke runder. I tillegg kommuniserte medlemmer av ekspertgruppa seg imellom for å komme fram til felles forslag.

Ulike syn

Det var stor enighet om de fleste delene av programmet. Men to

hovedtemaer skapte betydelig debatt: Anbefalte blodtrykksgrenser, og anbefaling om medikamentvalg.

Blodtrykksgrenser. Etter at det kom studier som viste effekt på sykkelighet og dødelighet også for eldre (5,6,7), har flere internasjonale ekspertgrupper anbefalt intensivt behandling av eldre (8,9,10). NSAMs handlingsprogram anbefaler aldersjusterte grenser ut fra resonnementer som omfatter ei rekke aspekter, der kostnad/nytte-betraktninger (i vid forstand) er sentrale (11). Det betyr at vi har lagt vekt på kostnad/nytte-betraktninger i et samfunnsperspektiv, slik allmennpraktikere/samfunnsmedisinere ofte må gjøre. Og vi har lagt vekt på potensielle medikamentelle og psykososiale bivirkninger.

Medikamentvalg. Det er først og fremst ulike syn på hvordan de nyere medikamentgruppene alfablokkere, kalsiumblokkere og ACE-hemmere skal brukes. Det finnes enda ikke dokumentasjon på at disse har effekt på sykkelighet og dødelighet, og heller ikke studier på langtid bivirkninger. Noen synes at disse medikamentgruppene har så store teoretiske fordeler at vi også bør bruke dem som førstehandsmidler. De synes ikke manglende dokumentasjon på sykkelighet, dødelighet og langtid bivirkninger er avgjørende. Andre synes dette er avgjørende svakheter, og at en inntil slik dokumentasjon foreligger, bør bruke som førstehandsmidler de gruppene som det finnes dokumentasjon for, nemlig tiazider og betablokkere. Forfattergruppa av NSAMs handlingsprogram kom fram til å anbefale tiazider og betablokkere som førstevalg hos risikopersoner (risikanter) over 65 år, men ville ikke prioritere mellom medikamentgruppene for yngre risikanter.

Debatten gjenspeiler en debatt som også pågår internasjonalt (8,9,10). I andre land har premisene for debatten vært lagt av spesialistgrupper, dvs. særlig kardiolo-

ger og nefrologer. Vi kjenner ikke til noe annet land enn i Norge (kanskje utenom Nederland) der allmennpraktikere har hatt initiativet i debatten om behandling av høyt blodtrykk, og der også andre faggrupper har vært så aktivt med. I Norge er blodtrykkspørsmålet forsøkt satt inn i et helhetsperspektiv (12). En del sykehusleger virker av og til usikre fordi de i Norge får presentert argumenter som de ikke kjenner igjen i den internasjonale debatten. Dette fører til at vi ofte snakker forbi hverandre, og debattene blir ikke alltid like fruktbare.

Debatten om medikamentvalg vil neppe avta før vi får resultater fra de undersøkelser som nå er på gang. Debatten om blodtrykksgrenser er en langt mer vidtgående debatt, som også dreier seg om etikk. Den debatten tror jeg bare så vidt har begynt (12,13).

Økonomi

For å gjennomføre revisjonen har økonomien hele tida vært sentral. Kostnadene kan deles på tre områder:

1. *Sekretariat.* Dette har omfattet lønn til redaktøren (anslagsvis 1/2 – 3/4 årsverk), lønn til sekretærhjelp og kontorutgifter, særlig utgifter til kopiering, telefon og porto. Alt dette er dekket av Folkehelsa.
2. *Møter.* Medlemmene i NSAMs hypertensjonsgruppe har fått dekket utgifter til reiser ved møtene, men har ellers ikke mottatt noen godtgjøring. Enkelte har hatt betydelige kostnader, særlig pga. tapte praksisinntekter de dagene vi har hatt møter. Da medlemmene av ekspertgruppa var spredt over store deler av landet, har kostnadene ved reiser til møter vært betydelige. Bortsett fra dekning av reisekostnader har forfatterne ikke mottatt noen godtgjøring.
3. *Trykking og utsending.* Det var i første omgang meningen å utgi

handlingsprogrammet i Tano's Allmennpraktikerserie. Etter en totalvurdering der hovedmålet var å få programmet distribuert til flest mulig til lavest mulig kostnad, ble det bestemt å utgi programmet som en rapport i Folkehelsas rapportserie. Dette var mulig med trykkings- og portobudsjett på knapt 400 000 kroner.

Etter ei rekke søknader fikk vi stønad fra Rikstrykdeverket på kr 20 000 til møtene med ekspertgruppa. Norsk Medisinaldepot bevilget kr 300 000 til trykkingsutgifter, og til utsending bevilget Helsedirektoratet (nå Statens helse-tilsyn) kr 50 000, og Folkehelse kr 10 000. Vi hadde da muligheten til et opplag på 20 000 og gratis utsending til alle landets leger, til universitetene for utdeling til tre årskull studenter, og til alle apotek og alle alders- og sykeheimer. Sykepleiehøgskolene har fått hvert sitt undervisningssett på 30 eksemplarer. Det var mulig å bestille ekstra eksemplarer mot porto og ekspedisjonskostnader, og per 1. mars har vi sendt ut over 1000 ekstra eksemplarer til leger, undervisningsinstitusjoner, legemiddelfirmaer og andre.

Ettertanker

NSAMs hypertensjonsgruppe valgte den lange og tunge vei: Ei stor forfattergruppe, målsetting om konsensus, og gratis utsending til alle helsearbeidere uavhengig av legemiddelindustrien. Ut fra de forutsetningene vi har arbeidet under, synes jeg vi kan være bekjent av resultatet. Men det har kostet mye arbeid og tatt lang tid.

Tidsbruken har bekymret oss i særlig grad. Det forrige blodtrykkprogrammet har vært avlegs i flere år. Vi hadde ønsket oss et system der det var mulig å oppdatere faglige programmer langt raskere og mer effektivt, og mer uavhengig av personlig initiativ enn tilfellet er i dag. NSAM bør ta initiativ til å drøfte:

- hvem skal ha ansvaret for utarbeiding og oppdatering av faglige handlingsprogrammer?
- hvem skal ha det økonomiske ansvaret?
- hvordan skal samarbeidet mellom allmennpraktikergrupper og sykehusspesialister legges opp?
- hvordan skal forholdet til legemiddelindustrien være?

Arbeidet med handlingsprogrammer i norsk allmenmedisin er bare så vidt kommet i gang. Jeg tror det blir en viktig del av utviklingen av

faget i åra som kommer. Men rammen rundt dette arbeidet må avklares bedre. Hvis ikke, risikerer det allmennmedisinske miljøet å overlate initiativet til andre, ressurssterke krefter med mindre sans for helhetsperspektivet og med mindre innsikt i vår praktiske arbeidssituasjon. □

Jostein Holmen
Samfunnsmedisinsk Forskningscenter
Neptunvn. 1
7650 Verdal

Litteratur

1. Holmen J (red.), Aursnes I, Forsdahl A, Hetlevik I, Hjermann I, Hjort PF et al. Høyt blodtrykk. NSAMs handlingsprogram. Verdal: Samfunnsmedisinsk forskningscenter (Folkehelse). Rapport U3, 1993.
2. Holmen J, Forsdahl A, Kvamme JI, Stokke HP, Baksaas I, Helgeland A et al. Høyt blodtrykk. NSAMs handlingsprogram for allmenpraksis. Oslo: Gruppe for helsetjenesteeffektivisering (GHE-K). Rapport 11, 1986.
3. Midthjell K, Carlsen T, Hanssen KF, Roksund G, de Vibe MF. Diabetes. NSAMs handlingsprogram for allmenpraksis. Oslo: Gruppe for helsetjenesteeffektivisering (GHE-K). Rapport 12, 1988.
4. de Vibe MF. Evaluering av NSAMs handlingsprogram for høyt blodtrykk og diabetes. Verdal: Senter for samfunnsmedisinsk forskning (Folkehelse). Rapport 5, 1991.
5. Dahløf B, Lindholm LH, Hansson L, Scherstén B, Ekblom T, Westro Po. Morbidity and mortality in the Swedish trial in old patients with hypertension (STOP-hypertension). *Lancet* 1991; 338:1281-5.
6. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the systolic hypertension in the elderly program (SHEP). *JAMA* 1991; 265:3255-64.
7. MRC Working Party. Medical Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: principal results. *Br Med J* 1992; 304:405-12.
8. Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNCV). *Arch Int Med* 1993; 153:154-83.
9. Sever P, Beevers G, Bulpitt C, Lever A, Ramsay L, Reid J et al. Management guidelines in essential hypertension: report of the second working party of the British Hypertension Society. *Br Med J* 1993; 306:983-7.
10. Zanchetti A, Chalmers JP, Arakawa K, Gyarfás I, Hamet P, Hansson L et al. The 1993 Guidelines for the management of mild hypertension: Memorandum from a WHO/ISH Meeting: Blood Pressure 1993; 2:86-100.
11. Waaler HT, Helgeland A, Hjort PF, Lund-Johansen P, Lund-Larsen PG, Mathisen R et al. Høyt blodtrykk. Behandlingsprogram, utbytte, kostnader. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning (NAVF), Rapport 5, 1978.
12. Holmen J. Medikamentell risikointervensjon - en omsorgsteknologi i krise? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114:465-9.
13. Hetlevik I, Holmen J. Hvilket forhold har leger til risiko? *Tidsskr Nor Lægeforen* (Under trykking 1994).

HØYT BLODTRYKK: Handlingsprogram – og hva så?

Sjøl om vi nå har fått
et oppdatert handlingsprogram,
er ikke alle spørsmål besvart og legenes usikkerhet
og frustrasjon vil ikke være over. Det har alt kommet,
og vil i tida framover komme ei rekke kommentarer og innspill.
Det er sterke krefter som mener at vi som allmennpraktikere bør
bruke medikamentell behandling på bredere indikasjoner
enn det handlingsprogrammet legger opp til.
Noen innspill vil sikkert gjenspeile
den debatten som også pågår
internasjonalt om
medikamentvalg.

Tekst: Jostein Holmen

Dette er noen tanker om hva jeg tror kan være fornuftig praksis inntil videre:

– Gjør skikkelig handtverk

Utgangspunktet for all blodtrykksomsorg er pålitelige blodtrykksmålinger. Sjekk at måleutstyret er i orden, bruk riktig mansjett og bruk den tida som trengs på blodtrykksmålingene. Vi kan ikke være bekjent av ikke å gjøre disse rutineundersøkelsene profesjonelt. Og disse rutinene er det ingen uenighet om.

– Driv internopplæring på kontoret

Dersom du har hjelpepersonell på kontoret, må disse få skikkelig opplæring i målerutiner. Drill hvordan blodtrykket skal måles etter standardmetoden. Undervis også om utredningsrutiner, livstilsveiledning, om medikamentgrup-

pene og om kontrollrutiner. Bruk handlingsprogrammet som hjelpemiddel.

– Tenk totalrisiko!

I debatten om behandlingsindikasjoner er det viktig å bruke sitt allmennmedisinske sunne vett. Tenk på at høyt blodtrykk er en risikofaktor, men hos de fleste en av flere.

– Snakk med risikantene!

Risikantene er fornuftige, tenkende mennesker. Mange av dem har sjølstendige meninger om sin egen risikosituasjon, men de trenger grundig informasjon.

– Følg med i den videre debatten!

Det vil komme resultater fra flere studier i åra som kommer. Og den mer prinsipielle debatten om medikamentell risikointervensjon har trolig bare så vidt startet. Hold deg oppdatert, og vurder argumentene ut fra din allmennmedisinske hverdag. Kom gjerne med egne kommentarer enten til

NSAMs blodtrykksgruppe eller som innlegg i Utposten eller Tidskriftet!

– Diskuter med andre

Ta opp blodtrykksbehandling som tema i samarbeidsmøter med lokalsykehuset. Prøv å komme fram til retningslinjer som både allmennpraktikerne og sykehuslegene synes er fornuftige. Også i veiledningsgrupper eller på møter og kurs i lokale legeføra kan høyt blodtrykk være et aktuelt tema. Handlingsprogrammet kan brukes som utgangspunkt for diskusjon.

– Handlingsprogrammet er ei brukbar rettesnor

Sjøl om det ikke er enighet i alle fagmiljøer om alle punktene, reflekterer anbefalingene i handlingsprogrammet fornuftig praksis inntil videre. Dersom du og dine medarbeidere bruker handlingsprogrammet som ei rettesnor, vil din praksis holde bra kvalitet.

Lykke til!

□



Blodtrykk og kjønn – ikke lenger noen forskjell?

Endelig har vi fått det nye handlingsprogrammet for blodtrycksbehandling. Det er god grunn til å gratulere NSAMs hypertensjonsgruppe med godt og grundig arbeid fram mot et revidert, nyttig redskap. På mange felter stemmer også denne versjonen av handlingsprogrammet med min egen allmennmedisinske magesfølelse (f.eks. når det gjelder å vise respekt for folks rett til å velge levesett). På andre felter innser jeg at jeg fortsatt har noe å lære (f.eks. når det gjelder prosedyrer for blodtrycksmåling).

I det gamle programmet var det betydelig forskjell på normalgrensene for blodtrykk hos kvinner og menn – programmet fortalte oss at det var normalt for kvinner å ha høyere blodtrycksverdier enn

menn. I det nye programmet er kjønnsforskjellene borte – i hvert fall så lenge vi holder oss til kurven over blodtrycksverdier. (Går vi derimot inn i teksten finner vi en tabell (s. 15) som sier at risikofaktorene veier fem ganger tyngre for menn enn for kvinner.) Dette er en såpass oppsiktsvekkende endring i forhold til forrige versjon av programmet at den hadde fortjent særskilt omtale.

Hvis det er slik at kjønn ikke lenger betyr noe for normalitet og blodtrykk, trenger vi å få høre mer om hvorfor dette nå vurderes annerledes enn før. Hvis kjønn likevel er av betydning, er handlingsprogrammet villedende og kan i verste fall innebære at kvinner blir overbehandlet. Vi har dessverre utallige eksempler innen

hjerter-kar-forskningen på undersøkelser som generaliserer resultater fra middelaldrende menn til å gjelde for alle mennesker – uansett kjønn og risiko.

Jeg etterlyser altså en rede-gjørelse fra referansegruppa om betydningen av kjønn i forhold til blodtrykk som risikofaktor. Jeg håper dette ikke er et nytt eksempel på at kvinner skal vurderes i forhold til normer som egentlig gjelder for menn. Kanskje det bare er et nytt eksempel på at premiss-leverandører oppfatter kjønn som en usynlig faktor som ikke trenger å drøftes eksplisitt. I så fall er jeg uenig. □

Kirsti Malterud
Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen



Ved urologiske problemer i tiden 9. juni – 12. juni kan legevakten i Sør-Aurdal/Etnedal være til hjelp

(kfr. annonse i Oppland Arbeiderblad)

Lækjarvakt Sør-Aurdal/Etnedal

Spyling av hovedledningene foregår på dagtid fra tirsdag 9. juni t.o.m. fredag 12. juni.

Ringer du Brannvesenet derimot, kan innleggelse på sykehus bli resultatet.

Jostein Holmen
NSAM's hypertensjonsgruppe

Svar på innlegg fra Kirsti Malterud: Blodtrykk og kjønn – ikke lenger noen forskjell?



«Høyt blodtrykk. NSAMs handlingsprogram» (1) er laget av til sammen 14 forfattere: NSAMs hypertensjonsgruppe og ei ekspertgruppe. Jeg kan kommentere hvilke vurderinger som ble gjort før vi tok beslutningen om å slå sammen de systoliske grensene for menn og kvinner. Jeg må understreke at dette er mine vurderinger av diskusjonen, og at jeg ikke har noe mandat fra de andre forfatterne.

Blodtrykksgrenser er et kontroversielt tema. Forenklet kan en si at det er to ulike utgangspunkt for hva slags beslutningsgrunnlag en skal ha for slike generelle anbefalinger. Det ene utgangspunktet er beregninger av tapte leveår som funksjon av blodtrykket, der en prøver å legge intervensjonsgrensene slik at de viser omtrent lik risiko for ulike aldergrupper og de to kjønn (iso-kurver). Her er også kostnad/nytte-betraktninger viktige. Teorien bak denne måten å tenke på er beskrevet av Waaler og medarbeidere (2). I første utgaven av

NSAMs handlingsprogram (3) var dette lagt til grunn, med beregninger ut fra Bergensmaterialet. Dette resulterte i de skrå grensene, og med ulike systoliske blodtrykksgrenser for menn og kvinner.

Den andre betraktningmåten tar utgangspunkt i de klinisk kontrollerte studiene. I revisjonsprosessen ble særlig resultatene fra tre nyere studier drøftet (4,5,6). Disse studiene viste samme behandlingseffekt for menn og kvinner. Det ble derfor hevdet at det er ulogisk å bruke ulike grenser for menn og kvinner, og noen har også ment at de gamle grensene diskriminerte kvinnene.

Fastsetting av anbefalte intervensjonsgrenser er altså et kontroversielt tema, og det er ulike syn på hva som bør være beslutningsgrunnlaget for slike grenser. Handlingsprogrammet er resultat av en konsensusprosess, der også NSAMs hypertensjonsgruppe la vekt på at vi skulle komme fram til felles anbefalinger.

Begrepet «normalt» blodtrykk er ikke hensiktsmessig i denne sammenhengen. Men dersom Kirsti Malterud mener at de nye intervensjonsgrensene indikerer lavere risiko for kvinner enn for menn, er dette riktig. Jeg er enig med Kirsti Malterud dersom hun mener at de forrige kjønns-differensierte systoliske grensene var mer logiske. I allmennpraksis har vi mest bruk for intervensjonsgrenser som indikerer omtrent lik risiko uavhengig av alder og kjønn. Ulempene med de nye grensene kan utliknes dersom en tar hensyn til den totale risiko, og ikke bare til blodtrykket. Og en slik total risikotekning er kanskje viktigere enn den nøyaktige plasseringen av blodtrykksgrensene. □

Jostein Holmen
Samfunnsmedisinsk Forskningscenter
Neptunvn. 1
7650 Verdal

Litteratur

1. Holmen J (red.), Aursnes I, Forsdahl A, Hetlevik I, Hjermann I, Hjort PF et al. Høyt blodtrykk. NSAM's handlingsprogram. Verdal: Samfunnsmedisinsk forskningscenter (Folkehelse). Rapport U3, 1993.
2. Waaler HT, Helgeland A, Hjort PF, Lund-Johansen P, Lund-Larsen PG, Mathisen R et al. Høyt blodtrykk. Behandlingsprogram, utbytte, kostnader. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning (NAVF), Rapport 5, 1978.
3. Holmen J, Forsdahl A, Kvamme JI, Stokke HP, Baksaas I, Helgeland A et al. Høyt blodtrykk. NSAM's handlingsprogram for almenpraksis. Oslo: Gruppe for helsetjenesteeffektivisering (GHEK). Rapport 11, 1986.
4. Dahløf B, Lindholm LH, Hansson L, Scherstén B, Ekblom T, Westro P. Morbidity and mortality in the Swedish trial in old patients with hypertension (STOP-hypertension). *Lancet* 1991; 338:1281-5.
5. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the systolic hypertension in the elderly program (SHEP). *JAMA* 1991; 265:3255-64.
6. MRC Working Party. Medical Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: principal results. *Br Med J* 1992; 304:405-12.



«Et hjerte er da vel et hjerte?»

Å behandle kvinner og menn forskjellig

Tekst: Grethe Fosse



Grethe Fosse, 34 år, cand.med fra Bergen 1987. 1 år Bergen Legevakt, 1 år kommunelege/prosjektleder (Telemedisin), Sør-Varanger kommune. Cand.polit. Universitetet i Bergen 1992. 3 1/2 år helsesjef Arna bydel, Bergen. Gift 1 barn, nr. 2 på vei, snart ferdig spesialist samfunnsmedisin som er hovedinteresseområdet utenom hobbyen som er friidrett (mange ganger Norgesmester mellomlang-distanse).

Deler av denne presentasjonen ble første gang framført under Fylkeslegens møte i Hordaland, oktober 1993, i anledning Arna bydels pris for beste frem møte-present under hjerte-karundersøkelsen. En noe utvidet versjon av samme foredrag ble framført under SIFF-kursens avslutningsseminar på Folkehelse i november 1993.

Til vanlig befinner vi oss i poliklinikken eller i samfunnsfagene når vi legger fram et kvinneperspektiv. Om det gjelder ledelse, økonomi eller arbeid i hjemmet har de fleste av oss deltatt mer eller mindre aktivt i diskusjoner omkring kjønn og roller. Å legge frem et kvinneperspektiv på en hjerte-kar-undersøkelse er nok noe mer uvant, og mange vil vel tenke at «et hjerte er vel et hjerte»! Slik er det ikke, til glede for kvinnen, men til plage for mannen, og kanskje spesielt menn som står bak hjerte-karundersøkelsen.

De fleste studiene på hjertets fysiologi og anatomi er gjort på hunden, men noen få har blitt utført på hunddyr. Slik har vi fått vite at det er kjønnsforskjeller mellom han-hjertet og hun-hjertet. Kontraktilitet, adrenerg aktivitet, vasoaktivitet og blodtrykkskontroll, samt forskjell i lipidmetabolisme er forskjellige mellom kjønnene (1-5). Disse viktige forskjellene er det sett bort fra når hjerte-karundersøkelsen har blitt planlagt og gjennomført.

Kvinnehjertet banker annerledes enn mannens hjerte. Det må få betydning for legenes arbeid med menns og kvinners helseproblemer. Vi trenger mer forskning for å vise hvordan arbeidet må differensieres i forhold til kjønnene. Vi bør vurdere årsakene til at legene ikke arbeider etter ulike strategier når det gjelder kjønn.

Koryfeer på området mener at et forebyggende hjerte-karprogram ikke kan gjennomføres uten at kvinner blir tatt med. Kvinner bør altså behandles som menn – for å få behandlet menn! Hvis vi godtar

dette som en edel hensikt, vil vi få to vesentlige bivirkninger:

- Store ressurser blir satt inn på en befolkningsgruppe som i utgangspunktet ikke har behov for innsatsen
- Kvinner utsetter sine hjerteinfarkt fra en alder på omtrent 80 år, til de er nærmere 85 år

Vi tillater oss å spørre om bivirkningene er mulige å tolerere?

Et annet, og like viktig spørsmål er om vi gjør friske kvinner til hjertepasienter gjennom denne type arbeid?

La oss forsøke å belyse problemstillingen med noen eksempler: Forbruket av kolesterolsenkende medisiner i Norge viser at kvinner står for omtrent 2/3, og menn omtrent 1/3 (7). I USA ligger kvinneandelen på noe over halvdel (8), mens svenskene faktisk har flere foreskrivninger til menn enn kvinner (9).

Et annet eksempel er dødeligheten av hjerteinfarkt. Ulike studier viser at middelaldrende menn dør fire-syv ganger så ofte av hjerteinfarkt, som middelaldrende kvinner (1). På et hvert nivå av S-cholesterol ligger dødeligheten hos menn langt over dødeligheten hos kvinner (1, 10). På tross av dette gjør vi altså flere norske kvinner enn menn til blodtrykks- og kolesterolpasienter (6, 11).

I handlingsprogrammet for behandling av hyperkolesterolemi, er det anbefalt at serum kolesterol over 8 mmol/l skal behandles. Kjønn er listet opp som en av flere faktorer man bør ta hensyn til. Men; hva skal denne forskjellen bestå i? For å gjøre poenget ekstra

Omsorgsrådets 6. Landskonferanse 1994

Utfordringer ved livets slutt «Møte med lidelse»

Lillehammer hotell 30. august – 2. september

Tirsdag 30. registrering, aftensamling.
Onsdag: Omsorg i ulike perspektiv
Torsdag: Når døden blir virkelighet
Fredag: Hvilke utfordringer står dagens helsevesen overfor i møte med syke og døende?

Tema for workshops onsdag og torsdag:

1. Symptomlindrende behandling
2. Informasjon til mennesker i krise
3. De pårørende
4. Lidelsen i spenningsfeltet mellom opplevelse og forståelse
5. Hjelperens rolle i møte med alvorlig sykdom og død
6. Brå, uventet død.

Forelesere er bl.a. familieterapeut Tore-Kristian Lang, overlege Jan Fr. Pape, dr. polit. Karen Jensen, sykehusprest Terje Talseth Gundersen, overlege Per Engstrand, psykolog Atle Dyregrov, teolog Liv Rosmer Fisknes, overlege Stener Kvinnsland, overlege

Wenche Frogn Sællæg, overlege Gunnar Eckerdahl og overlege Mads Gilbert.

Deltakeravgift:

kr. 1100 før 1/5, kr. 1200 før 1/6 deretter kr. 1500 til fristen er ute 1/7.

Godkjent av Den norske Lægeforening som kurs – innen allmennmedisin 17 t.

Påmelding:

NSB Reisebyrå, Kirkegaten 51, 2600 Lillehammer, tlf. 61 25 30 06 Fax 61 25 37 34.



OMSORGRÅDET
Rådet for omsorg for alvorlig syke og døende

klart: En middelaldrende kvinne med serum kolesterol på 8, har samme risiko for død som en middelaldrende mann med serum kolesterol på 5. Opp til 50–60 årsalderen er dødeligheten hos røykende kvinner *lavere* enn hos ikke-røykende menn i samme alder! (11).

Kvinnehjarter banker altså annerledes enn mannehjarter. Det skulle derfor være gode grunner til å behandle våre hjarter forskjellig, avhengig av om hjertet er kvinnelig (les: sterkt) eller mannlige (les: svakt). Når tradisjonen åpenbart ikke er slik, bør tradisjonen enten forsvares på en fornuftig måte, eller så må tradisjonen endres. Hvis tradisjonen forsvares gjennom argumenter som vi har nevnt tidligere, reiser det i så fall mange nye problemstillinger. Hvis vi for eksempel nærmer oss sikker kunnskap om kvinnesykdommen

fibrositt, skal det da lanseres en massestrategi der også menn inkluderes? □

Grete Fosse
5102 Alversund

Referanser

1. Scheie B, Botten G, Sundby J. (red.) «Kvinnemedisin». Gyldedal 1993.
2. Capasso et al. (1983). «Sex differences in myocardial contractility in the rat». *Basic Res Cardiol* 78; 156–71.
3. Brunag et al. (1975) «Sex differences in reflex tachycardi induced by hypotensive drugs in unanesthetized rats». *Am J Physiol* 229; 652–56.
4. Colucci et al. (1982) «Increased vascular catecholamin sensitivity av alpha-adrenergic receptor affinity in female and estrogen-treated male rats». *Circ Res* 50; 805–11.
5. Hagve et al. (1988) «Regulation of the metabolism of polyunsaturated fatty acids». *Scand J Clin Lab Invest* 48, suppl 191; 33–46.
6. Rutle O. (1983) «Pasienten fram i lyset» SIFF, gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport 1.
7. Norsk Medisinaldepot registrering 2/90, 1/91, 2/91.
8. Wysowski et al. (1990) «Prescribed use of cholesterol-lowering drugs in United States, 1978 through 1988». *JAMA* 263; 2185–8.
9. Apoteksbolaget 1992, Svensk legemiddelstatistikk.
10. Graff-Iversen S. (1989) «Kolesterol som risikofaktor hos kvinner». *Tidsskr nor lægeforen* 109; 2912–14.
11. Westlund K. (1989) «Hjerteinfarktsykdommens epidemiologi». I Backe B (red) «Konsensuskonferansen om kolesterol». NIS-rapport nr. 8. Trondheim, NAVF/SINTEF.

ANMELDELSE:

NSAMs handlingsprogram for høyt blodtrykk Revidert utgave 1993

Arbeidet med å høyne den faglige kvaliteten i norsk allmennmedisin var i full gang lenge før «kvalitets-sikring» ble et moteord. Jostein Holmen og resten av forfattergruppen bak NSAMs handlingsprogram for høyt blodtrykk skal ha all ros for sin innsats på feltet. De tok fatt i diagnostiske prosedyrer som ikke holdt høy nok standard og har gitt konkrete retningslinjer for å forbedre praksis. Det er bra! Nå foreligger en revidert utgave av handlingsprogrammet, 8 år etter førsteutgaven. Evaluering har vist at en stor del av den fremste målgruppen – allmennmedisinerne – kjenner til og har brukt den forrige versjonen.

Mange forventninger knytter seg til et handlingsprogram: Det skal formidle oppdaterte kunnskaper om årsaker og behandling og gi vitenskapelig begrunnede retningslinjer om utredning, intervensjonsgrenser, medikamentvalg og kontrollrutiner. En kort innføring i sykdommens epidemiologi og samfunnsmedisinske aspekter hører med. Selve programmet må være oversiktlig, lettlest, utvetydig i sine anbefalinger og enkelt å følge dersom det skal være til noen praktisk nytte i en vanlig klinisk hverdag. Førsteutgaven tilfredstilte mange av disse forventningene. Det er derfor med nysgjerrighet jeg åpner det nye heftet, som har fått en mer tiltalende og hensiktsmessig utforming enn sist. Hva er nytt i forhold til forrige utgave?

Forfatterne oppgir fire hovedmål for programmet:

1. Riktig diagnostikk
2. Vurdering av total risikoprofil
3. Skreddersydd medikamentell behandling
4. Samarbeid med pasienten

Heftet følger samme innholdsmessige oppbygning som sist, og store deler av teksten er identisk med forrige utgave. Nyere kunnskap om det metabolske kardiovaskulære syndrom er kommet med og preger retningslinjene om ikke-medikamentell behandling. De aktuelle legemiddelgruppene er kortfattet og oversiktlig omtalt, og det er enkelt å finne fram til alternativer og kontraindikasjoner ved hjelp av kortversjonen av programmet. Primærlegene stilles nå noe friere i førstevalg av medikamenter. Samtidig går det klart fram at vi fremdeles mangler kunnskap om nyere medikamentgruppers effekt på sykkelighet og dødelighet. Litteraturlisten er fullstendig revidert og betydelig utvidet i forhold til forrige utgave. Vedlegg og praktisk veiledning har fått ulike fargekoder og er oversiktlig ordnet, og det medfølgende diagrammet er lett å forstå og atskillig enklere å bruke enn det forrige. Derimot overskrider noen av de meget detaljerte retningslinjene for kontrollrutiner og råd til pasienten (kap.7) grensen til det banale, mens andre råd kunne ha vært mer underbygget. Liv:hofte ratio bør måles for å vurdere abdominal fedme, men hva er akseptabel ratio?

Mye i dette programmet er forbillig skrevet, kortfattet og oversiktlig, men likevel detaljert

nok. Også erfarne allmennleger vil ha stor nytte av veiledningen om standardisert blodtrykkmåling. Innvendingene retter seg først og fremst mot det som ikke er med. Det mest iøynefallende er at leseren ikke får noen veiledning i å finne fram til det som er forandret siden forrige utgave. Siden store deler av teksten er helt uforandret samtidig som den fremste målgruppen er godt kjent med programmet fra før, er det en stor risiko for at nye eller endrede anbefalinger drukner i alt det velkjente. Jfr. kap.9.3, der det av en setning midt i et ellers uendret kapittel framgår at man ikke lenger anbefaler å måle blodtrykk på alle barn. Allmennpraktikere, som kontinuerlig må forholde seg til nye rutiner, nye medikamenter og nye indikasjoner over et stort spektrum av medisinske disipliner, skal ikke måtte finlese hele programmet for å oppdage det som er endret.

Valg av medikamenter og grenseverdier for intervensjon ved høyt blodtrykk er stadig omdiskutert, og av forordet går det fram at dette har vært kontroversielle tema også for forfatterne. Diagrammet viser at revisjonen av behandlingsgrenser tildels har vært betydelig. Aldersspesifikke grenser for medikamentell intervensjon er beholdt, men nå anbefales samme grenseverdier for systolisk BT for begge kjønn. For asymptomatiske 50-åringer er grensen for medikamentell behandling redusert med 14 mmHg for kvinner og hevet med 6 mmHg for menn. Grenseverdier ↗

Studiehefte til «Kontraster – på søk i et rasskadd hjernelandskap»

Meldt av Anne Stubdal

Forfatteren til studieheftet ble rammet av hjerneslag 1991, og skrev i rekonvalesensperioden en diktsamling illustrert av billedkunstneren Finn Egil Eide, (Vestlandsforlaget 1992). I denne beskriver hun tanker og følelser knyttet til sykdommen, behandlingsapparatet, familie, venner og nærmiljø på en tankevekkende måte. Studieheftet er tenkt brukt sammen med boka i studieringer for hjelpe/pleiepersonell, pårørende eller slagrammede selv.

Del 1 er inndelt i 5 studieavsnitt som refererer seg til ulike deler av boka. Gruppedeltakerne blir konfrontert med Solveig sine tanker og følelser og utfordret til å

sette seg inn i slagpasientens situasjon gjennom utdypende spørsmål i tilknytning til tekst og bilder fra boka.

Del 2 er en enkel populærvitenskapelig gjennomgang av hjernens anatomi og fysiologi og beskrivelse av de viktigste funksjonsutfall ved hjerneslag, samt beskrivelse av psykososiale aspekter ved slike kriser.

Heftet setter klare krav til deltakerne om å gå dypere inn i følelsesmessige problemstillinger enn tradisjonelle studieopplegg innenfor helsefag, og er nok derfor ikke egnet som «lærebok» i nevrologi. Jeg synes kanskje forfatteren til tider utfordrer leseren vel langt i å tolke diktene og å overføre sine tanker til leseren. Et spørsmål som



stadig går igjen er «hvorfors virker dette på deg?». På den annen side kan det være riktig å utfordre folk til å våge å ha nærhet til pasienten på denne måten ved å tillate seg selv å kjenne på tanker og følelser.

Man bør nok ha en viss interesse for poesi og mot til å fortelle andre om sine følelser for å ha utbytte av dette studieopplegget. I alle fall er det et annerledes og spennende prosjekt som kan være til god nytte f.eks. blant pleiepersonell i primærhelsetjenesten som ofte vil ha mye kontakt med disse pasientene etter at akuttbehandlingen er avsluttet. □

for diastolisk blodtrykk var kjønnsuavhengige også i forrige utgave, men er nå høyere enn før for de fleste aldersgrupper.

En faglig vurdering av anbefalingene om grenseverdier ligger utenfor rammen av denne anmeldelsen, og grensene bør revideres i takt med ny kunnskap. Men det virker påfallende at dette overhodet ikke er kommentert i heftet. Riktignok heter det lakonisk (s.7) at «diagrammet er revidert på flere punkter», men heftet drøfter ikke grunnlaget for endringene utover å nevne at nyere studier (uten referanser) ligger til grunn. Konklusjonene i kapitlet «Medikamentell behandling. Samlet vurdering» (s. 31) er uforandret fra forrige utgave. Her omtales bare diastolisk blodtrykk som grunnlag for inndeling i alvorlig, moderat og mild hypertensjon. Systolisk blodtrykk

er overhodet ikke kommentert. Nye anbefalinger om kontrollhyppighet og -omfang er heller ikke omtalt i heftet.

Enkelte hypertensjonsstudier har fått forholdsvis bred plass. MRC- og STOP-studiene brukes som eksempler i et nyskrevet kapittel 1.4 om relativ og absolutt risiko, der utvalgte resultater fra undersøkelsene er gjengitt i tabellarisk form. Dette kapitlet er ikke godt nok gjennomarbeidet. Dessverre inneholder tabellene feil og forenklinger som gjør dem misvisende og tildels umulige å forstå. Figurene i kapittel 1 er ikke selvforklarende. Teksten som ledsager figurene (kap.1.3) er heller ikke lett tilgjengelig, og andre grenseverdier brukes i eksemplene enn det heftet anbefaler. I kapittel 1 savner jeg en bedre oversikt over blodtrykksepidemiologi og

omfanget av hypertensjon og behandling. Vil vi få flere, færre eller andre pasienter å behandle ved å følge programmet? Hvilke konsekvenser vil de nye retningslinjene ha for hjerteinfarkt og hjerneslag?

Programmet er viktig og fortjener å bli brukt. Fremdeles kan innhold og tekst enda bedre tilpasses den fremste målgruppen. Nedtoning av velmente, men generelle råd og økt vekt på å underbygge faglige vurderinger sammen med en mer kritisk korrekturlesing ville bidra til det. Jeg ser derfor med forventning fram til neste reviderte utgave. □

Inger Njølstad,
stipendiat,
Institutt for samfunnsmedisin,
Universitetet i Tromsø



Helsekontrollboka Den norske lægeforenings helsekontrollprogram 1993

Meldt av Geir Sverre Braut

Sløsing med ressursar eller metode for individuelle og kollektive helsegevinstar, har vore eit jamleg attkomande spørsmål i medisinske fagkrinsar dei seinare tiåra når ein har drøfta helsekontrollar. Denne boka tek utgangspunkt i at helsekontrollar har kome i vanry med rette – så å seie vorte eit svar på folkets dødsangst utan at dei gir anna enn falsk trøyst!

Med eit slik destruktivt utgangspunkt, har arbeidsgruppa bak denne boka møysommeleg arbeidd seg fram til eit sett med rimeleg nøkterne og ikkje minst pragmatiske tilrådingar. Desse er ikkje udiskutable, heller ikkje ein norsk gullstandard. Men dei er eit samlande utgangspunkt for tilpassing alt etter eigen praksisprofil og føremålet med den aktuelle helseundersøkinga. Tilrådingane er slik at dei eignar seg for vidare foredling av interesserte legar.

Boka legg vekt på at helsekontrollar bør koplust opp mot andre

kontaktar i helsetenesta. Ho viser oss ein mal vi kan nytta som grunnlag for å gjera meir eller mindre tilfeldige kontaktar om til systematiske element i førebyggjande helsearbeid. Det er interessant å merka seg at ho legg stor vekt på anamnesen som verkemiddel og dempar trua på teknologiske metodar.

Med utgangspunkt i den plassen helseundersøkinga har hatt i vestleg medisin, får vi ei rimeleg omfattande innføring i det teoretiske grunnlaget for slik verksemd. Sjølv hadde eg gjerne sett at den epidemiologiske teorien hadde vore noko meir utfyllande. Det som står der er vel og bra; men om helsefremjande og førebyggjande arbeid skal få den plassen det bør ha i norsk helseteneste, må kunnskapane i «basalfaga» på dette området verta minst like gode som dei norske legar har i farmakologi.

Med boka følgjer det eit sett med standardiserte blankettar som byggjer opp under dei tilrådde prosedyrane. Her stoggar standar-

diseringa, og det må ho kanskje gjera i ei bok som dette. Likevel er eg viss på at det også er eit stort behov for ei viss standardisering av dei tiltaka som vert sette i verk når ein avdekkjer noko som krev tiltak frå personen sjølv eller helsetenesta.

Mot slutten, som vanleg i slike bøker, har ein med eit alibiprega kapittel om etiske og juridiske aspekt ved helsekontrollar. Dette må verta større i neste utgåve; helst eit kapittel om jussen og eit om etikken. Det er her mange opplever at slaget om helsekontrollane kjem til å stå i nær framtid. Det er ikkje berre genteknologien som minner oss om det. Sjølv har eg nett vore stemna som sakkunnig vitne i ei rettssak der eg skulle seia noko gluft om kva det kunne innebera når ein person på ein helsetest sjølv hadde kryssa av for at han kjende seg frisk!

Fem imperativ ligg på norsk allmenn-, yrkes- og samfunnsmedisin etter utgjevinga av dette helsekontrollprogrammet: Les, drøft, praktiser, kritiser og evaluer! □

Betnovat[®] betametason 17 - valeriat

Et referansepreparat til behandling av EKSEM

Krem	15, 50, 100 g.
Salve	15, 50, 100g.
Oppløsning	30, 100 ml.
Liniment	20 ml.

se
Felleskatalogen



Glaxo AS, Postboks 224, 5001 Bergen
Telefon: 55 31 91 30, Telefax: 55 23 01 56

Trygdemedisin bør tilhøre primærhelsetjenesten!

Tanker omkring trygdesakers gang og trygdesystemets ugang i en innstrammingstid

Tekst: Linn Getz



Linn Getz (f. 1962) reiste etter endt studium i Trondheim til turnus i Troms med tro på at hun var ment for sykehusmedisinen og at allmennpraksis var for vanskelig. Etter distrikts-turnus på Senja og ett år som kommunelege i Karlsøy, hadde allmennmedisinen overbevist henne. Dette året deler hun sin tid mellom halv allmennpraksis i Surnadal og halv stipendiatstilling ved Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim. Der arbeider hun med et prosjekt omkring legen som sakkyndig i trygdesaker.

Jeg sitter i funderinger mens jeg kjører sørover langs såpeglatte veier på vei hjem fra et tankevekkende møte med «Prosjekt behand-

lingsavtale» i Nord-Trøndelag. Prosjektets formål er blant annet å utvikle rutiner for rask intervensjon og klar arbeidsfordeling i møtet med pasienter som har såkalt diffuse muskel – skjelettlidelser (1). Jeg har holdt foredrag for en gruppe leger, fysioterapeuter, representater fra bedriftshelsetjeneste, trygdemedarbeidere – fotsoldater som er ute i felten dag etter dag i møte med mennesker som ikke lenger mestrer sin kropp og sitt arbeid. De har iallfall inspirert meg. Jeg fikk et tydelig bilde av hvilke ressurser som ligger i primærhelsetjenesten – iallfall når vi samler oss og tenker på samme sak (eller pasient) med mer enn ett hode.

Nå har jeg sittet på gjerdet mellom allmennmedisin og forskning og sett ut over den trygdemedisinske arena i vel ett år. Noen vil kalle arenaen en slagmark, men ingen vet helt hvem som har overtaket eller hva striden står om (2). Er det idealister med krav om menneskets rett til å lide uten å bli sykeliggjort som vinner fram? Er det Finansdepartementet som rykker fram med fanen hevet i triumf over et vellykket budsjett-kutt? Eller er det de svakeste i samfunnet som trekker seg tilbake, bragt til taushet i drønnet fra et høyteknologisk hurtigtog som raser videre så fort at vi ikke engang registrerer hvor det tar veien – mot enda mer prestisjefylte imperier som kan medikaliseres. Sannheten har mange ansikter. Selvsagt må vi analysere det som hender, søke å

forstå hvordan sykdom og samfunn er vevet inn i hverandre. Ikke minst må vi analysere vårt eget – og helsevesenets – grunnleggende menneskesyn.

Den gode vilje?

Hvis man ser på forhistorien til innstramningene i uførepensjonen, og det etterfølgende slagordet «Arbeidslinja framfor trygdelinja» (3), er det neppe noen tvil om at man endret loven av redsel for å kjøre trygdebudsjettet i grøfta. Dog har debatten som fulgte vært preget av polemiske innlegg, som om spørsmålet skulle være hvorvidt det er godt for folk å være i arbeid eller ikke. Jeg skulle ønske vi heretter kunne slippe å diskutere intensjonen bak lovendringen inn i det absurde: Man kan lett bli hengende fast i en diskusjon om hva som var den sanne hensikt og hva som er den gode vilje.

Lovendringen ligger snart tre år tilbake i tiden. Antallet nye uføre er lavere enn på mange år – og ingen har full oversikt over hvilke faktorer som har bidratt til et fall som er flere ganger større enn lov-

Man kan innta en offer-rolle sammen med pasienten...





Lege og sakkyndig – mellom barken og veden?

givernes uttrykte intensjon (4). Folketrygden holder seg iallfall på veien. Om det er noen som havner i grøfta nå, må det være ett og annet enkeltindivid som aldri synes på noen statistikk.

Hvem er de, hvor blir de av – de som ikke søker, de som får avslag? Mens vi forsker etter svar på de spørsmål som følger i kjølvannet av lovendringen (5), nærmer vi oss nok en av trygdens D-dager: Den første juli tidsbegrenses rehabiliteringspengene for de aller fleste pasientkategorier. Dermed faller retten til medisinsk attføring bort for dem som har innehatt denne stønaden i ett år eller mer. Vi kan ane noen krasse avisoverskrifter (6) som vil dukke opp utover sommeren mens både politikere, byråkrater og leger slører nedover Sørlandskysten med to pilsnere i en snor...

Innstramningene i folketrygden har skapt vinder i helsevesenet som lar seg merke helt inn på allmennpraktikerkontorene. Noen av oss har oppfattet bare kalde gufs, andre har snust litt undrende ut i luften, noen har latt seg begeistre av frisk gjennomtrekk fra handlekraftige (styres-)makter (7).

Trygdens misbruk av spesialister

Innstramningene synes å ha ført til et økende krav om dokumentasjon av søkerens sak (7). På den ene side kan det hevdes at vi dermed

tvinges til å ta trygdemedisin mer på alvor, vi tvinges til å kartlegge alternativer til trygd og dokumentere at vi har forsøkt det meste for å rehabilitere søkeren til aktivt yrkesliv.

På den annen side har dessverre innstramningene bidratt til å lede oss ut på en ørkenvandring med objektivitet og bred medisinsk-faglig enighet som ledestjerne. Jo mindre sykdom, jo lengre vandring, ser det ut til: Vi sender pasientene ut på det rene orienteringsløp – med stempling hos diverse organspesialister (rheumatologer, nevrologer, psykiatere, ortopeder og fysikalsk-medisinere vil neppe protestere nå), avanserte røntgenapparater og andre kilder til «second opinions». Noen sier «stakkars deg», andre sier «ta Deres seng og gå». Noen bruker lang tid, de fyller ut dokumenterte og validerede måleskalaer og finner at fru Nordmann er deprimert og således også arbeidsufør for øyeblikket. Andre bruker tolv minutter på samme problem og konkuderer heller med at «Det ser ut som om pasienten har gått i stå som følge av lang tids sykefravær, hun bør snarest komme seg i arbeid igjen».

En av rheumatologene på universitetsklinikken her ber tynt for sin tid: I dag bruker hun én til to dager per uke på problemstillingen

Man kan forskanse seg bak et regelverk...



Man kan bli handlingslammet av et regelverk

fibromyalgi. Rheumatikerne må vente – i den samme køen – mens dokter'n tynges ned av trygdemedisinske oppdrag basert på problemstillinger som ingen har kliniske redskaper til å forstå, beskrive eller lindre godt nok. Vi allmennpraktikere (undertegnede inkludert) er nok ikke modige nok, ikke sikre nok, til å la være å henvise. Og dersom vi ikke gjør det, kommer trygdeetaten etter med henvisning likevel. Spesialistenes avmakt synes for meg iblant å finne utløp gjennom et menneskesyn preget av økende distanse og skepsis. Hvordan trygdefunksjonene beholder forstanden i det hav av motstridende spekulasjoner som premissleverandørene nedfeller i dokumentets form, er en gåte for meg. Trygdens folk tilhører velferdstatens «bakkebyråkrater» (8) som skal skille mellom verdig og uverdigg trengende, og de utvikler naturlig nok sine strategier og handlingsmønstre for å mestre disse vanskelige oppgavene (9).

«The blind men and the elephant»

Nå har jeg sett gjennom en del trygdesaker – jeg møter dem jo både som forsker og som lege. Jeg har *ikke* foretatt den kvalitative analyse som disse dokumentene



Man kan gå til privat krig mot regelverket –

antakelig hadde fortjent. Men jeg tør likevel komme med en sannsynlig konklusjon fra dette ikke gjennomførte prosjekt: Medisinen ødler med knappe ressurser og legger gjennom dagens saksgang grunn for tildels tvilsom rettsikkerhet. I møte med de diffuse lidelsene, blir beskrivelsene av virkeligheten (les: pasienten) svært mangfoldige, best illustrert ved diktet der de blinde menn skal beskrive hva en elefant er, hver av dem på grunnlag av den del av dyret han har innen rekkevidde (10). Hvordan *pasientene* opplever en slik praksis, at én spesialist så og si tar tak i halen, mens en annen dissekerer hjernen for å finne ut hvorfor de har vondt, – hva det gir av innsikt og inspirasjon til den som strever med sin hverdag, bør vi ha fantasi nok til å interessere oss for.

Jeg er ikke sikker på at vi kommer så langt i vår søken etter medisinske forklaringer på de fenomener som tynger vårt helsevesen. Jeg ber ikke om at vi som leger skal bli enda mer omfattende; holisme og medikalisering kan lett bli to sider av samme sak (2). Men så lenge «de diffuse lidelsers elefant» er så stor og vi medisinerne menn og kvinner som er satt til å

beskrive den er så blinde, tror jeg det ville være langt bedre om vi la grunnen for en praksis der vi iallfall innen *trygdemedisinen* tok for oss én del av elefanten – og da helst den samme hver gang – slik at legeerklæringer og meningsytninger i trygdesaker kan få et helhetlig preg.

Som premissleverandør og portvakt for Velferdsstatens medisinske betingede ytelser, må vi leger stille krav til det system vi skal være en del av. Jeg vil ikke se mine vurderinger av en «diffus» pasients funksjonsnivå bli tilsidesatt og overprøvd av en relativt (og med ganske god grunn) umotivert spesialist som ikke kjenner pasienten og heller ikke har noe å tilby, rent medisinsk. En reduksjon i trygdemedisinsk begrunnede «bestillinger» hos spesialist bør derimot lede til økt tilgjengelighet i saker der det kan være noe å hente: Ikke minst i den tidlige – og kritiske – fase av forløpet av kroniske lidelser, der det ennå er håp om brukbar rehabilitering.

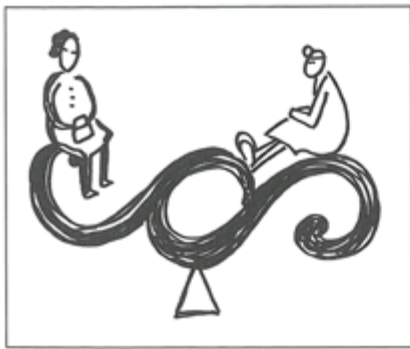
Trygdemedisin hører hjemme i allmennpraksis!

Når mange primærleger hevder at vi påtar oss trygdemedisinske opp-

gaver fordi vi faktisk ikke kan se hvem som kan gjøre en bedre vurdering av samspillet mellom kropp og helse, ressurser og begrensninger (7), bør vi ta oss selv på alvor. Hvis vi skal være med som portvakter i et system hvis mandat er å tildele økonomiske ytelser på grunnlag av noe så udefinerbart som sykdom, bør vi forlange et minimum av enhet i *hvem* som skal bedømme og *hva* som skal bedømmes. Legens rolle som portvakt er tvetydig, og det er ingen tvil om at den som skal fungere både som behandler og sakkyndig, også bør være seg bevisst denne dobbeltrollens dilemmaer (11). Vi bør ikke la oss styre av tilfeldigheter når vi skal navigere i det trygdemedisinske terreng.

Vi har arbeidet fram en *spesialitet* i allmennmedisin og da også forhåpentligvis en kompetanse som er særegen for den erfarne primærlege. Hva skal den så brukes til? Jeg kan ikke se annet enn at trygdemedisinske vurderinger hører hjemme midt inne i allmennmedisinen. Men her har vi nok alle et ønske om å unnsnippe, for trygdemedisin kan være et tungt og ganske utakknemlig arbeid. Mange allmennpraktikere blir sikkert svette ved tanken på mer trygdemedisin i sin hverdag. Men her er det på tide å mobilisere litt idealisme: Skal dette arbeidet gjøres, bør det gjøres så godt som mulig. Dermed bør det gjøres av allmennpraktikere, folk som har utdanning i å tenke helhetlig, en ferdighet trygdemedisinske arbeidsoppgaver forutsetter. Spesialistvurderinger skal selvsagt innhentes der dette kan ha *diagnostiske eller terapeutiske konsekvenser*, men organspesialisten bør neppe avkreves noen totalvurdering av søkerens funksjonsevne etter ett enkelt møte.

Iblant ser man – som primærlege eller trygdesaksbehandler – et behov for en «second opinion» ut over det strengt diagnostiske eller terapeutiske. I slike tilfeller bør henvisningen gå til en (annen) *spe-*



Kan vi oppnå balanse?

sialist i allmennmedisin. Slike henvisninger bør – i den grad de iverksettes gjennom trygdeetaten – foretas i samråd med behandlende lege.

Som koordinator kan allmennpraktikeren – gjerne i samarbeid med trygdekontoret -delegere deler av vurderingen til andre. Spesielt tenker jeg på vurderinger av forhold som har med funksjon og ergonometri å gjøre: Fysioterapeuter bør kunne avkreves meningsfylte vurderinger. Bedriftshelsetjenesten bør, såsant den finnes og pasienten har et intakt arbeidsforhold, levere en rapport. Vi bør kort sagt kreve mer av våre samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten og stille høyere krav til kvaliteten av den totalvurdering av søkeren man kan komme fram til på dette nivå.

Det kan også hende at vi bør foreslå endringer i det dokument som styrer vår medisinske framstilling av trygdesøkeren (legeerklæringen, RTV blankett 5.05) Det finnes trolig en bedre rettesnor for tanken enn en framstilling som åpner med punkt 2.3 (Sykehistorie) og via punkt 2.8, som iallfall gjør *undertegnede* en anelse betenkt (Bekrefter undersøkelsen søkerens utsagn om egen funksjonsevne?), skal munne ut i vurderingen av arbeidsevne og ervervsmessige uforberhet.

Veien langs Snåsavatnet var så glatt, og hverdagen derpå så travel, at jeg ikke kom lenger enn hit i mine refleksjoner omkring trygde- og praksis. Dette er ikke noe radikalt, nyskapende bidrag i trygdedebatten. Det er et forslag til forbedring av det arbeid som

gjøres innenfor det eksisterende system. Det beste er som kjent det godes fiende. Den fundamentale premiss – sykdom som inngangsbillett til en økonomisk ytelse – bør vi absolutt bevare et kritisk forhold til (12). Men med så store og innflokke tanker i hodet, hadde jeg vel havnet i en grøft på vei mot Steinkjer – og derfor ble dette spørsmålet liggende ubesvart til en annen dag. □

Linn Getz

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Medisinsk teknisk senter
7005 Trondheim

Litteratur:

- (1) Muntlig meddelelse, prosjektleder Aud Ramberg, adr. 7750 Binde
- (2) Wifstad Å. De vellykkedes hevn. Erikk i trygdeinnstamningstid. Utposten 1993; 22: 288-91.
- (3) Stortingsmelding nr 39, 1991-92 (Attføringsmeldingen)
- (4) Westin S. Uføretrygd på retur. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2229-30.
- (5) Andersen E. Avslag på søknader om uførepensjon: Har lovendringen hatt betydning på lokalplan? Trondheim / Surnadal: Institutt for samfunnsmedisinske fag / Samfunnsmedisinsk forskningscenter, 1993.
- (6) Dyb E. Fratatt trygden på en halvtid. Nye regler kaster folk ut av trygdesystemet uten å tilby alternativer. Klassekampen 22.5.93:9.
- (7) Getz L. Legen og uførepensjonen. Allmennpraktikerens arbeid med uførepensjonssaker i en innstramningstid. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisinske fag, 1993.
- (8) Lipsky M. Street-Level bureaucracy. Dilemmas in the individual in public services. Russell sage Foundation, New York 1980.
- (9) Solheim LH. Trygdefunksjonæren som portvakt i trygdesystemet. Jystlandsforskning, Rapport nr 16, 1992.
- (10) The blind men and the elephant. Dikt av John Godfrey Sesse. (Jeg har ikke den opprinnelige referansen, sender med diktet istedet – det kan sikkert tåle å trykkes en gang til)
- (11) Stone DA. Physicians as gatekeepers: Illness certification as a rationing device. Public Policy 1979, Vol 27 no 2 : 227-54.
- (12) Norges offentlige utredninger. Folketrygdens uførebegrep. NOU 1977: 14. Oslo: Universitetsforlaget, 1977.

The Blindmen and the elephant

It was six men of Indostan
to learning much inclined,
Who went to see the Elephant,
(Though all of them was blind),
That each by observation
Might satisfy his mind.

The FIRST approached the Elephant,
And happening to fall
Against his broad and sturdy side,
At once began to baw:
«God bless me! but the Elephant
Is very like a wall!»

The SECOND, feeling of the tusk
cried, «Ho! what have we here
So very round and smooth an sharp?
To me it is mighty clear
This wonder of an Elephant
Is very like a spear!»

The THIRD approached the animal,
and happening to take
The squirming trunk within his hands,
Thus boldly up and spoke:
«I see», quoth he, «the Elephant
is very like a snake!»

The FOURTH reached out
an eager hand,
And felt about the knee,
«What most this wondrous beast is lik
Is mighty plain», said he;
«This clear enough the Elephant
is very like a tree!»

The FIFTH, who chanced to touch
the ear,
said: «Even the blindest man
can tell what this resembles most;
deny the fact who can,
This marvel of an Elephant
Is very like a fan.»

The SIXTH no sooner had begun
About the beast to grope,
Then, seizing on the swinging tail
That fell within his scope,
«I see», quoth he, «the Elephant
is very like a rope!»

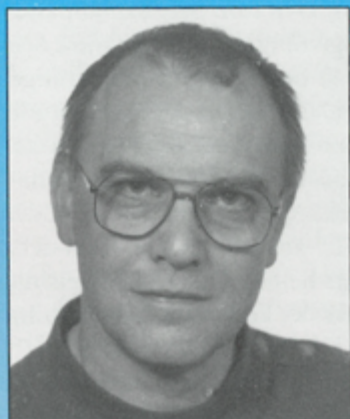
And so these med of Indostan
disputed loud and long
each in his own opinion
exceeding stiff and strong,
Though each was partly in the right,
And all were in the wrong!

Moral:
So often in scientific wars
The disputans, I ween,
Rail out in utter ignorance
of what each other mean,
And prate about an Elephant
not one of them has seen!

John Godfrey Sesse

Vård, värde och livskvalitet

Tekst: Sten Larsson



Sten Larsson, född 1939, postmatur läkare med examen 1976 och ett förflutet som teckningslärare, examen 1962 och två år på kungliga konstakademien i Stockholm. Geriatriskt och allmänt internmedicinskt specialistkompetent sedan 1983. Arbetar som överläkare vid en geriatrisk klinik som upphörde den 1:ste februari 1994 och då blev en del av medicinkliniken i Ängelholm. Specialintressen, den icke botbare patienten, döendeproblematiken, lidande og smärte, patienten som helhet och del av en gemenskap.

Jag är geriatriker och arbetar som sådan med de äldres sjukdomar och livsförhållanden. Med reflektioner kring de äldres vård, det människovärde vi därmed tillerkänner dem och de värderingar som styr vårt agerande i frågan närmar vi oss även större, mera generella frågor. I sin bok, «Att vårda liv» talar professor Edgar

Borgenhammar om 1900-talets början som fattigsjukdomarnas epok, nutidens epok kännetecknas av vällevnadens följder. Den bristande tillitens ohälsa blir emellertid alltmera påtaglig. Beror tillitsbristen på de allt skarpare markerade gränserna mellan människor, det växande avståndet mellan oss själva och alla de andra? Jag tror det är så och på senare tid har jag från olika håll sett exempel därpå. När det gäller handhavandet av de äldres omsorger så polariseras dessutom problemen, frågeställningarna blir klarlagda.

I USA förordade 1950 38% av de vuxna rätten till eutanasi, det vill säga möjligheten att, om de så önskade, ha en reservutgång ur livet. Den andelen har vuxit och 1991 ansåg 70 % att man borde ha rätten att låta sig avlivas om man så önskade. De yngre i undersökningen var mera positiva än de äldre men i alla åldersgrupper ökar intresset för och acceptansen av eutanasi. Varför är det så? Är det sjukvårdens utveckling och möjligheter som upplevs skrämmande alltmedan den existensiella tilliten, livstilliten minskar?

En aktuell undersökning från Israel påvisar en stor skillnad i kraven på sjukvårdsaktiviteter i livets slutskede beroende på vem det är som håller på att dö. Är det mor eller far så vill man att mycket mer skall göras än om det gäller det egna döendet. Man hävdar sin rätt till den egna döden med eftertryck samtidigt som man inte vill ge sina föräldrar samma rätt.

«Ädelreformen» genomfördes i Sverige för att förbättra, förenkla och effektivisera åldersvården i alla dess aspekter. Kampen mellan landsting och primärkommun för att slippa kostnader skulle upphö-

ra. Samordningsvinsterna skulle komma de äldre till del. I de flesta av Sveriges kommuner bibehålls ansvaret för de äldres sjukvård hos landstingen, hemkommunen skulle sköta resten. Därigenom finns det kvar en gräns att tvista kring, vad är sjukvård och vad är omsorg? Man har fortsatt problem som man tycker att andra rätteligen borde ta hand om och betala för. Den teoretiska vinsten uteblir.

I ett televisionsprogram diskuterades nyligen den sviktande äldrevården samtidigt med problemet avskedade äldrevårdare. Man konstaterade, tvärs över partigränserna, att då det var dyrare att ha människor arbetslösa än i vårdande arbete bör man inte avskeda vårdarbetare förrän man har något annat för dem att göra. Man noterade också att livskvaliteten var högre hos individer som hade ett meningsfullt arbete. Att behålla personal i arbete inom vården för att de behövdes där nämndes inte som skäl. Inte heller att de äldres behov självklart skall tillgodåsas oberoende av om hjälparna och samhället tjänar eller förlorar, på det. Om man fortsätter avskeda trots att alla parter, äldre, anställda och samhälle förlorar, är detta ett uttryck för principfasthet inte intelligens.

Vilka värderingar är det som styr de äldres omhändertagande och sjukvård? Inge Lønning, rektor vid universitetet i Oslo, hävdar att nivån för vård och omsorg av gamla, allvarligt sjuka och döende är den säkraste indikatorn för livskvalitet i ett samhälle. Våra prioriteringar är uttryck för vår aktuella uppfattning om människovärdet. Förändringarna i vår hållning styr och bestämmer vilka problem vi finner värda att åtgärda. Hårda

fakta finns inte, det mesta flyter fritt mellan olika ideologier och politiska partier. Den enorma kunskapsmängd som informations-samhället tillhandahåller, gör att försvaret mot hastiga osiktsändringar har brutits ned. Tillgängligheten av fakta är nu så stor att de äldres tidigare huvudroll som kunskapsöverförare har försvunnit.

Vårt samhälle hade tidigare tre generationer med mjuka övergångar mellan faserna. Barnfasen var uppväxt, inläring och arbete, föräldrafasen mest arbete men också både in- och utläring. Äldrefasen innehöll också arbete, men var framför allt garanten för kunskapsöverföringen. Det var den som gjorde att den nya generationen kunde ta vid där den förra slutat. Vi hade ett «tre generations fack» där människan under sitt livslopp successivt byter generation, alltmedan omgivningen är densamma. Nu har vi i stället tre stycken «en generations fack» med avdelningarna fast avgränsade, inhägnade och särskilda. Det är omöjligt att gradvis gå från ett stadium till ett annat. Man byter kontext plötsligt och totalt.

Från ungefär 25 till 65 år är man yrkesaktiv och ÅR samhället.

Före 25 år är man ännu inget men kan förhoppningsvis bli. Det är den gruppen som är det framtida samhället och på dem satsas resurser som aldrig förr. Deras enda uppgift är att konsumera. Deras roll har aldrig varit socialt svårare än den är nu. De har inte några definierade krav att mäta sig mot samtidigt som de är utsatta för en enorm förväntanspress. Den yrkesverksamma gruppen, där deras föräldrar ingår, ger dem ekonomiska resurser med ena handen och tar tillbaka dessa resurser med hjälp av den andra och marknadskrafterna. De unga blir en samhällsgrupp som går på tomgång och har en låg livskvalitet. Deras liv är ett förspel och vi i den viktiga vuxengruppen visar dem intresse enbart i deras egenskap av blivande vuxna.

Äldregruppen är ett än större problem. De har haft sin framtid så varför finns de till? De har ingen aktuell social identitet, behövs inte och är «berättigade» enbart på grund av det de har varit och gjort. De har skapat de samhällets fördelar och nackdelar vi alla åtnjuter och lider av och bör kanske därför få fortsätta att finnas till.

Denna uppdelade modell medför förluster för alla tre grupperna. Svagheterna förstärks, styrkan beskäres om man jämför med den sammanhållna modellen. Människovardandet fragmenteras, våra olika livsroller ses inte som ett sammanhang. Vi blir både i tid och funktion olika individer, helheten försvinner och glöms bort.

Om vi inte är delaktiga i vår egen helhet, hur skall vi då kunna känna oss delaktiga i andra människors behov och resurser? Hur skall vi på ett naturligt sätt kunna hjälpa och utan skamkänslor ta emot hjälp? Hur skall vi våga känna tillit även inför det okända, det vi inte kan kontrollera. Att alltid ha kvar en känsla av trygghet i vissheten att vi inte är ensamma, utlämnade. Att uppleva oss omfattade av medmänniskors omsorger och veta att vi är värdiga att vara det. Är det så vi har det idag? Är vi villiga att öka vår sårbara yta genom att låta vår upplevda omsorgsplikt omfatta en större grupp människor och därmed också vid behov ha tillgång till omsorg från fler? Eller gör vi tvärtom och likt Epiktetos begränsar allt till oss själva, bara det vi direkt kan hantera och styra låter vi oss påverkas av. I stället för att vara människor blir vi då som skuggbilder. Ola Nyberg uttryckte i en dikt «stark som en skugga, men mot en skugga kan inget stödjas». Vi blir då till inget värde för andra och sannolikt i samma ögonblick totalt värdelösa även för oss själva.

Samhällets maktcentrum förtätas in mot matematiska mitten av de samhällsaktiva 25-65 åringarna. Makteliten är de 40-50 åriga styrande männen av båda könen. De

är gruppen som kan mest och förstår minst, de som låter kunskapen styra medan de glömmer sin känsla. De sysslar enbart med nutid, lång sikt finns inte och perspektivet är trångt, rationellt och utilitaristiskt.

Enligt Darwin överlever den variant av arten som bäst kan anpassa sig till omgivningen. När det gäller människan tycks det åtminstone kortsiktigt vara tvärtom. Den som bäst kan anpassa omgivningen överlever mest och det är beklagligt för omgivningen.

Det är lättast att se och studera människans mänsklighet i livets gränsområden. Fokuserar man intresset till den styrade perioden 25-65 år ser vi bara en liten del av livets helhet. Utan en helhetsbild krävs det kollektiva förträngningar för att stå ut. Människobilden måste kunna användas och fungera i livets alla åldrar och faser. Om idealmannen nödvändigtvis skall vara 40 år och idealkvinnan måste vara 19, då blir bilden felaktig och oanvändbar.

Ulla Qvarnström har i sin bok «Vår död» studerat vår mänsklighets yttringar i och omkring livets slutskede. Hon behandlar några av de tankesystem som varit av betydelse vid formandet av våra nuvarande synsätt. Eutanasi-problemet sätts i boken in i ett historiskt sammanhang och banaliteten i dess dödande problemlösning speglas mot hospicefilosofins rikare inriktning, att göra även döendet till en värdefull del av livet. En strävan att ge den döende en värdighet som onödiggör den yttersta mänskliga förnedringen, att behöva vädja om att bli dödad.

I antikens Grekland och Rom liksom i äldre nordiska samhällen var det erkänt och tillåtet att med «frihet lämna livet». Detta gav omgivningen möjligt att hjälpa människor avsluta sina liv. Kristendomens bud «Du skall inte dräpa» omöjliggjorde en fortsättning. Barmhärtighetstanken och med den strävan att lindra människors lidande och inte döda de lidande

kom i stället. Under renässansen hävdades att ett långt liv i måttfullhet skulle följas av en naturlig, «god» död. Naturens och livets processer fick fortsätta, eventuella livsförlängande åtgärder skulle inte tas i bruk. Om individen å andra sidan var drabbad av sjukdom så kunde döden bli en kvalfull kamp. Möjligheten att vid behov påskynda döden var därför då en väsentlig del av den medicinska kunskapen. I merkantilismens Utopia var aktiv dödshjälp ett instrument i kontrollen av ett socioekonomiskt systems knappa resurser. Det räknades som en heroisk självuppoftning att låta sig dödas till förmån för andra. Benjamin Franklin, i det tidiga USA, ansåg ålderdom vara en botbar sjukdom och botar man den, då skulle livet kunna förlängas till tusen år eller mer.

System av sociala mönster är samhället, gemenskapen. Man måste som individ känna att sig som en del av gemenskapen, annars accepterar man inte mönstret. Då blir omgivningens ansträngningar att påverka och inlämma individen i samhället bortkastade.

Darwins utvecklingslära har påverkat många. Spencer är en av dem som tyckte att man inte skulle göra våld på urvalsprincipen. Man borde inte konstlat ta hand om dem som är minst kapabla att ta hand om sig själv, de svagaste. Wiesman noterade i slutet av 1800-talet att kvinnor och utbildade var lägre stående grupper vilkas död var oproblematisk. Osler hävdade att människans kreativitet och brukbarhet räckte till 40 års åldern, sedan var de utan värde. Varifrån fick de sina anhängare? De flesta måste även då ha varit kvinnor eller mer än 40 åriga män!

Häckel ansåg att «värdelösa» människor snabbt och effektivt borde förgiftas. Hitler tyckte idén var god och lät utveckla tekniken. Hans genocid, folkmordsprogram, kallades i Tyskland för eutanasi-programmet.

Vetenskapsmän, filosofer, poli-



tiker och kyrkliga företrädare, är grupper som försökt påverka, förlänga eller förkorta människors liv. Bakom finns en strävan att behärska och dirigera naturens krafter. Denna strävan finns också inom sjukvården och är inte så farlig som man kunde tro om man är medveten om den.

Gruman, på vars studier ovanstående baserar sig, pekar på en paradox. Vi som strävar efter förbättrad hälsa och längre liv ser samtidigt det ökade antalet äldre som ett problem. Är det kanske så att det är vi som skall leva längre och friskare medan det är *de andra* som utgör problemet?

Vilka personer skall omfattas av gruppens solidaritet? Hur stor är gruppen, vem får vara med? Vem skall man låta bestämma behovet om man nu nödvändigtvis skall behovsrelatera en budget?

Det är väl inte vara så dystert som Lennart Koskinen antyder när han finner solidaritet vara ett förhållningssätt tillämpat inom gruppen solida arier? Var finns moralen och samhörighetskänslan när föräldrar i så kallade välbärgade områden startar friskolor för att slippa dela resurserna med barn i problemområden, barn som behöver en större del av kakan? Hur mycket ansvar har jag för mina medmänniskor och finns det några

av dem som är mera medmänskliga? Mina egna barn kanske?

Är till och med den lilla kärnfamiljen för stor? Det antyder Edgar Borgenhammar när han talar om familjen som «småföretaget med hög personalomsättning». Kan man inte ens där, i den lilla gruppen, låta *oss* och *de andra* vara en enhet?

Det är alltid utanför oss själva som vi måste finna skälen att känna tillit. Vi kan aldrig själva känna tillit om vi inte också finner det naturligt att omfatta andra med vår omtanke. Hur skulle man kunna minska den existensiella ångesten och öka tilliten? Det hjälper inte med garantier och försäkringar. Vi måste se livet som den gåva det är. Klarar vi det, då har vi kanske löst problemet. Vi brukar ju inte kräva garantibevis på gåvor.

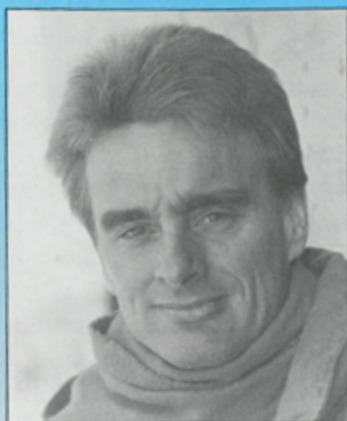
Det är en allmänt accepterad sanning att människan lever tills hon är död. Den sanningens självklara konsekvens är att till och med döendet är en del av livet. Låter vi den slutsatsen bli en *insikt*, då är vi rustade att leva, hela livet, tillitsfullt i dess föränderlighet. □

Ängelholm 93 10 30

Sten Larsson
Plommonvägen 17
262 62 Ängelholm 0431/20669

Livsstilsmedisin

Tekst: Erik E. Solberg



Dr. Erik E Solberg er spes. i indremedisin og arbeider som klinisk stipendiat ved medisinsk avdeling, Ullevål sykehus. Han arbeider med stressmedisinsk forskning og har interessert seg for livsstilsproblematikk.

Innledning

Det har vært en økonomisk depresjon i Norge med nedskjæringer til følge i helsevesenet. Perspektivene mot århundreskiftet gir ikke forhåpninger om økte helsebevilgninger. Vi må bedre folkehelsen uten mer penger. Debatt om nedskjæringer i trygdeytelsene er i full sving. En av fire nordmenn får i dag stønad fra det offentlige. Vi har ikke råd til å ivareta så mange syke og hjelpetrequende slik prioriteringene er. Økonomiske hensyn kan tvinge frem økt vekt på livsstilsomlegging for å bedre folkehelsen.

Leger kan handle ved å foreskrive medisiner eller ved å stimulere endring av livsstil. Det ene alternativet peker på en passiv-, det andre på en aktiv pasientrolle. Dis-

se holdninger til pasientarbeid kan avspeiles også i politisk ideologi. I hvor stor grad har individet eller samfunnet ansvar for det enkelte liv? Samfunnsutviklingen har aksentuert betydningen av at enkeltmenneske ivaretar egen helse.

Forskning om livsstilsendring har gitt gunstige helsegevinster. Osloundersøkelsen (1) blant flere har dokumentert at folk kan gjøre mye positivt for helsen ved livsstilsomlegging.

Man kan berettiget livsstilsmedisin etisk og hevde at det er riktige å forebygge fremfor å reparere helseskade.

Livsstilsmedisin

Hvordan livsstilsfaktorer innvirker på helsen, kan naturlig samles i ett begrep; livsstilsmedisin. De viktigste innsatsområdene synes å være fysisk aktivitet, riktig kosthold, unngå røyking, reduksjon av nytelsesmidler, vektnormalisering, stressbalansering og å begrense seksuelt overførte sykdommer. I observasjonelle studier er det vist at fysisk trening øker levealder og minsker sykkelighet (2-4). Trening hos tidligere ikke trente øker levealder selv i høy alder (5). Eldre har samme treningseffekt som yngre (6). Kostholdets betydning for folkehelsen er velkjent. Fettfattigere diett synes å være en av forklaringene på hvorfor forekomst av hjerteinfarkt har gått ned i Norge (7). Man har fått god tilbakegang angiografisk av koronarsklerose ved vegetarisk fettfattig kost (8). Røyking er regnet som den viktigste risikofaktor som kan forebygges (9). Forekomst i Norge er omtrent som for 10 år siden, dog med variasjon innenfor gruppene som røyker. Alkoholens negative betydning for folkehelsen er velkjent. Oppmerksomheten rundt alkohol som helserisiko synes å ha

stillet av. AIDS epidemien har ytterligere anskueliggjort forebygging av seksuelt overførte sykdommer som et satsningsområde (Statsbudsjettet 1990). Yrkeseksponering har i mange år vært kjent som mulig risikofaktor for helsen. Allergi og astma er økende og er blitt satt i sammenheng med miljøforurensning. Søvnkvalitet bør sees i livsstilsmedisinsk sammenheng.

Livsstilsmedisin og kurativ medisin

Det er grunnlag for å hevde at livsstilsmedisin er uprofesjonelt behandlet av helsevesenet idag. Den kurative farmakologisk orienterte medisin har arbeidet med medikamentell utprøving. Vi har idag rimelig oversikt over indikasjon, behandling, bivirkning, kontraindikasjon og interaksjon med den medikamentelle terapi. Det er ikke tilfellet med livsstilsmedisinske hjelpemidler. Vi har ikke indikasjon og bivirkninger klart for oss ved livsstilsintervensjon i praksis. Kanskje er disse parametrene heller ikke de mest relevante? Burde vi heller utrede motstand mot- og motivasjon for livsstilsintervensjon, og trene oss til å vurdere pasientens potensielle ressurser og evne til omlegging av adferd?

Etisk betenkelig?

Livsstilsmedisin involverer etiske problemstillinger. Skal helsearbeidere i det hele tatt drive med dette eller representerer det et overtramp i forhold til pasienten? Den etiske side i livsstilsarbeid er mangefasettert og trenger utredning og drøftelse slik at helsearbeideren kan stå på sikrere grunn i sitt arbeid. Konsensuskonferanser er blitt vanlig i medisin. Livsstilsmedisin er et felt som kunne egne seg for det.

Tabloidpressen burde ikke være eneste arnested for debatten. Ikke bare fagfolk, men også legfolk, politikere og beslutningstagere burde være med i slike drøftelser som reiser videre perspektiver enn de rent medisinske. Som eksempel kan nevnes: Hvilke rettigheter har helsepersonell til å intervensjonere overfor en pasient? Skal for eksempel hjertepasienter nektes koronaroperasjon hvis de ikke slutter å røyke? Målinger fra MMI juni 1993 viser at et stort flertall aksepterer røykeloven. Det er i fellesskapets interesse at livsstilspåførte helseskader reduseres. Da burde også samfunnet ansvarliggjøres mer enn tilfellet er idag. Leger synes generelt å være skyteskive for kritikk og aggresjon bedømt utifra media. Legene kunne speile mer av denne kritikken og spørre: Hva slags leger bør samfunnet ha? Aksepterer nordmenn livsstilspåvirkning fra sine leger? I hvor stor grad? Det kan se ut som at pasienter forventer mer livsstilspåvirkning fra legen enn det de faktisk får (10). Kostnadene ved ikke å gjøre det burde synliggjøres. Behovet for et samarbeid om dette med befolkningen og institusjonene er åpenbart. Bedrifter har med hell forsøkt med trening i arbeidstiden og premiering av ikke-røyking (11). Økonomiske sanksjoner i form av økt forsikringspremie mot de som har helseskadelig livsstil, er drøftet. USA er det vesentlige land som har oppnådd raskest og størst reduksjon av røyking (12). Hva kan vi lære av deres erfaringer og handlinger?

Individets frihet

Men samarbeid med befolkningen er ikke lett når den individuelle frihet blir sterkt berørt. Vi aksepterer i dag kjørerregler i samfunnet som begrenser individets frihet på mange plan. Livsstil synes å aktivisere den siste skanse av individuell frihet ganske sterkt hos politikere og andre meningsberettigete (13). Dette feltet trenger bevisstgjøring.

Den psykologiske motstand mot livsstilsendring bør debatteres. Den mest interessante forskning på røyking idag er kanskje ikke om skadevirkninger, men om forståelsen av hvorfor folk ikke klarer å slutte og røyke. Det orale psykologiske feltet som berøres i røyking, diett og seksualitet er terapeutisk vanskelig tilgjengelig. Det er påfallende hvor lite den psykologiske side har vært trukket inn i livsstilsintervensjonens problemer. Den somatiske, epidemiologiske og naturvitenskapelige dimensjon har dominert forståelsen.

Helsepersonell og livsstil

Det er vist at helsearbeidere som selv har en helseuholdig livsstil utifra dagens viten også gir dårligere livsstilsrådgivning (14). Norske leger har reagert positivt på røykeslutt (15). Vi er oppdratt i en tradisjon hvor vi gir et remedium, medikamentelt eller operativt, til pasienten. Hvis en av våre hovedoppgaver skal bli å stimulere pasienten til å endre adferd, vil det kreve en annen innsats og holdning som vil kreve omstilling av oss. Det synes å være en ganske positiv holdning til livsstilsarbeid blant norske helsearbeidere. Systemet vi arbeider under stimulerer for lite til dette (16), hverken økonomisk med refusjonsordninger eller holdningsmessig.

Lege-pasient relasjonen

Lege-pasient relasjonen kan i livsstilsspørsmål ende i høflighet mer enn i reell og erkjennende selvforståelse. Vi burde arbeide mer med pasientenes egen adferdsforståelse i stedet for bare å gi informasjon om helseskadene. Det mest interessante er ikke hva pasientene vet om røykeskader, men hva pasienten faktisk gjør og ikke minst: Hva vil pasienten gjøre etter at han er ute av kontoret? Dette er det vesentligste spørsmål som pasienten ofte vet svaret på under konsultasjonen. Denne dialogen bør

igang i konsultasjonen. Legen må stimulere den frem.

Forskning

Det er misforhold mellom hva vi vet om effekt av livsstilsmedisin og hvordan det praktiseres av helsepersonell. Vi har ikke studier som sier noe om hvor mye av tiden almenlegen bruker på livsstilsorientert medisin i motsetning til farmakologisk terapi. Vi vet heller ikke hvilke endringer som må gjøres for eventuelt å forandre på dette. Vi vet ikke hvor ofte resept på trening gis i forhold til for eksempel antihypertensiva hos blodtrykkspasienten. Knappt er det tid til å drive livsstilsarbeid i travel legearbeidsdag selv om effekten er dokumentert å være god. Studier av effekt av livsstilsintervensjon er mangelfulle (7). Sammenlignende studier av livsstilsintervensjon mot medikamentell intervensjon overfor betemte lidelser bør komme. Dette vil bli dyrt. Fordi de som ønsker belegg til påstanden at medisinsk forskning er styrt av industrien, kan manglende livsstilsforskning tjene som eksempel på at farmakologisk forskning er urimelig oppprioritert i forhold til livsstilsforskning. Avhengig av hvordan man regner kost-nytte betraktninger, ser det ikke ut til at det er billigere å drive livsstilsarbeid enn medikamentell intervensjon på hypertensjonspasienter (17). Mer forskning bør aventes før vår forståelse av dette blir konklusiv. Innen livsstilsmedisin er det ikke bare viktig å lære mer om virkninger av risikofaktorene. Vel så interessant er det å lære om motstanden, etikken og hvordan profesjonalisere intervensjonen. Hvilken plass skal intervensjonen ha i medisinsk arbeid (18)? Hvordan skal livsstilsmedisinsk viten anvendes? Hvorfor er det ikke profesjonell røykeavvenningskur tilknyttet kardiologiske avdelinger når dette sannsynligvis er noe av det mest effektive man kan gjøre for koronare pasienter? Slike spør-

mål bør forfølges og utprøves i kliniske forsøk.

Utdannelse

Leger får sin utdanning hovedsakelig gjennom universitet. Etterutdannelsen skjer stort sett via internkurs, kurs i Legeforeningens regi og kurs fra legemiddelindustrien. Disse kurstilbudene er lite livsstilsorienterte. Hypertensjon og søvnproblematikk er for eksempel vel egnet for livsstilsarbeid. Kurs i behandling av dette har vært dominerende farmakologisk orientert. Det er holdepunkter for å si at utifra kurstilbud til leger og studentundervisning, har vi ikke lært særlig om livsstilsarbeid. Derfor er vi heller ikke profesjonelle i det.

Livskvalitet eller gravalvor?

I livsstilsarbeid er det viktig å være oppmerksom på mulige falgruber. Bidrar livsstilsorientert helsepersonell til at pasienter blir unødig skambelagte og klandrer seg selv for egen sykdom? Blir livsstilsorienterte mennesker selvopptatte, det motsatte av å ha god helse? Ensetter vi mennesker, setter oss til dommere over andre og mister mangfoldets perspektiv og utfoldelse? Tror vi at for mye kan ordnes ved livsstilstiltak og glemmer genetikken, menneskets litenhet og tilfeldighetens kaos som årsaksfaktor til sykdom? Glemmer vi hvor kortvarige de medisinske sannheter er? Våre råd kan være basert på for dårlig grunnlag. Ender vi for mye i gravalvoret og glemmer «den sunne fornøyelse» som kjernebudskapet i livsstilsarbeid?

Den profesjonelle holdning

Den profesjonelle helsearbeider bør kunne bruke livsstilsintervensjon på linje med medikamentell intervensjon avhengig av hva som vurderes best for den enkelte pasient. Råd om livsstil bør brukes på linje med et hvilket som helst

annet medisinsk remedium. Livsstilsmedisin og medikalisering må finne hver sin plass i det totale bildet av medisinske tilbud. Foreløpig er flere sider uavklart. De etiske sider er manglende utredet. Vi må ta hensyn til de etiske betenkeligheter som foreligger og usikkerheten i forskningen. Samarbeidet med brukergruppen er ikke tyde-

liggjort. Hva skal kjørereglene være? Fortsatt synes det å være kanskje unødig uavklarethet mellom leger og befolkning. Adferdsforskningen er mangelvare. □

Erik E. Solberg
Medisinsk avdeling
Ullevål sykehus
0407 Oslo

Referanser

1. Hjermann I, Velve-Byre K, Holme I, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo study of a randomised trial in healthy men. *Lancet* 1981;2(8259):1303-10.
2. Curfman GD. (Eds.) The health benefits of exercise. A critical reappraisal. *N Eng J Med* 1993;32:574-6.
3. Sandvik L, Erikssen J, Thaulow E, Eriksen G, Mundal R, Rodahl K. Physical fitness as a predictor of mortality among healthy, middle-aged norwegian men. *N Eng J Med* 1993;328:533-7.
4. Mæhlum S. Betydningen av fysisk aktivitet i det moderne helsebegrep. *TdNLF* 1993;113:462-4.
5. Paffenbarger RS et al. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Eng J Med* 1993;328:538-45.
6. Evans W. The effect of age and activity on skeletal muscle metabolism. Abstract First Scand Cong in Sports Medicine, Oslo 1992.
7. Hjermann I. Strategier overfor hjerte- og kar sykdommene. *TdNLF* 1992;112:2738-9.
8. Ornish D et al. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? *The Lancet* 1990;336:129-33.
9. Fielding JE. Smoking: health effects and control. *N Eng J Med* 1985;313:491-7.
10. Bruusgaard D, Rutle O, Aasland OG. Alkohol, livsstil og helse i allmennpraksis. *TdNLF* 1984;104:1427-31.
11. Aftenposten 12/5-1993
12. Aftenposten 23/3-1993
13. Spang MG. Formynderstaten VG 3/9-1991.
14. Wells KB, Lewis CE, Leake B, Ware JE et al. Do physician preach what they practice? A study of physician health habits and counselling practice. *JAMA* 1994;252:2846-8.
15. Nylenna M. Helsevesenet - et vindu mot en røykfri verden? *TdNLF* 1993;114:113.
16. Solberg EE. Stimulerer helsevesenet til sunn livsstil? *Utposten* 1988;17:228-30.
17. Omvik P. Foredrag Norsk Hypertensjonsforening, 25-28/2-1993.
18. Eds. Nicotine dependence-treatment for the 1990's. *J Int Med* 1993;233:307-10.

Utposten for 10 år siden

UTPOSTEN 6/1984 startet en såkalt Tabbespalte. Tanken bak spalten var å invitere til å dra lærdom av feil og å vise ydmykhet overfor faget. Vi gjengir hermed spalten slik den var 1. gang i 1984 og inviterer hermed leserne til å komme med bidrag som kan gjenåpne spalten.

«Redaksjonen er blitt oppfordret til å starte en spalte hvor leserne redegjør for sine feiltagelser og tabber i sin legepraksis.

Offentliggjørelse av feiltagelser og tabber kan være en påminnelse til oss alle. I diagnostikken er veien fra triumf til tragedie kort, glatt og bratt. Vi har alle noen suksesser og bragder å henvise til – ofte som vi forsøker å dytte ned i glemselens mørke.

I det danske Ugeskrift for læger finnes en rubrikk under navnet Memento. Denne rubrikken forteller i telegramstil hendelsesforløp som burde vært ganske annerledes. Rubrikken er uten navns nevning, men forteller hvordan tingene skjedde.

Vi må ikke glemme at ca. 22% av våre pasienter dør av cancer og at langt de fleste cancerdiagnoser burde vært stillt på et langt tidligere tidspunkt. Med diagnosen i hånden kan vi som regel ofte gå tilbake i journalen og finne frem små bemerkninger, symptomer og funn som burde ha vekket cancermistanken tidligere.

Hvor ofte sier vi ikke noe som vi angret etterpå, og hvor ofte glemmer vi å si noe vi burde ha sagt?

Ved å introdusere denne rubrikken håper vi på en storm av brev fra leserne og vil prinsipielt bringe innleggene under et passen-

de pseudonym idet vi ber leserne anføre om redaksjonen kan bearbeide, eventuelt forkorte innlegget.

Vi gjør oppmerksom på at vi ikke er interessert i høre om andres fiaskoer og egne suksesser!

Det er dine tabber og feiltagelser vi vil høre om.

En kollega, som skal få være anonym denne gang, har sendt oss følgende to tildragelser

Månedens tabbe I

48-årig mann med høy feber og diare noen dager.

Ved undersøkelsen er han høyfebril, litt tvilsom ømhet i magen og i ustanselig bevegelse mellom toalettet og sengen.

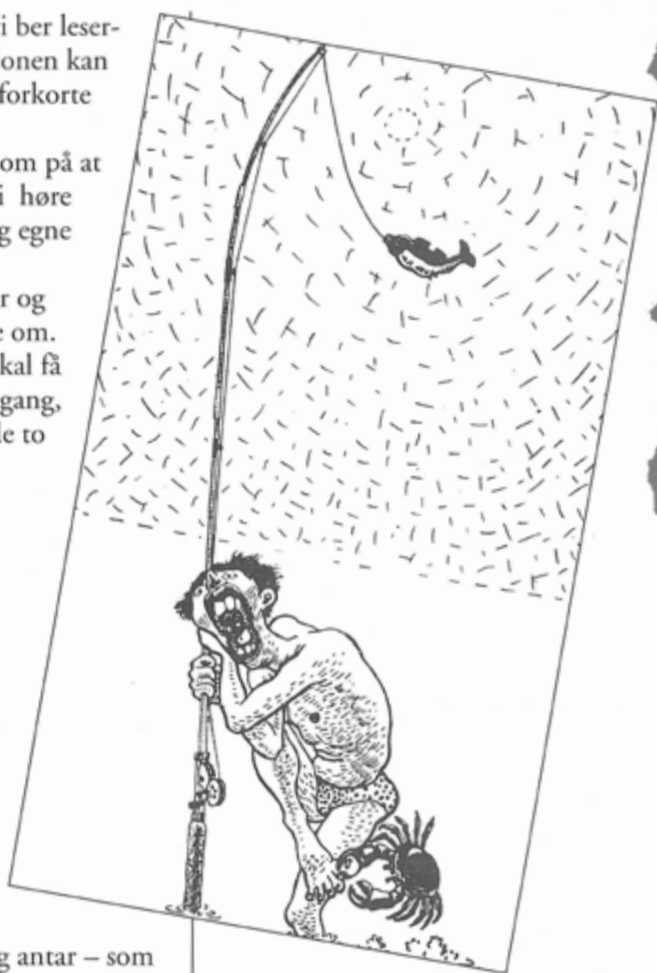
Jeg er den andre legen som ser ham og antar – som min kollega – at det nok er en gastroenteritt som må gå i ro, men ventilerer lab.-undersøkelser, avføringsprøver osv.

Dagen etter får han klar peritonittsymptomer. Lege III legger ham inn hvor man konstaterer en perforert appendicit og pasienten svever mellom liv og død i flere døgn før han endelig kommer seg.

Moral: Akutt appendicit er en djervelsk tilstand hvis den opptrer med atypiske symptomer. Appendicit kan utmerket immitere en høyfebril gastroenteritt.

Månedens tabbe II

58-årig kvinne som i noen måneder føler trykk i brystet spesielt ved fysisk aktivitet. Føler at det knytter seg å må legge seg ned. Lege I (hennes sedvanlige lege) lytter på hjertet og sier at det er i



orden, men hun synes ikke dette er beroligende og henvender seg derfor til lege II for å få «tatt ordentlig hjerteundersøkelse med EKG», (gruppepraksis). Pasienten virker rastløs og nervøs med diffus struma og fin fingertremor. Litt hurtig puls, BT normalt, normal stetoskopi og ellers intet særlig å finne.

Thyreoideaparametre normale og EKG viser venstre ventrikelbelastning med tachycardi.

Ved neste konsultasjon hos lege II klager hun over smerter i epigastriet som går opp i halsen i perioder, men Sobril hjalp på disse etter 1 time. Hun får Nitroglycerin under konsultasjonen, men er ikke sikker på om denne hjelper. Rtg. cor viser hypertrofi av venstre ventrikel og det tas nytt EKG.

Ved neste konsultasjon hos lege II er hun veldig ansent og klager over nedsatt matlyst og oppkast noen ganger. Får det bedre når hun spiser. Virker veldig ansent og hun henvises til spesialist i indremedisin med henblikk på coronarsykdom.

Lege III (spesialist i indremedisin) konstaterer at hun er mye bedre etter at mannen kommer hjem fra sjøen og at hun klinisk er kjekk. Nepp angina pectoris, normalt BT og normale stetoskopiske funn. Hun får Fluaxol.

Lege IV (undertegnede) avdekker langvarig komplisert familieproblematikk med sterkt uvennskap mellom svigerfamilien og pasienten samt hennes mann som er blitt uenig om hvordan de gamle, senile svigerforeldrene skal passes. Lege IV føler seg som den store sosialmedisiner og anbefaler henne å ta opp kontakten med svigerforeldrene og konkluderer med at det har ingen hensikt å ta flere blodprøver eller røntgenundersøkelser på nåværende tidspunkt.

Pasienten besøker nå lege V

som er spesialist i indremedisin i en storby og gift med hennes søster.

Han konstaterer en palpabel ventrikkeltumor og innlegger pasienten som naturligvis er utenfor all terapeutisk rekkevidde og dør få måneder etter.

Moral:

1. Glem ikke somatiske hovedplager.
2. Palpasjon av abdomen er en hurtig undersøkelse.
3. Undersøkelse på blod i avføring er en enkel undersøkelse.



Når nettene blir lange...

UTPOSTEN's edb-spalte

med spørsmål, svar og synspunkter om edb og relaterte emner.

Kontaktperson:

John Leer, 5305 Florvåg.

Tlf.: 56 14 06 61 (k) 56 14 11 33 (p). Fax: 56 14 40 42.

E-post cc:Mail 56 14 29 96 – E-post: G=john S=leer P=ccmail

A=telex C=no

Det har ikke kommet konkrete spørsmål til spalten hittil. Muntlig og telefonisk har vi fått melding både fra Rosendal og Stavanger om at spørsmål «er i kjomda», men altså intet konkret så langt.

Denne gang skal vi ta opp:

Fjernstyring av PC

PC-brukere har hovedtyngden av sine data på en «hovedmaskin» eller i et nettverk på arbeidsplassen. I tillegg har mange en «hjemme-PC» eller en bærbar PC. Hvilke muligheter har vi for å få disse to maskinene til å utveksle informasjon, og hvordan kan du sitte hjemme og fjernstyre PC-en på jobben?

Det trengs to modem – ett på hver PC og et kommunikasjonsprogram. Modem finnes i mange varianter og prisklasser – fra billige 2400 Bauds modem (lav hastighet) som koster under tusen kroner til avanserte høyhastighetsmodem til nærmere ti tusen kroner. Vi vil anbefale modem som kan

klare hastigheter på opp til 14400 Baud. Slike modem får man i dag for omkring tre tusen kroner. Av kommunikasjonsprogram for fjernstyring finnes flere og vi nevner:

Carbon Copy (DOS eller Windows), pcAnyWhere (DOS eller Windows), ReachOut. Med en av disse programpakken kan prosessen i stor grad automatiseres og beskyttes med passord og tilbakeringing. Dvs. at man fra hjemmemaskinen ringer opp kontormaskinen, sender kommando og passord hvoretter forbindelsen kobles ned, og deretter ringer kontormaskinen automatisk opp hjemmemaskinen (I hht passord og oppsatt nummer. Her kan man sette opp alternative nummer med tanke på reiser etc. og med aktuelle mobil-modem – kan en bærbar PC også kommunisere via mobiltelefonnett/Mobitex).

Dette fungerer!

Når kontakten mellom maskinene er etablert tar fjernmaskinen over styringen av vertsmaskinen.

Du kan mao. sitte hjemme og arbeide på PC-en på jobben (virkelig ta jobben med hjem!)

Dette er utmerket til kjøpe oppslag, skriving av notater og huskelister, sjekke avtalebok osv.

Sikkerheten i et slik oppsett må selvfølgelig nøye vurderes.

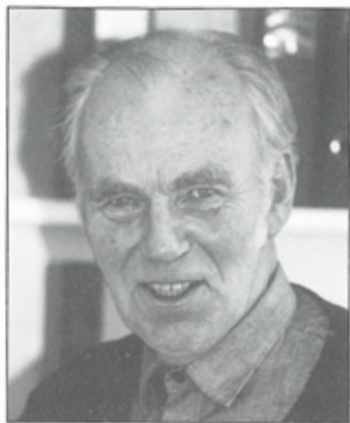
Oppringing, passord og tilbakeringing gir en bra sikkerhet. Hvis en i tillegg bruker kryptering av alle data som sendes over telefonnettet slik at bare sender og mottaker kan få noe fornuftig ut av kommunikasjonen bør sikkerheten kunne sies å være meget bra.

Kryptering vil si at informasjonen kodes av avsender og dekodes av mottaker. Kryptering kan foregå i modemmet (hardware) (f.eks. de norskproduserte Semaformodeme), og/eller (altså både og om ønskelig) ved hjelp av krypteringsprogram (software).

Hva Datatilsynet mener om saken kan vi kanskje få et innspill om i senere nummer? □

Sykestuefunksjonen må styrkes!

Kommunehelsetjensten må bli basis i norsk helsetjeneste, intervju med fylkeslege Egil Willumsen, Stavanger



Egil Willumsen

– Når en forsøker å formidle tanker med utgangspunkt i den nasjonale helsepolitikken og ikke opplever at en har departementet i ryggen, da føler en seg som en mislykket evangelist; og da er det kanskje på tide å trekke seg, sier Egil Willumsen i det han er i ferd med å gå av med pensjon. Han har lang bakgrunn fra offentlig helsearbeid; mangeårig fylkeslege i Rogaland og før det blant annet medisinalråd i Helse-direktoratet samt distriktslege.

Tekst og foto:
Geir Sverre Braut

– Jeg opplever en kollisjon av helige kyr i den helsepolitiske debatten. På den ene siden er alle i tale og på papiret opp tatt av å sikre de

grunnleggende behovene og gi høyere prioritet til kronisk syke. På den andre siden vokser det fram sterke allianser mellom fagfolk, administrasjon og folkevalgte hver gang det fremmes tanker om lokale prestisjeprojekter. Å bestemme seg for å rydde i kjelleren før en bygger karnappet, er bildet på de prioriteringer som må gjøres i helsetjenesten. Egentlig har dette vært en tverrpolitisk plattform for helsepolitikken i etterkrigstida. Det er derfor ganske tankevekkende og skremmende når man nå selv langt inn i sosialdemokratiet aksepterer ulikheter tilsynelatende uten å problematisere dette. Jeg kjenner at adrenalinet stiger når jeg ser at enkeltpersoner og grupper av folk blir utsatt for ulik behandling.

Viktige verdier ligger i den profesjonelle kulturen

Som ansvarlig for det statlige tilsynet med helsetjenesten i Rogaland siden 1985, har Egil Willumsen forsøkt å legge vekt på at folk får tilgang til helsetjenester av det omfang og den kvalitet de har krav på.

– Lovgivningen gir ikke tydelig nok uttrykk for hvilke standarder som skal legges til grunn. Men forutsetningene for en forsvarlig helsetjeneste ligger i tradisjonen. Gjennom den profesjonelle kulturen finner man konkrete uttrykk for fundamentale verdier som ikke kommer direkte fram i lovverket, sier Willumsen. Dette fører til at en kanskje kommer på kant med sosialpolitikken! Det er fagfolkernes oppgave å definere det som til enhver tid er allment akseptert som forsvarlig. Når politikerne skal bestemme det faglige innholdet, er vi skeivt ute!

Selv om mange av de faglige standardene kan finnes i profesjonskulturen, mener fylkeslegen at det på en del områder trengs eksplisitt uttrykte standarder med nasjonal gyldighet. Uten slike blir den nasjoale helsepolitikken utvisket. I en del tilfeller risikerer vi da at man i den lokale politikken spør mer etter hva som er til gagn for en selv enn for pasientene.

Lite rom for uenighet i helsepolitisk debatt

Tilsynsetaten må ha mulighet til – samt tørre – å være et uavhengig korrektiv både i forhold til fagfolk og lokale myndigheter. Willumsen ser det som selvsagt at tilsynsorganet selv må få bestemme hvilke momenter som skal vektlegges i det utøvende tilsynsarbeidet.

– Tilsynsmyndighetene har en viktig oppgave i å tilføre den helsepolitiske debatten faglige argumenter. Men når staten blander seg inn i lokalpolitikken, blir alt så forbasket farlig. Jeg skjønner ikke hvorfor uenighet i helsepolitikken tilsynelatende er så mye verre enn den uenigheten som oppstår når økonomer blander seg inn i EU-saken!

Alle er enige om de store problemene!

Gråsoneproblematikken har opp tatt Willumsen som fylkeslege. Selv om dette er erkjent av alle, er det liksom ingen som greier å ta fatt i dette på en konstruktiv måte.

– Hovedårsaken til at man ikke maktet det, er at politikk alltid tar hensyn til politikk. Politiske organer tør aldri overprøve et annet politisk organ som det ikke har klart definert makt over. De har heller aldri mot til å dra inn «oppmenn» til hjelp i grenseoppgang-



Kommunehelsetjenesten er et faglig, solid fundament, mener fylkeslege Egil Willumsen.

en. Selvråderetten og egen makt blir da viktigere enn å virkeliggjøre verdier i samfunnet.

– Distriktslegen hadde før i tida både andre forutsetninger og kanskje også vilje til å gripe fatt i konkrete problemer som i dag faller i gråsoner. Helsetjenestens utøvende organer må vokte seg for å gi avkall på mulighetene til selv å løse problemene.

– Av og til lurar jeg på om det nå er blitt slik at kommunelegen sitter og venter på at politikerne skal finne på det glupe når problemene oppstår. I så fall er noe helt galt skjedd. Kommunelegen må fortsatt tørre å gripe fatt i det som er urett og det som kunne vært gjort bedre på en annen måte.

Kommunehelsetjenesten skal være fundamentet

Willumsen peker på at helt fra Stortingsmelding nr. 9 (1974/75) har det vært sagt at primærhelse-

tjenesten skal være fundamentet for all helsetjeneste i Norge. Fremdeles, tjue år etter, er det likevel slik at det er den spesialiserte helsetjenesten som legger føringen i den faglige utviklingen. Med unntak av eldreomsorgen, er all helsedebatt konsentrert om institusjonene.

– Ventelisteproblematikken, f.eks., griper man bare fatt i gjennom å prioritere de elendigste samt med en viss ressurstilførsel. Ingen andre enn Fylkeslegen i Rogaland stiller spørsmål ved dette? Hvorfor tar man heller ikke utgangspunkt i kommunehelsetjenesten?

Ønsker flere sykestuer

Ved å bygge ut en sykestuefunksjon i kommunehelsetjenesten, kunne man kanskje gi primærlegen bedre muligheter til å følge opp enkeltpasienter og således ha kontroll med risikoen uten stadig å kjenne seg tvunget til å henvise til

sykehuset. Både folks forventninger og legenes evne til å tåle usikkerhet og vurdere risiko synes å være endret de seinere åra. Dette fører til et utidig press på de spesialiserte tjenestene.

– Jeg tror at de faglige forutsetningene blant legene for å gjøre mer innen kommunehelsetjenestens rammer er til stede. Det bør være mulig, både faglig og teknisk, å sørge for konsulentbistand fra spesialister. Forsøkene med telemedisin har vist oss noen muligheter i så måte. Sykestuen kan være en konkretisering og synliggjøring av en klinisk arbeidsform hvor man vektlegger det friske, mens «henvisningsklinikken» er en arbeidsform hvor man fokuserer på det syke! «Å se det an» var fullt forsvarlig før, og bør også være det i 1994.

Klagesaksbehandlingen er belastende

En av de store oppgavene på et fylkeslegekontor, er behandling av klagesaker. Midt på 1980-tallet, forsøkte Willumsen å ta en personlig samtale med alle som klagede, men av kapasitetshensyn måtte han gi opp dette.

– Likevel tror jeg at vi gjennom samtalen fikk silt fra en stor del klager som egentlig bare var tull. Vi hindret kanskje også at klagesaken ble den store livsmeningen for noen.

Kunsten i klagesaksbehandling, sier Willumsen, er å ta fatt i det en normalt kan forvente seg fra de fakta helsepersonellet satt med på et visst tidspunkt og ikke vektlegge hvordan det burde ha vært gjort basert på erfaringer gjort i ettertid. Det er kanskje ulik oppfatning på dette punktet som gjør at det kan forekomme ulik praksis når det gjelder «medhold» i klagesaker fra et fylkeslegekontor til et annet. Fylkeslegen må i klagesaker ikke bli oppfattet som kollegial, selv om en alltid er nødt til å ta utgangspunkt i det som faglig sett er rimelig og mulig.

Observasjonsposter for helsepolitikken

Willumsen mener at fylkeslegene er de mest sentrale observatørene av virkningene av helsepolitikken i dagens Norge.

– Sannsynligvis kan vi gjøre den jobben bedre enn noe sentralt organ. Utdfordringene i tida framover blir å finne ut hvordan en skal si fra om uheldige forhold. Man kan avfinne seg med at «slik er det i Norge i dag», eller man kan være mer offensiv og si at «dette er ikke godt nok». Det siste bringer en straks inn som medspiller i en politisk prosess.

Skuffet over forebyggende helsearbeid

Tidlig i 1980-åra var han som medisinalråd en sentral aktør i planleggingen av det forebyggende helsearbeidet i landet.

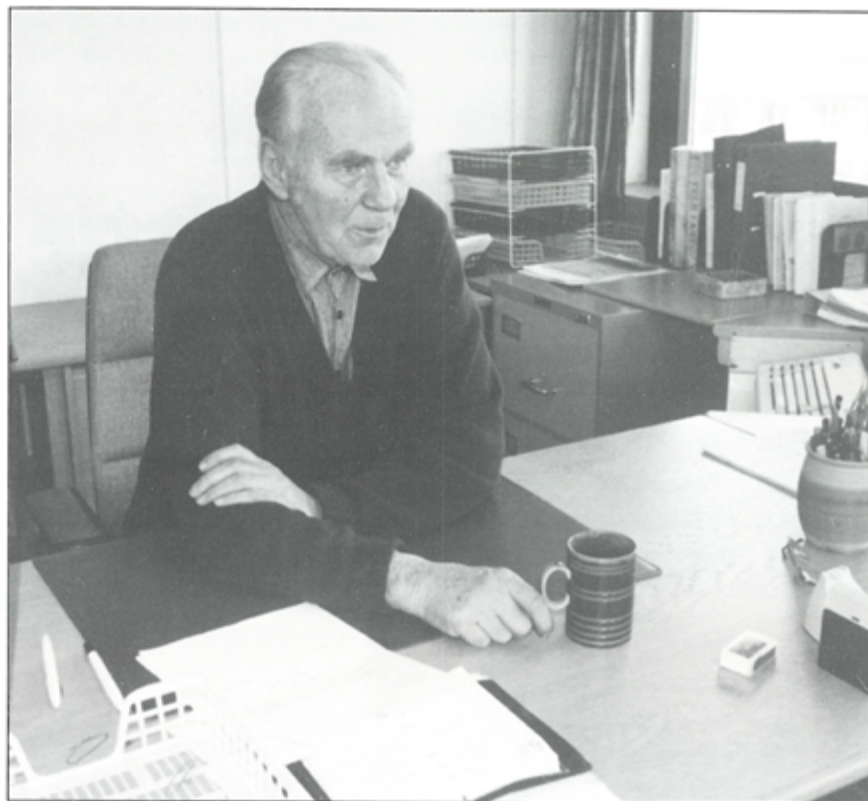
– Da trodde jeg at om vi bare kom i gang, skulle dette arbeidet bli en perpetuum mobile. Kanskje med unntak av tobakksarbeidet, har det ikke blitt slik. Egentlig er jeg ganske skuffet over at vi ikke har nådd lenger med det arbeidet som er utført både ved fylkeslegekontorene og ellers.

Skuffelsen til tross, Willumsen er ikke direkte pessimistisk. Han mener at en for tiltak gjennom fysisk planlegging, som f.eks. trafikksikkerhetstiltak, har funnet effektive metoder. Når det derimot gjelder sosialmedisinsk forebygging som innen rusvern og voldsbruk, er vi kommet sørgelig kort.

Nettverkskunnskaper må internaliseres

– Vi har ikke brukt de pedagogiske kunnskapene godt nok. Årsakene til de «nye» sykdommene ligger for en stor del i nettverket. Her mangler det norske folket både kunnskaper og ferdigheter. Vi må få til en internalisering av kunnskaper om nettverk og samhandling.

Helsestasjonen som virkemiddel når mange, men pedagogikken mangler. Helsestasjonen kjører i det gamle sporet og mangler effek-



Jeg er skuffet, men ikke pessimistisk, når det gjelder resultater av forebyggende helsearbeid, sier Willumsen.

tive tilnæringsmåter til de nye problemene. Ny giv trengs her, blant annet gjennom å få med annen fagkompetanse.

– Denne fagkompetansen finnes for en del i annenlinjetjenesten, sier Willumsen. Her i Rogaland gjorde vi en feil når fylkeskommunen la ned sentral helsestasjon som faglig spisskompetanse på dette området. Vi mistet da en viktig inspirasjonskilde til fornying i den kommunale helsestasjonstjenesten.

Ta vare på det verdifulle

Tanken om oppretting av sykestuefunksjoner, feilen med nedlegging av sentral helsestasjon, kommunelegenes tilsynelatende faglige impotens; tyder dette på at Willumsen ønsker seg tilbake i tiden?

– Jeg tror at vi i iveren etter endring har gitt avkall på strukturer som ikke var så verst, uten først å se på mulige forandringer innenfor det bestående. Distriktslegeordningen som statlig ordning kunne selvsagt ikke leve i en kommunal struktur, men distriktslege-

ordningen hadde mye mer ved seg enn bare den statlige tilknytningen. Ordningen var på mange måter en garanti for en nasjonal kjerne i et innviklet helsevesen.

Avslutningsvis peker Egil Willumsen på behovet for helskaps-tenking i den medisinske arbeidsformen. Som medlem i Specialistrådet, har han ivret for en bedre samordning mellom de primærmedisinske spesialitetene. Selv om det vel er utenkelig at alt ansvar og all kompetanse i primærhelsetjenesten kan samles under en og samme person, tror han at det er viktig å sikre en bedre samordning både praktisk og ideologisk dersom primærhelsetjenesten skal bli den virkelige kjernen i norsk helsetjeneste.

– Du har ikke spurt om hva jeg skal gjøre når jeg blir pensjonist, utbryter Willumsen ivrig.

– Ikke for det, alle andre er så forbasket opptatt av det spørsmålet. Men få da i alle fall med at Pensjonistforbundet må få like stor makt i samfunnet som LO. Det er ganske mange av oss etter hvert, ler en fylkeslege, stadig full av ideer. □

Fra Klara Klok til Werner Christie

Lokal helseopplysning i kommunens informasjonsavis

Tekst: Helge Lund



Helge Lund f. 1952. Cand. med. Oslo juni 80. Etter turnus på Røros, fastfrosset i samme fjellregion med ektefelle, 3 barn og jakt-hunder. Spesialist i allmenn-medisin og samfunnsmedisin. Nå kommunelege /helsesjef i Os i Østerdalen

Lokal helseopplysning har vært drevet på ulike vis. Mange har kastet seg entusiastisk over temaet og mange har rygget slukøret ut etter noen tid. Metodene har vært ulike. Jeg lever ennå i håpet om at det går an å drive lokal helseopplysning. Vår metode er å benytte kommunens generelle informasjonsavis som utkommer regelmessig. Helsehjørnet har regelmessige innlegg som er varierende i stil og innhold.

Kommunikanten

Kommunikanten er Os kommunes informasjonsavis til kommunens innbyggere. Den ble vekket til live for to år siden etter en lengre tids dvale. Denne dvale hadde nok sin årsak i at skribentene brant ut. Formannskapet i kommunen bestemte så at informasjonen til kommunens innbyggere skulle bedres og sendte til hver husstand en perm om kommunen med ulike opplysninger. Det ble bevilget kr. 25.000 til ny utgivelse av Kommunikanten. Dette budsjettet dekker driftskostnadene. Avisen redigeres av kommunens personalkonsulent i arbeidstiden og trykkes i lokalavisens trykkeri. Kommunikanten er tilpasset den kommunale informasjonspermen og kan oppbevares i denne. Den utkommer annenhver måned i felles utgivelse med Menighetsbladet i felles avis. Erfaringen er at denne fellesutgave har ført til at begge blader blir flittigere lest.

Formålet med avisen er å informere kommunens innbyggere om store og små begivenheter i kommunen. Informasjonen er således enveis, og debatter blir derfor «overlatt» til lokalavisen. Informasjonen kan på den ene side være praktiske opplysninger som avfallsplassens åpningstider, telefonnummer for legevakten etc. Det beskrives også planer det arbeides med, nye tiltak som iverksettes, samt et hjørne med mere nyttig og unyttig stoff.

Helsetjenestens budskap

Helsetjenesten har siden Kommunikantens oppstandelse vært en

trofast leverandør av stoff. Vi ønsker å bruke bladet til tradisjonell helseopplysning og til å informere om nyheter som skjer innen helsevesenet lokalt og sentralt. Eksempler på dette er informasjon omkring nye vaksiner. Kommunikanten har også vist seg å være nyttig for å informere om endrede rutiner ved legekantoret, opplysninger om 40-årskontrollen etc. Innfallsvinkelen har altså variert, og det har nok vært en fordel. Vi har skrevet om alt fra artikler om snørr, tårer og virus, fett og jule-ribbe til mere seriøse vurderinger om folks forventninger til helsevesenet. En av undertegnede kjeppehester er å stimulere til økt egenomsorg, og det er nok ikke til å legge skjul på at dette i noen grad har preget informasjonen.

Påvirkningskraft som forplikter

Jeg tror en i et slikt medium har stor påvirkningskraft. Det opplever jeg som meningsfullt og forpliktende. Når det er sagt, synes jeg det er en vanskelig balansegang mellom det å beskrive snørr og tårer i humoristiske ordelag og det å beskrive med akademiske tilsnitt folks forventninger til helsevesenet som urealistiske. Kanskje burde en gjøre omvendt? Noen ganger må en påpeke forhold med stor faglig tyngde, andre ganger kan en tillate seg humoristiske formuleringer. En skal nok passe seg vel for ikke å opptre arrogant og bedrevitende. Utfordringen er stor, men på tilbakemeldingene hittil ser det ut til at vi har lyktes. En av grunnene til

det er nok at folk får et eierforhold til Kommunikanten. På tilsvarende vis opplever de at «deres lege» melder dette og hint. Problemene kommer nærmere, og det gjelder dem selv. Derfor innbiller jeg meg at Kommunikanten i gjennombruddskraft kan måle seg med diverse ukebladets meldinger om medisinsens nyvinninger, sykdom og behandling.

Forholdet til lokalavisen

Kommunikanten er en enveis kanal. Det ligger i avisens formål å informere – ikke debattere. Helsepolitiske debatter på lokalplanet foregår derfor i lokalavisen. Det blir også den befolkningen kan og bør bruke for å reise kritikk med de lokale forhold om dette og hint. Kommunikanten verken kan eller bør erstatte lokalavisen som debattmedium. Lokalavisen favner oftest mer enn en kommune, og de beskrevne problemer er oftest generelle selv om innsenderen synes å ta tak i helt spesielle episoder.

Kommunikanten kan på den annen side utfylle lokalavisen ved å ta opp tema som er trykket i lokalavisen som anonyme leserinnlegg. De fleste har vel erfaring for at å diskutere den type tema i lokalavisen er som å sloss med vindmøller og derfor like gjerne kan la det være. Eksempelvis ble det i vår lokalavis anonymt påpekt mangler ved helsetjenesten. I stedet for å svare i lokalavisen valgte jeg å omtale temaet i neste nummer av Kommunikanten.

Avsluttende betraktninger

Hovedvanskeligheten i lokal helseopplysning og kommunikasjon med våre brukere er *balansen mellom å ivareta en faglig autoritet og å ufarliggjøre helsevesenet ved å være imotekommende*. Det er ikke vanskelig å finne stoff. Viktigere er det

nok heller å begrense seg slik at folk ikke lenger legger merke til hva du skriver. *Balansen mellom PR-kåthet og informasjon er viktig.*

Vi har i vår kommune hatt flere store helseopplysningsmesser de siste årene. Matmesse med Ingrid Espelid og Kåre Norum. Barne- og oppvekstmesse etc. Min erfaring er at en i slike store løft brenner ryggen. Helseopplysningen blir liggende brakk frem til en ny ildsjel brenner for noe (og brenner ut).

Kommunikasjon med brukerne gjennom ulike media er vanskelig. Jeg har den bestemte oppfatning at hva en skriver i lokalavisen og kommunale informasjonsblad ikke går upåaktet hen og ofte leder til en kommentar ved pasientens nes-

te besøk på kontoret. På det vis blir også Kommunikanten en kilde til toveis kommunikasjon. Likeledes blir beskrevne tema ofte tatt opp av politikere i ulike fora.

Min erfaring med Kommunikanten er udelt positiv. I Kommunikanten har vi en mulighet til å drive helseopplysning og å informere i store eller små drypp. Vi kan legge en kurs for hva vi vil med helsetjenesten, og vi kan fortelle om hvorfor vi gjør og mener som vi gjør. Om vi har nådd de som trenger det mest, se det vet jeg ikke. Men akk, det er vel helseopplysningens dilemma?

*Helseleder Helge Lund
2550 Os i Østerdalen*



Kommunikanten

INFORMASJONSBLAD
FOR OS KOMMUNE
NR. 2 · 1993

PÅSKESOL - TIL GLEDE OG SORG

Endelig er tiden her for ryggsekker fulle av appelsiner og rødt klister. Hvite vidder og verdens guleste sol. Svette som drypper fra en svett lugg ned i et håpefullt ansikt. Den lyseblå skjorta skal frem etter påske og sammen med den hant ervervode brunfarge gjøre suksessen fullkommen. Lekker spør du meg.

Som du nå har forstått er det sol, påske og fjell dette handler om. Det handler om at vi alle er ulike og at vi tiler ulike mengder sol. Ettervert som vi blir brunere, vil brunfargen i seg selv være filter mot solskaden å huden. De som ikke danser like mye brunfarge (pigment) som andre må benytte mer solkrem med sterkere solfilter enn andre. Hvis en ikke gjør det vil en få solforbrenning (som er en brannskade). Solfilter benevnes som solfaktor, og det er slik at jo høyere solfaktortall jo mindre sol (UV-lys) slipper gjennom og skader huden. Det er derfor, for en som ikke er vant til å være mye ute i sol og vind lurt å begynne med kremen med kan en trappe ned til bra en tåler samtidig som evt. brunfarge skrider frem og overtar solfaktorens virkning.

Solkrem er en spesiell form for solumflidighet. Dette krever høye solfaktortall og ofte medisinsk behandling.



OS KOMMUNE ØNSKER ALLE EN RIKTIG GOD PÅSKE!

Husk at hun har tynnere hud enn voksne miljøkere og trenger ekstra beskyttelse. Det er for alle lurt å benytte leppostifter med solfaktor i tillegg. UV-lyset slipper gjennom skyene, slik at vi beviser selv om det er overskyet.

Hvis en i tillegg til disse råd om solkrem og leppostifter bruker solbriller burde en være rimelig bra garantert.

For de som er lenge ute og i spesielt høye strøk er det lurt å ha solbriller med dekning på sidene. Røde, søre øyne er ellers lett resultat. Hvis øyereitrasjonen blir for stor får vi det vi kaller konjunktivitt. Det behandles med øyedråper og fravær av sol til en er bra.

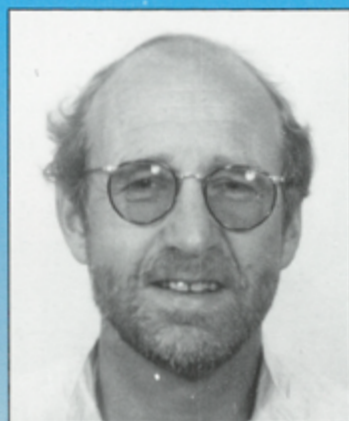
Pakk sekken kom dere at hvis dere vil - men bruk hue og solkrem.

Helge Lund

Dødsmeldingene:

Kvalitetssikring og epidemiologiske øvelser – kan det kombineres?

Tekst: Vidar Bjørn



Cand.med. fra Oslo 1979, MHA fra Oslo 1990, 2 år allmennpraksis Gol i Hallingdal. Ca. 7 år ass.fylkeslege i Vestfold. Siste 3 år helsesjef i Sandefjord kommune. Fra i høst Folkehelse som prosjektleder for bistandsprosjekt innen helseplanlegging i Latvia.

Blant en helsesjefs mer traurige oppgaver, er at alle dødsmeldingene er korrekt utfylt. I dagens terminologi kalles det kvalitetssikring. I jakten på gode argumenter for å få de lokale politikerne i helse- og sosialstyret til å prioritere forebyggende arbeid høyere, slo det meg at dødsmeldingene burde kunne brukes til en løpende synliggjøring av hva som tar leveår fra befolkningen. Jeg registrerte og bearbeidet derfor dødsmeldingene for ett år på en uhyre enkel og lite tidkrevende måte. Resultatene for 1992 presenteres.

På grunn av overgang til ny stilling, får jeg ikke fulgt opp arbeidet. Jeg presenterer her en skisse –

en samfunnsmedisinsk etyde – som jeg håper andre kan ta fatt i, og forfine. Metoden må anvendes over tid og helst på flere steder parallelt for at resultatene skal kunne bli handlingsrettledende.

Jeg satte opp følgende skjema for registrering av rådata, og illustrerer bruken av det med de fire første registrerte enhetene:

Alder ved død	Dødsårsak	Tapte år før 70	kvinne	mann
52	leukemi	18	X	
66	hjerteinfarkt	4		X
61	ca. ventrikuli	9	X	
42	suicid ved skyting	28		X

Tilsammen ble det i løpet av 1992 registrert 82 dødsfall i kommunen der den døde var 69 år eller yngre. Tilsammen gikk det tapt 1187 «leveår før 70 år».

Jeg har gjort registreringene selv, fordi det altså er jeg som medisinsk faglig ansvarlig som kvalitetssikrer dødsmeldingsrutinene. Jeg har gjort det manuelt, fordi det er på skisse-stadiet, men det skulle være lett å kjøre rutinen direkte mot et EDB-program, f.eks. Epi Info.

Litt om de ulike variablene:

Alder ved død:

For formålet er det etter min vurdering nøyaktig nok å trekke fødselsårstallet fra inneværende årstall. Det sparer masse tid, og kan utføres ved hoderegning.

Dødsårsak:

Her vil formålet være avgjørende for hvilken detaljeringsgrad som er riktig. Det er godt mulig å velge en høy detaljeringsgrad i registreringen av rådata, og allikevel bruke grovere kategorier i oppstillingen.

Selv opererte jeg i utgangspunktet med begrepet «egentlig dødsårsak», idet jeg tenkte som følger: Hvis det på dødsmeldingen står «pneumoni 6 døgn – fract. colli fem. 1 mnd. – fall i hjemmet», så er det et ulykkesdødsfall. Hvis det står «inf. cordis recens – arteriosklerose – diabetes mellitus 30 år», så er det et «diabetesdødsfall». Dis-

se avveiningene viste seg ikke å by på problemer, men de hadde sikkert kommet med full styrke hvis «cut-off» var satt høyere enn 70 år. Den eneste situasjonen som voldt besvær, var når det var åpenbart at alkoholisme var medvirkende til ulykke eller indremedisinsk sykdom.

Tapte leveår før 70 år:

Totalt registrerte vi 390 dødsfall i kommunen i 1992. Materialet over de 82 som døde før 70 år utgjør altså 21% av samtlige. Det er selvfølgelig ikke uproblematisk å velge en slik grense:

- det kan lett gi inntrykk av et verdivalg: livet etter 70 år er mindre verdt
- å sette grensen ved 70 år når en skal identifisere forebyggbar sykdom innebærer bl.a. å se nærmest bort fra det mest klassiske eksempelet på forebyggbare helseskader, nemlig fallulykker hos eldre
- dødelighet er ikke det eneste helsemål, og særlig hos eldre er livskvalitet stadig mer fokusert.

Samtidig er det slik at jo flere leveår som går tapt, jo mer uønsket vil de fleste mene at det enkelte dødsfallet er, og jo større betydning har det, i et folkehelseperspektiv, å forebygge det.

Det formålet jeg hadde med arbeidet, var å legge opp til en diskusjon om prioritering av forebyggende arbeid i forhold til annen virksomhet, og hvor vi burde sette inn innsatsen dersom politikerne ønsket økt vektlegging av forebyggende tiltak.

En grense ved 70 år ble altså valgt i dette tilfellet, men trenger ikke å være riktig for andre formål.

Kjønn:

Det er selvsagt å registrere kjønn i en undersøkelse som dette. Vi vet det er kjønns spesifikke forskjeller i alle helseparametre. Det viste også denne undersøkelsen.

VÆR FORSIKTIG!

Før jeg kommenterer resultatet av studien, må jeg komme med noen advarsler:

Kommunene er mange steder små enheter, og det må utøves forsiktighet ved publisering av data som dette, så ikke små tall kan føre til individidentifisering.

Selv om data av denne typen er sanne, i den betydning at «de sier noe om det de sier noe om», så vil de være mye mer interessante for målgruppen hvis de presenteres i en sammenheng:

- hvordan er det andre steder (nabokommunen, fylket, landet)?

- hvordan var det i fjor og forfjor?

Et eksempel på dette er at det i min kommune i 1992 var en opphopning av selvmord hos unge mennesker, som heldigvis ikke ser ut til å gjenta seg i 1993.

Resultater og kommentarer

Da tallene ble talt opp, framkom resultatene som er presentert i tabellen. For det første: Det var ingen stor jobb – konvertering fra rådata til tabell tok bare ca. en halv dag med blyant og kalkulator. For det andre: Det er selvfølgelig egentlig en altfor detaljrik tabell til å gjengi samlet, og derfor skal jeg gi en lese-veiledning:

Tre store sykdomsgrupper:

Et slående funn er at det er tre hovedgrupper som tar nesten alle leveår som går tapt før 70 år: Hjerter- og kar-sykdommer 33%, naturlige dødsfall 33% og kreftsykdommer 27%. Gruppen «andre medisinske årsaker» faller nesten helt ut av bildet når vi anlegger «før 70-perspektivet».

Det sterkeste slående enkeltfunn er de syv selvmordene som alene bidrar til 21% av alle tapte leveår før 70 år. Fem av de syv var menn, og suicid svarte for 25% av mannlige tapte leveår før 70 år. Som nevnt bør et slikt funn ikke overfokuseres i en studie som bare omfatter ett år, og heller minne om tidsaspektets betydning, i artikkelen som redegjør for øvelser i samfunnsmedisinsk metodeutvikling.

Kjønnsforskjeller:

Mennene står for 2/3 av dødsfallene før 70 år, og nesten 3/4 av de tapte leveårene før 70 år. Overdødeligheten fordeler seg på alle hovedgruppene unntatt kreftsykdommer, som står frem som den store «lady-killeren» i «før 70-perspektivet». Nesten hvert annet tapte kvinnelige leveår før 70 skyldes kreft, og genitalkreft alene stjeler 29% av årene.

Menn taper flere år pga. kreft enn kvinner, men har altså en hel del annet i tillegg. De mest markante «man-killerne» er alle grupper av unaturlige dødsfall, med hovedvekt på selvmord. Lungekreft og andre medisinske lunge-sykdommer framstår som et manns-problem.

Det er kanhende flere enn jeg som har irritert seg over at dødsårsaksstatistikken fra SSB kommer sent og koster penger. Har du ett minutt å investere hver dag når du gjennomgår posten, og en halv dag til litt småkalkulering i romjula, så får du et ferskt og etter min mening svært relevant bidrag til årsrapporten du skal i gang med hvert år på nyåret.

En så selvsagt ide som dette er det sikkert andre som har prøvd seg på også? Kan du ikke fortelle gjennom «Utposten» hvis du har erfaringer – f.eks. hvordan slike resultater ble brukt, og hvordan de ble mottatt? Selv har jeg ikke rukket å vinne slik erfaring før jeg må legge arbeide fra meg. □

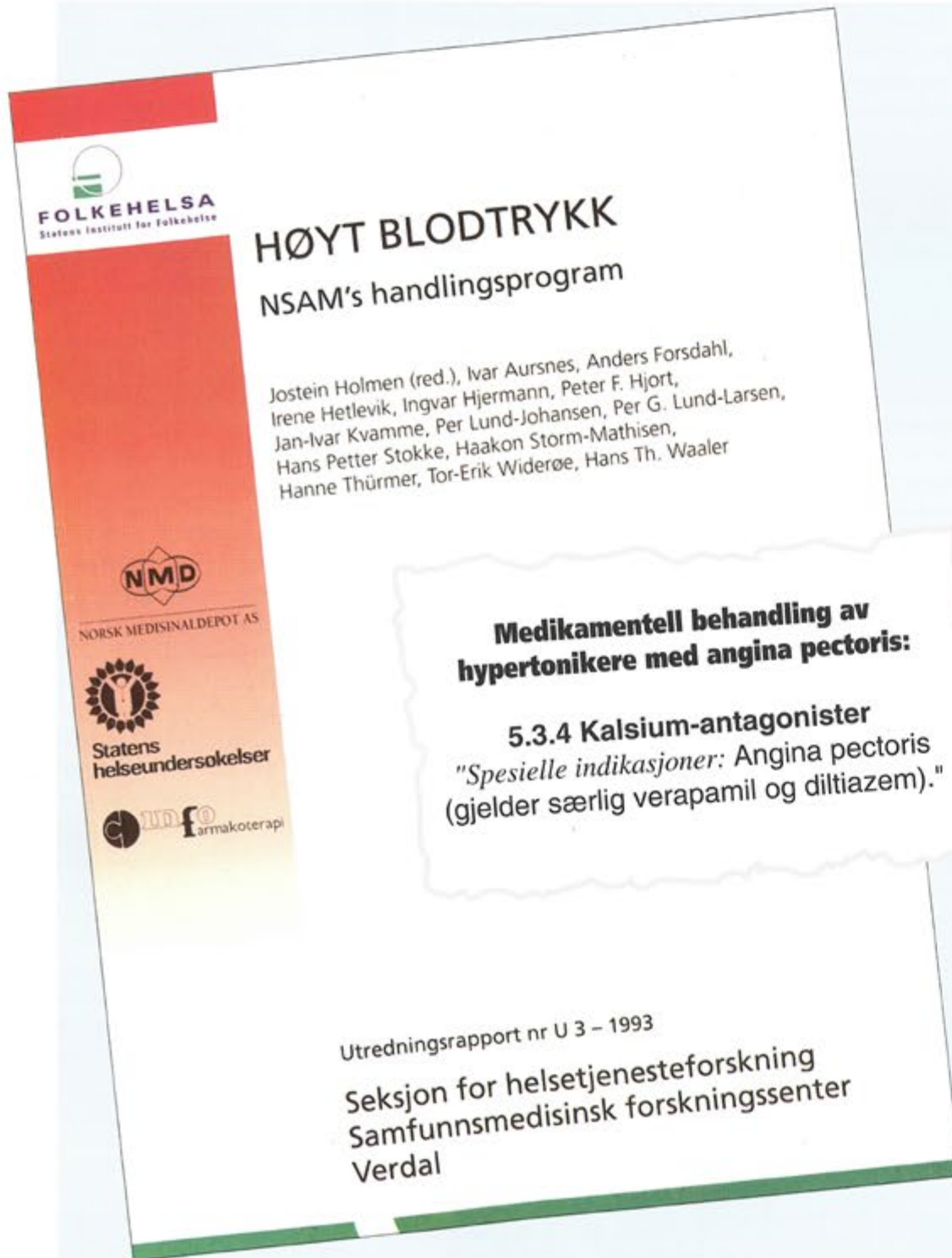
Vidar Bjørn
Sandefjord kommune

Årsak	Samlet			Menn			Kvinner		
	Antall dødsfall før 70 år	Tapte leveår før 70 år	% bidrag tapte leveår før 70 år samlet	Antall dødsfall før 70 år	Tapte leveår før 70 år	% bidrag tapte leveår før 70 år menn	Antall dødsfall før 70 år	Tapte leveår før 70 år	% bidrag tapte leveår før 70 år kvinner
Hjerter/karsykdom. Hjemslag	36	390	33	26	285	33	10	105	32
Kreftsykdommer samlet	27	325	27	13	167	19	14	158	48
Herav: Fordøyelsorg.	8	57	5	3	29	3	5	28	8
Herav: Lunge	3	38	3	3	38	4	—	—	—
Herav: Kjønsorganer	8	105	9	2	8	1	6	97	29
Herav: Annen kreft	8	125	11	5	92	11	3	33	10
Unaturlige dødsfall samlet	11	392	33	8	331	39	3	61	18
Herav: Trafikkulykke	1	35	3	1	35	4	—	—	—
Herav: Arbeidsulykke	1	46	4	1	16	5	—	—	—
Herav: Drukning	1	26	2	—	—	—	1	26	8
Herav: Selvmord	7	249	21	5	214	25	2	35	11
Herav: Drap	1	36	3	1	36	4	—	—	—
Andre medisinske årsaker samlet	8	80	7	7	74	9	1	6	2
Herav: Lungesykdommer	3	37	3	3	37	4	—	—	—
Herav: Sjukdommer	2	25	2	2	25	3	—	—	—
Herav: Neurologisk sykdom	2	17	1	1	11	1	1	6	1
Herav: Annen medisinsk	1	1	—	1	1	—	—	—	—
Alle	82	1187	100	54	857	100	28	330	100
% av samlet				66	72		34	28	

Cardizem[®] Retard[®]

Diltiazem, hydrochlorid.

spesielt valgt i NSAM's handlingsprogram
til hypertonikere med angina pectoris



Medikamentell behandling av hypertonikere med angina pectoris:

5.3.4 Kalsium-antagonister
"Spesielle indikasjoner: Angina pectoris (gjelder særlig verapamil og diltiazem)."



Eneste kalsiumantagonisten som gir sikker og signifikant senkning av hjertefrekvensen¹

Cardizem® Retard®

Diltiazem, hydrochlorid.

Anbefalt normaldose: 120 mg x 2.
Ved behov økes dosen til 180 mg x 2.

CARDIZEM «Pharmacia» CARDIZEM RETARD «Pharmacia» Kalsiumantagonist.

DEPOTTABLETTER 90 MG, 120 MG OG 180 MG: Cardizem Retard:

Hver depottablett inneh.: Diltiazem, hydrochlorid, 90 mg, resp. 120 mg og 180 mg, const. q.s. Filmrøsjert.

TABLETTER 60 MG: Cardizem:

Hver tablett inneh.: Diltiazem, hydrochlorid, 60 mg, lactos. 260 mg, const. q.s. Filmrøsjert. Med delestrek.

Egenskaper: Klassifisering: Kalsiumantagonist. Øker koronar blodstrøm, avlaster hjertets arbeid og senker perifer karmotstand. **Virkningsmekanisme:** Hemmer innstrømming av kalsiumioner i hjertemuskelceller og glatte muskelceller i blodkar uten å virke på skjelettmuskulatur. Har en antianginøs effekt som dels skyldes dilatasjon av koronarkar og dels nedsatt oksygenbehov i myokard pga. redusert perifer karmotstand som gir redusert "afterload". Gir redusert eller uendret hjertefrekvens. Negativ inotrop effekt in vitro, men er ikke observert med terapeutiske doser. Den vasodilaterende effekt på koronarkar fører til at oksygenflerterselen til myokard forbedres og at eventuelle koronarspasmer løses. Gir noe forsinket impulsoverledning i AV-knuten. Preparatet kan kombineres med nitropreparater. Preparatet kan anvendes hos pasienter med samtidig obstruktiv lungesykdom. Cardizem Retard inneholder diltiazem i en kjerne omgitt av en uløselig poreholdig polymer. Dette resulterer i et jevnt plasmanivå over lengre tid og muliggjør dosering 2 ganger pr. døgn. **Absorpsjon:** For tabletter oppnås maksimal plasmakonsentrasjon etter 2-4 timer, for depottabletter etter 3-6 timer. **Biologisk tilgjengelighet:** Ca. 40-50% for tabletter og depottabletter.

Proteinbinding: Ca. 80%. **Halveringstid:** 3-6 timer. **Metabolisme:** I lever. Hovedmetabolittene desmetyldiltiazem og desacetyldiltiazem utgjør ved terapeutisk dosering ca. 40%, resp. 10-20% av modersubstansens plasmakonsentrasjon. Metabolittene har mindre enn halvparten av diltiazemets farmakologiske effekt. **Utskillelse:** Ca. 70% via urinen, hovedsakelig som metabolitter.

Indikasjoner: Depottabletter: Hypertensjon. Angina pectoris. Tabletter: Angina pectoris. Variantangina (Prinzmetals angina).

Kontraindikasjoner: Sinusknute-dysfunksjon, AV-blokk grad II og III. Graviditet, da embryotoksisk og teratogen effekt er påvist i dyreforsøk.

Bivirkninger: Som regel av mild og forbigående natur. Vanligst rapporterte: Kvalme, hodepine, tretthet og svimmelhet; AV-blokk I, ankelødem og eksantem. Forbigående transaminasesignering kan forekomme en sjelden gang, og et klinisk bilde som ved hepatitt, er sett i et fåtall tilfeller. Enkelte tilfeller av AV-blokk grad II-III og sinusknutedepresjon er beskrevet.

Forsiktighetsregler: Dårlig kontrollert hjertesvikt, ledningsforstyrrelser, alvorlig hypotensjon og kardiogen sjokk. Dosen bør reduseres ved sterkt nedsatt lever- og nyrefunksjon. Kombinasjon med digitalis og betablokkere kan gi additiv effekt på ledningssystemet med for lav hjertefrekvens eller AV-blokk. Ved kombinasjon med betablokker bør betablokkerdosen reduseres. Kombinasjonen kan øke faren for hjertesvikt.

Graviditet/amming: Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. Passerer over i morsmelk (ingen erfaring fra bruk hos kvinner som ammer).

Interaksjoner: Kombinasjon med digoksin kan gi økt digoksinkonsentrasjon i blod, kan være av klinisk betydning hos noen pasienter. Kombinasjon med digitalis og betablokkere, se Forsiktighetsregler. Ved kombinasjon av diltiazem og andre medikamenter med blodtrykkssenkende effekt kan den antihypertensive effekt forsterkes. Øker effekten av cyklosporin. (1:72e).

Dosering: Depottabletter må svelges hele. Angina pectoris: Startdose: 90 mg 2 ganger daglig (depottabletter), eventuelt 60 mg 3 ganger daglig (tabletter). Variantangina (Prinzmetals angina): 60 mg 3 ganger daglig (tabletter). Hypertensjon: Normaldose 120 mg 2 ganger daglig (depottabletter). Angitte doser kan ved behov økes til 360 mg/døgn.

Overdosering/Forgiftning: Mer enn 5 g har vært inntatt uten dødelig utgang. Behandling: Symptomatisk.

Andre opplysninger: Depottabletter inneholder diltiazem i en kjerne omgitt av en uløselig polymer. Virkestoffet diffunderer ut gjennom porer i polymer-skallet. Det tomme uløselige skallet kommer helt ut via føces.

Pakninger og priser: Depottabletter 90 mg: 30 stk. kr 136,00, 200 stk. kr 803,90. 120 mg: 30 stk. kr 177,10, 200 stk. kr 1029,10. 180 mg: 30 stk. kr 248,10, 200 stk. kr 1522,60. Tabletter 60 mg: 30 stk. kr 93,00.

T:12

¹Théroux, P et al; Clin Invest 1980; 3:81-85


Pharmacia

Gjerdums vei 10B, 0486 Oslo
Tlf. 22 18 41 21

Sommer- utveksling Nederland - Norge

En gruppe på 7 aktive allmennpraktikere med tanke på gjensidig besøk i hverandres praksiser.

Legene i Holland har tidligere hatt tilsvarende utveksling med allmennpraktikere i Danmark, Skottland og Frankrike. De ønsker besøk av norske leger allerede i juni, så ta derfor snarest kontakt med:

Joost Beukema
Hooftstraat o 21
9951 AG Winsum (Gr)
Holland

Tlf.: 05951-2271 privat

Tlf.: 05951-1300 jobb



Cyriax og andre manuelle undersøkelses- og behandlingsmetoder

Tekst: Satya P. Sharma



Satya P. Sharma er født i India 1954. Utdannet fysioterapeut 1976 i New Delhi. Flyttet til Norge 1977 og arbeidet som fysioterapeut fram til 1982. Eksamen i ortopedisk medisin med bl.a. manipulasjon ad modum Cyriax, London. Toårig deltidskurs og eksamen i akupunktur. Cand. med. Bergen 1988. Kommunelege i Masfjorden kommune fra 1990 til 94. Arbeider for tiden ved medisinsk avdeling, Diakonissehjemmets sykehus i Bergen.

Pasienter med belastningslidelser utgjør en stor andel av allmennpraktikerens arbeidsdag. I Stortingsmelding nr. 37 antydes det at belastningslidelser koster samfunnet 25 milliarder kroner årlig. Vårt terapeutiske tilbud til denne pasientgruppen er meget begrenset.

Den diagnostiske presisjon er også ofte liten. Sykdomsmekanismene er ufullstendig kjent, spesielt når det gjelder columna. Med det følger usikkerhet om hva som er optimal behandling. Satt på spissen – bokstavelig talt – har vi ofte lite å tilby utover kortisoninjeksjoner på stedet med maksimal ømhet. Mange blir derfor henvist, og ofte på et lite presist grunnlag, til fysioterapeut eller kiropraktor.

I følge Kilvær og medarbeidere (1) var 41,6% av pasientene som ble henvist til kiropraktor i 1989 ikke undersøkt av legen før henvisning. 30,6% var ikke undersøkt verken før eller ved henvisningstidspunktet for den aktuelle lidelsen, og 23,9% fikk henvisning etter påbegynt behandling. I noen tilfeller er ureflektert ordinerings av fysikalsk behandling eller kiropraktikk klassiske eksempler på «doktorsnillisme» eller en del av det såkalte «doktor-terapifalittsyndromet» (2).

Hensikten med denne artikkelen er å gi en kort presentasjon av manuelle undersøkelses- og behandlingsmetoder med hovedvekt på Cyriax-metoden, som et mulig hjelpemiddel til bedre behandling av denne pasientgruppen. Jeg har brukt Cyriax-metoder i behandling av muskel-skjelettproblemer siden 1980, og erfaringene er positive.

Historikk

James Cyriax var en britisk lege som ga nytt liv til ortopedisk medisin. Som assistentlege på ortopedisk avdeling ved et stort sykehus i 1929 ble han interessert i

bløtvevslidelser hvor røntgen var negative. Omkring 1940-50 hadde han opparbeidet et godt navn i dette feltet. Med ortopedisk medisin mener man behandling av bløtvevsskader av forskjellig art; tendinitter, arthritter, låsninger, nakke- og ryggproblemer. Cyriax var en kontroversiell utøver i etablerte akademiske kretser. I løpet av 12 år utarbeidet han en systematisk undersøkelsesmetode for bløtvevslidelser med tilhørende behandlingsteknikker. Undersøkelses- og behandlingsmetodene for ekstremitetslidelser har vunnet størst utbredelse, men også metodene hans for manipulasjon av columna praktiseres av mange fysioterapeuter, men få leger.

Cyriax har beskrevet metodene i egne lærebøker (3, 4). Han avviste «fibrositt»-begrepet. Han var kritisk til at triggerpunkter for referert smerte var primær årsak til problemet og derfor kritisk til triggerpunktbehandling. Han la stor vekt på fakta og var kritisk til bruk av upresise diagnoser som f. eks. periartritt, som han kalte en «non-existent entity». Likeledes «frozen shoulder» som er et symptom og ikke en diagnose. Han var også kritisk til osteopati og kiropraktikk. Kritikken var både rettet mot filosofien bak disse behandlingsmetodene og mot teknikken som han mente var farligere å utøve enn hans metoder.

Undersøkelsesteknikk

Nøkkelen til Cyriax-metoden ligger i systematisk klinisk undersøkelse på grunnlag av en nøye anamnese. Den krever solide



mønster varierer fra ledd til ledd avhengig av leddets anatomi. Begrensning av passive bevegelser kan tyde på interne forstyrrelser i leddet f. eks. løst legeme eller sublaksasjon. Ved passive bevegelser legges det vekt på «end-feel» det vil si hvordan slutten av bevegelsesutslaget føles (brått, fjærende).

Behandlingsmetoder

Smerter fra columna mener Cyriax hovedsakelig skyldes protrusjoner av nucleus pulposus eller annulus fibrosus. På dette punkt atskiller han seg klart fra de andre manuelle skolene. Cyriax mente

man vanligvis kunne skille mellom protrusjonstypene ved hjelp av en god anamnese og en grundig klinisk undersøkelse. Ved protrusjon av annulus er manipulasjon den foretrukne behandlingsmetoden, mens traksjonsbehandling egner seg best for protrusjoner av nucleus pulposus. Ved behandling av cervicalcolumna brukes alltid traksjon ved manipulasjon. Manipulasjon innebærer en liten, rask bevegelse utover det fysiologiske bevegelsesutslag. Det er flere teknikker for hvordan dette gjøres i de ulike avsnitt av columna.

Hvilken teknikk som egner seg best for den enkelte pasient, vil oftest være en erfarings sak. I begynnelsen prøver man seg fram og ser hva som er mest effektivt.

I tillegg til traksjon og manipulasjon benyttet Cyriax også andre behandlingsmetoder som dyp tverrmasasje og kortisoninjeksjoner. Tverrmasasje utføres av fysioterapeut. Ved kortisoninjeksjoner legges det stor vekt på riktig injeksjonsteknikk knyttet til riktig stilling av affisert kroppsdel.

Manuell terapi

Manuell terapi har utviklet seg i Norge siden 1950-årene. Fysio-

kunnskaper hos terapeuten. Bløtvev deles i to grupper; kontraktile (muskler, sener) og ikke-kontraktile (leddkapsel, leddbånd, fascie, bursa, dura). Ved å sette disse strukturer under selektiv tensjon finner en ut hvor problemet ligger. Passive bevegelser vil være avslørende for ikke-kontraktile strukturer. Aktive bevegelser og isometriske kontraksjoner med leddet fiksert i midtstilling vil avsløre problemer i kontraktile strukturer.

Isometriske tester kan gi følgende resultat:

- Sterk og uten smerter; ingen skade av kontraktile struktur.

- Sterk, men smertefull; mindre skade av kontraktile struktur.
- Svak og uten smerter; komplett muskel-/seneruptur eller nevrologisk problem.
- Svak og smertefull; fraktur eller metastase (drastisk diagnose!)
- Smerter ved alle bevegelser; kan være fra lesjon proksimalt eller simulering.

Kapsulært eller ikke kapsulært mønster

Ved passive bevegelser prøver en å finne ut om feilen ligger i leddkapselen eller andre strukturer. En får fram et «kapsulært» eller et «ikke-kapsulært» mønster. Det kapsulære

rapeuten Kaltenborn studerte både Cyriax-metodene og osteopati. Han og en del andre fysioterapeuter etablerte en faglig plattform med utvalgte elementer både fra Cyriax, osteopati og fysioterapi. Denne er senere utviklet til det som idag kalles manuell terapi og som er en spesialutdanning for fysioterapeuter. Behandlingen ble formelt godkjent så tidlig som i 1964 med rett til refusjon fra folketrygden etter henvisning fra lege. Manuell terapi er hovedsakelig et nordisk fenomen, men godt kjent internasjonalt.

Gjennom en generell, en lokal og en spesifikk funksjonsundersøkelse vurderes kroppens ledd med tilhørende vevsstrukturer med tanke på mobilitet, stabilitet og smerte. Sentralt står begrepene hypomobilitet og hypermobilitet. Filosofisk er tankegangen den samme som ved osteopati; problemer i columna skyldes hovedsakelig bueledd-dysfunksjon. I motsetning til osteopatene mener en ikke å kunne behandle viscerale problemer med manipulasjon av ryggen. Manuell terapi er en sammensatt behandling som i tillegg til spesifikke manipulasjonsgrep bygger på både pre- og postmanipulative prosedyrer som massasje eller tøying.

Manipulasjonsteknikkene i manuell terapi og osteopati er svært like, men atskiller seg fra Cyriax, spesielt ved manipulasjon av cervicalcolumna. Cyriax manipulerer pasienten liggende med samtidig traksjon av cervicalcolumna. Ved osteopati og manuell terapi manipuleres ofte pasienten sittende og uten samtidig traksjon.

Osteopati og Kiropraktikk

Osteopati er mest utbredt i England med Alan Stoddard som den sentrale guru. Ved problemer i columna legges det vekt på dysfunksjon i bueleddene (5). Kiropraktikk (latin; behandling ved hånd) ble grunnlagt av naturmedisineren D.D. Palmer i U.S.A. i

1895. I følge den opprinnelige teorien skyldtes dysfunksjon i columna forskyvninger av virvler. Nyere definisjoner er nærmest altomfattende. Årsaken til ryggproblemer er en kombinasjon av psykiske, muskulære, nevrologiske og artikulære faktorer som fører til dysfunksjon i leddet. Det er et viktig poeng at ettersom en har fått nye forskningsresultater, har definisjonene fra de ulike behandlingskolene nærmet seg hverandre. I kiropraktikk så vel som i osteopati mener man å kunne påvirke dysfunksjon i viscerale organer. Dette mener man skjer gjennom påvirkning av aktiviteten i sympatiske og parasympatiske nervekjeder som ligger langs columna. Det mest kjente eksemplet er vel manipulasjon av cervicalcolumna som behandling av tre måneders kolikk hos spebarn.

Oscillasjon ad modum Maitland

En australsk fysioterapeut, Maitland, har utviklet en mer skånsom behandlingsmetode for mobilisering og manipulasjon. Han bruker såkalt oscillerende og vibrerende (6). Metoden går ut på å gjenta bevegelser med liten amplitude. Det kan gjøres direkte f.eks. ved at en hånd stabiliserer og den andre utfører gjentatte bevegelser. Indirekte kan en gi vibrasjoner med begge hender over et bestemt ledd eller segment. Metoden er mest utbredt i Australia, England og noe i U.S.A.

Vitenskapelig dokumentasjon

Klinisk er det ikke tvil om at manipulasjonsbehandling kan være meget virksom. Vellykket behandling gir rask, ja ofte momentan effekt. Forklaringgrunnlaget er foreløpig sprikende og ikke endelig klarlagt. Den vitenskapelige dokumentasjon av effekten har også vært sparsom eller mangelfull, men begynner nå å komme. Vitenskapelig har det vært vanskelig å påvise forskjell i

langvarig effekt ved manipulasjonsbehandling kontra annen form for behandling (7). En britisk undersøkelse (8) har sammenlignet kiropraktorbehandling med poliklinisk behandling (ad modum Maitland) av pasienter med kroniske ryggsmertter med oppfølgingstid på to år. Undersøkelsen konkluderer med bedre effekt av kiropraktorbehandling, men innvendingene til metoden og tolkningen av resultatene har vært mange (3). En svensk studie (10) sammenlignet effekten av manuell terapi kombinert med kortisoninjeksjoner med konvensjonell fysioterapi. Det ble vist signifikant bedre resultater i gruppen behandlet med manuell terapi.

Komplikasjoner ved manipulasjonsbehandling

Det foreligger adskillige rapporter om komplikasjoner etter håndgrep på columna. De alvorligste har forekommet i cervicalcolumna hvor medullaskader, vaskulære katastrofer og endog dødsfall er rapportert. Videre er det beskrevet mindre dramatiske hendelser som akutt svimmelhet og besvimelser. Det er også beskrevet rotskader både i cervical- og lumbalregionen (7). Enkelte leger har urettmessig kritisert manipulasjonsbehandling på dette grunnlaget. Tar man i betraktning antall håndgrep utført årlig er antall skader påført direkte av disse svært lite. Sammenligner en med antall alvorlige legemiddelbivirkninger påført ved tradisjonell behandling, kommer manipulasjonsbehandlingen klart best ut.

Status i Norge og utdanningsmuligheter

Manipulasjonsbehandling utføres i Norge hovedsakelig av kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi. Det er 137 kiropraktorer som utfører ca. 600.000 håndgrep i året. Av fysioterapeuter med utdanning i manuell terapi finnes det ca. 150

som utfører 25.000-40.000 håndgrep i året (8). Bare et lite fåtall leger driver manipulasjonsbehandling. I Norge er tallet på leger med utdanning i manuell terapi mindre enn fem.

Tidligere har utdanningen vært i private hender og kandidatene hospiterte hos lærerne i deres klinikker. Utvelgelsen av kandidater til utdanningen var derfor tilfeldig. Videreutdanningen i manuell terapi for fysioterapeuter er foreløpig en forsøksordning. Første kull ble ferdige i 1993. Utdanningen er et heltidsstudium på to år. Foruten grunnutdanning i fysioterapi må en ha minimum to års yrkespraksis. En gruppe fysioterapeuter har dannet en interessegruppe kalt «Cyriax Norge» som regelmessig holder kurs i Cyriax-metoder. Kursene er også åpne for leger. I London, Belgia og Holland foregår det regelmessig kurs i Cyriax sine metoder.

Egne erfaringer

Jeg har praktisert undersøkelses- og behandlingsmetoder ad modum Cyriax siden 1980 og er rimelig godt fornøyd med de resultatene jeg har oppnådd. Det er selvfølgelig svake sider ved metoden. Likevel gir det meg bedre forståelse av belastningslidelsene og metoden er blitt uunnværlig for meg. Noe systematisk registrering av behandlingseffekt har jeg ikke gjort.

Undersøkelse basert på selektiv tensjonsmetode er til stor hjelp for å identifisere hvilken sene som er mest affisert og dermed rette behandling spesifikt mot denne. Metoden er videre god til å skille refererte smerter fra aktuelle smerter, en svært vanlig situasjon når det gjelder nakke-skulder smerter. Det ideelle er å ha muligheten til å samarbeide med en fysioterapeut som også utøver Cyriax-metoden. Behandling av akutt oppstått nakke- og ryggproblemer som kan være «kink» eller akutte lumbagoer gir mest og rask gevinst.

Av og til bruker jeg akupunktur i kombinasjon med manipulasjon. En nøye utvelgelse av pasienter til manipulasjon er viktig, og man må forsikre seg på forhånd mot kontraindikasjoner. Forsiktighet må utvises ved pasienter som har radierende smerter. Personlig

har jeg hatt stor glede av å kunne tilby denne behandlingsform til mine pasienter. □

Satya P. Sharma,
Bekkevn. 12A,
5030 Landås

Litteratur

1. Kilmær A, Rasmussen G, Soot T, Kalvenes S. Norske leger og henvisning til kiropraktor. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112:2981-4.
2. Lie H. Behandlingsprinsipper ved kroniske ryggglidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3105-7.
3. Cyriax, James. Textbokk of Orthopaedic Medicine, Vol. I, Diagnosis of Soft tissue lesions, 7th edition, 1978. Bailliere Tindall.
4. Cyriax, J., Cyriax, P.J. Illustrated manual of Orthopaedic Medicine, 1983. Butterworths.
5. Stoddard A; Manual of Osteopathic Practice. Hutchinson Medical Publication, London 1977.
6. Maitland, G.D., Vertebral Manipulation. 4th edition. London, Butterworths.
7. Manipulasjonsbehandling/håndgrep, utført av leger, fysioterapeuter og kiropraktorer; Faglig vurdering. Helsedirektoratets utredningsserie 4-88, IK-2288.
8. Meade T W, Dyer S, Browne W, Townsend J, Frank A O. Low back pain of mechanical origin: randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment. Br Med J 1990; 300: 1431-7.
10. Blomberg S, Svardsudd K, Tibblin G. Manual therapy with steroid injeksjons in low-back pain: Improved quality of life in a controlled trial with four month's follow up. Scand J Prim Health Care 1993; 11: 83-90.

Kurs i ortopedisk medisin etter Cyriax' metode arrangeres regelmessig for leger og fysioterapeuter.

Interesserte kan kontakte:

Are Ingemann
8940 Terråk
Tlf. 75 03 41 38

eller
Tom Røsand
Rugstien 1
2006 Løvenstad
Tlf. priv. 67 90 13 72
arb. 22 25 32 70

På ein utpost – før vår tid

Historien om Signe Vest

Vi kom siglende inn til Grønlands austkyst, ein julidag 1991. Det hadde gått mange år sidan norske vikingskip landa her sist, men sikkert av same grunn: – dårleg vær og mykje drivis.

I havna låg doktorbåten, ei lita rund og raudmalt skute. Ho bar navnet Signe Vest.

Eg skal fortelja saga om ei modig dame.

Soga fortel

Aust-Grønland er «halvt norsk». Vi kjenner frå saga at Eirik Raude oppdaga landet, busette seg, og at han seinare koloniserte søraust-delen med jordhungrige islendingar, 25 skip sette ut, 14 kom fram. Eirik må ha vore god i markedsføring. Herifrå drog Leiv Eriksson ut for å finna nytt land i Vest, Vinland.

Norge hadde i mange år handelsruter på Grønland, landet var politisk knytt til Norge heilt til 1814, då Danmark tok over.

I 1931 og 1932 godkjente vår regjering norske fangstfolk sin okkupasjon av område på Aust-Grønland. Striden vart avgjort ved domstolen i Haag til Danmarks fordel.

Europearane har kome og gått. Vi kjenner Hans Egede, Grønlands apostel, som kom dit i 1728.

Kulturkollisjon

Det fins mange soger om kollisjon mellom europearar og det opphavelige polarfolket, Inuittane. Inuittane har vandra søraustover på Grønland i minst tre bølger, den eine var i konflikt med etterkommarar av Eirik Raude, og kan ha vore ei av årsakene til at den nordiske busetnaden vart borte.

Det ukjente Aust

Bygdene i sørvest var godt kjende, ettersom handelsrutene gjekk dit.

Tekst: Odd Kvamme



Odd Kvamme, f. 50, cand.med. 76, Bergen. Turnus i Finnmark. Vestlending med stor affinitet for sjø. Tidlegare distriktslege, nå driftstilskudd, Halsnøy. Veileder i allmennmed. Leder Dnlfs fagutvalg for akupunktur. Styremedlem APLF og NAMF. Interesser: Framtidsforskning.

Austdelen av det mektige landet var vanskelegare å kome til på grunn av drivisen. Det gjekk mange soger om kjemper og store villdyr. Før Fridtjof Nansen kryssa innlandsisen frå Austsida i 1888, snakka ein endåtil om grøne sletter og dalar midt inne på øya. Det var like usikkert om det budde folk der, og kva folkeslag det var. Var det på Aust-Grønland vikingane budde, levde det enno raudhåra, blåøygde kjemper der? Der er ikkje meir enn 100 år sidan dese spekulasjonane gjekk.

Konebatekspedisjonen

Det vart tidleg i 1880-åra sendt ekspedisjonar rundt Kapp Det Gode Håp og nordover for å leita

etter spor frå vikingtida og etter folk. Dei fann folk. Ekspedisjonen til Gustav Holm kom i 1884 til ei inuittstamme på 400 menneske. Samfunnet var i oppbrudd på grunn av dårleg fangst og lite mat. Holm lova hjelp. Han drog tilbake til Danmark for å reisa pengar til hjelp, men midlane var vanskelege å få. Det gjekk ti år før Holm klarte å levera hjelpa, men i 1893 koloniserte danskane Aust-Grønland. Av dei 400 inuittane var 107 døde på dei ti åra.

Alt frå 1894 auka folketalet. Det var bygt hus, matforsyningar vart skipa inn. Seinare kom misjonærane, og i 1908 bygde dei kyrkje.

Helsevesenet

Kvar vart det av helsevesenet? Litt etter dei åndelege nybrottsarbeidarane, som vanleg. Det måtte ein epidemi til. Den kom i 1916, og tok 50 av dei 600 liva. Dette skaffa ein sjukepleiar for eitt år. Først i 1946 kom distriktslegen, og i 1957 sjukehuset.

Signe Vest

I perioden 1933–1946 var Signe heile helsevesenet på Aust-Grønland. Ho var dansk lege-dotter, fødd i 1909, utdanna i Ålborg, og drog rett til Angmassalik. Der innretta ho seg spartansk, og budde sine 15 første arbeidsår på sjukestova.

Sjølvhjelp

Signe var eit kvinnfolk med driv i. Ho fekk med tida ordna to sjuke-rom, eitt lite privat rom, og eit påbygg med vaskerom og behandlingsrom. Utanfor huset hadde ho stativ med både konebåt, fangst-kajakk og hundeslede. Ho fiska og jakta sjølv, og tørka laks og selkjøtt til vinterfor for folk og 12 slede-



bikkjer. Gjennom sumaren sanko ho sikringskost for dårlege ernærte inuittar til vinterbruk.

- spekkpose med sylta bær og blomar
- selmage med tørka blod

Innsatsen hennar kom vel med. I desember 1933 døyde 9% av folket i influensa. Sjukesengene vart overfylte. Signe sov med klea på i samanhengjande tre veker, og var over alt. Etter epidemien hadde samfunnet 123 foreldreause born å ta vare på.

Barnevern anno 1936

Inspektøren for Aust-Grønland vart varsla. Det vart ytt økonomisk hjelp, kr. 2.000,- til krisehjelp. Dei svakaste attlevande vart flytt frå utplassane til sjukestova. Etterkvart kom det midlar som skulle vera til støtte for borna fram til dei fylte 15 år. Inuittane har sterke tradisjonar på å ta vare på familien. Difor flytte dei fleste av borna saman med nær familie. Barnehjelpa vart gjeven i naturalia, ettersom

dei fleste av familiane levde av fangst. Så snart borna var store nok, skulle dei hjelpa til med familiens arbeid. Åtte år gamle fekk gutane salongrifle. 14 år gamle fekk dei rifle til seljakt. Til 15-årsdagen fekk dei kajakk. Hjelpa var praktisk, med eit klart mål om hjelp til sjølvhjelp.

Signe administrerte hjelpa. Ordninga vart permanent, og då Signe slutta, hadde 210 born vore under hennar vengjer. Ho budde på sine 15 kvadratmeter i 15 år, og romet var godt utnytta:

- bak døra var ein reol, det var barneomsorgskontoret
- banken var i vinduskarmen, der låg pasientane sine pengar i små haugar
- under banken var bakarbutikken, med kringlar og bollar. Den vart av og til rana av gottesjuka born, men dei rørte ikkje banken
- leikerom for borna var under skrivebordet, og ved sida av det var hylla med laken- og handklelageret.

Nye tider

Legen kom i 1946, men Signe held fram med sitt arbeid til 1955. Etter 22 år måtte ho gje seg, ein ryggskade under sledekjøring gjorde at ho ikkje kunne arbeide meir.

Signe Vest gav alt. Eg fekk soga fortalt i Angmassalik. Minnet om Signe er levande i den vesle byen. Tre tusen menneske bur det her nå, dei aller fleste er inuittar. På heile Aust-Grønland lever det ca. 6.000 menneske.

Kva hadde heridit dersom Gustav Holm ikkje hadde kome att etter 10 år, ville dei ha venta lenger, eller flytta sørvestover? Kanskje hadde desse kalde kystane vore avfolka i dag.

Kva hadde hent om ikkje Signe hadde vigt sitt liv til inuittsamfunnet?

Etter tre dagar reiste vi vidare til Amerika for at Norge skulle bli oppdaga.

Den raudmalte doktorskuta var noko av det siste eg såg, ho låg stolt og godt fortøyd i havna. Hørde trygt til her, hadde ikkje behov for å runda Kapp. Hadde si oppgåve. Bar navnet Signe Vest. □

KURS:

Helsestasjonslegens ønskeliste

Takk til Bård Natvig for at han hiver seg frampå med et viktig anliggende, presentert i forrige utgave av Utposten (1). Han har helt rett: det er for liten aktivitet på helsestasjonsfronten. Og jeg vil føye til: det har lenge vært slik. Det er ikke vanskelig å kjenne seg igjen i hans ønskeliste, som er ganske lik den jeg har båret fram i noen år: for Helsedirektoratet og for ulike fagmiljø, ikke minst lægeföreningen. Noe av det har også blitt positivt imotekommet og har båret frukter (2, 3), uten at det har ført til den store givne på området, i hvert fall ikke blant legene.

Det er også andre som har stått på for helsestasjonen, men i forhold til at det dreier seg om helsevesenets forebyggende innsats overfor den oppvoksende slekt, er det forunderlig få. Og nettopp dette er en viktig årsak: vi er for få. Og

de få det dreier seg om bor spredt og har rikelig med andre gjøremål. Derfor blir også det faglige miljøet magert, noe som selvfølgelig har sammenheng med det faglige innholdet igjen.

Det mangler ikke på ønsker, men helsestasjonen er ikke av dem som er blitt tilgodesett med så store gavepakker de siste tiårene. Da gjelder det å lage noe moro sjøl, og på vegne av NSAMs referansegruppe i helsestasjonsarbeid vil jeg gjøre oppmerksom på nedenstående kurs som vi (med sedvanlig god støtte fra vår forening) avholder i september. Der tar vi sikte på å få opp på dagsorden nettopp spørsmål som Bård Natvig er opptatt av. Meld dere på!

Med hilsen Frode Heian

P.S.! B.N. nevner det: Etter atskillige år med helsestasjonsarbeid noen få timer i uka (som Natvig og de aller fleste andre) har jeg de siste 2 1/2 årene jobbet på heltid med fagutvikling på feltet. Det er langsiktig arbeid, og det vil ikke være riktig å presentere resultater før om et års tid. Og temaet er ikke screeningprosedyrer, men helsestasjonens rolle som budskapsformidler til foreldre og premiss-giver til lokalforvaltningen.

1. Natvig B. Helsestasjonens ønskeliste. Utposten 1994; 23:60-2
2. Heian F. Misvær N. Helsestasjonsboka. Oslo: Kommuneforlaget, 1989
3. Heian F. Helsestasjon. Et tverrfaglig studieprogram (video) om helsestasjonsarbeid. Oslo: Den norske lægeförening, pedagogisk avdeling, 1989

HELSESTASJONSKURS 5.-7. SEPTEMBER -94

Legens rolle på helsestasjonen

Allmenn- og samfunnsmedisinske utfordringer

Kurskomite: NSAMs referansegruppe for helsestasjonsarbeid.

Kurset er søkt tellende med 17 timer til spesialitetene allmenn- og samfunnsmedisin, og pediatri.

Målgrupper er først og fremst helsestasjons- og andre leger med samfunnsmedisinsk- og faglig medisinsk rådgiveransvar. Kurset vil også være aktuelt for bameleger med interesse for forebyggende arbeid. Foruten det faglige innholdet på selve kurset, tar kurskomiteen sikte på en mal til «kurspakke» for utvikling og kvalitetssikring av helsestasjonsarbeidet lokalt.

Kursavgift: kr. 900, ekskl. oppholdsutgifter
Sted: Åsgårdstrand hotell, 3155 Åsgårdstrand
Påmelding: innen 15. juni til Ingrid Hauge Lundby, Nestoppen 18 B, 1344 Haslum.

Deltakerantall: ca. 40

Program

Mandag 5. september: Samfunnsmedisinsk arbeid

Fra kl. 09.00: Registrering
10.00-10.10: Velkomst, kort presentasjon av kurset.
10.10-11.15: Helsestasjonen som verksted for samfunnsmedisinsk arbeid. Legens rolle i det forebyggende arbeidet for barn. Diskusjon. Kommuneoverlege Anders Smith, Bærum

Pause

11.25-12.30: Kilder til kunnskap om barns helse og vilkår. Diskusjon. Overlege Rannveig Nordhagen, Statens institutt for folkehelse.

Lunsj

13.30-16.30: Helsestasjonen som kilde til kunnskap. Epidemiologiske verktøy i hverdagen. Innføring, ide og demonstrasjoner. Hvordan formidler vi kunnskapen videre, - og til hvem? Pauser etter behov. Kommuneoverlege/prosjektleder Arnt Ole Ree, Sandefjord

Ca. kl. 18.00-19.00 Kveldsforedrag: Helsestasjonen i utvikling. Hva er utfordringene?

Tirsdag 6. september: Fagutvikling, kvalitetssikring, klinisk arbeid

09.00-10.00: Fagutvikling i helsestasjonsarbeidet. Avdelingsdirektør Hans Ånstad, Sosialdepartementet. Kort pause

10.15-11.15: Hva er «godt nok» helsestasjonsarbeid? Om kvalitetssikring og internkontroll. Underdirektør Lena Engfeldt, avdeling for primærhelsetjeneste, Statens helsetilsyn. Kort pause

11.30-12.30: Grunnleggende krav til de somatiske undersøkelsene. Avdelingsleder, professor Leiv Bakketeig, Statens institutt for Folkehelse

Lunsj

13.30-16.00: De enkelte somatiske undersøkelsene, vurdert i forhold til overnevnte krav. Presentert ved to pediatriske generalister
- Bydelsoverlege Harald Hauge, Bergen kommune
- Spesiallege Ole Sverre Haga, Nordfjordeid sykehus i samarbeid med to allmennpraktikere
- Bydelslege Gunn Aadland
- Prosjektleder Frode Heian
Sanseundersøkelser:
- øye/syn
- hørsel
Anemi/vikterus
Fordøyelses-system/stoffskifte

Ca. kl. 20.00: Kulturellt kveldsprogram

Onsdag 7. september: Klinisk arbeid (forts.)

09.00-14.00: Vekstforstyrrelse, luftveier/allergi, cor, luftveier, urinveier, ortopedi, nevrologi, kort om utviklingsvurdering

Pauser etter behov

14.00-15.00: NSAMs forslag til kommunalt program for fagutvikling i helsestasjonsarbeidet, med mal for kurspakke. Budskap: Gå hjem og sett i gang!

Diskusjon er inkludert i de oppsatte tider for de enkelte tema.

Målrettet astma-behandling: Opptil 30% deponering i målorganet¹⁾

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:** Ved bruk av pulverinhalator (Turbuhaler) oppnås lokal effekt. Preparatet inneholder rent budesonid, dvs. ingen hjelpe- 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 kretsloop inaktiveres i leveren (første-passasje). **Indikasjoner:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller kromoglikat. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor budesonid. **Bivirkninger:** Lett halsirritasjon, hoste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-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 nervøsit, uro og depresjon samt adferdsforstyrrelser hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved behandling med andre glukokortikosteroider). Hos enkelte pasienter på høy dosering er det påvist binyrebarksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. **Forsiktighetsregler:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøye. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinitt, eksem, muskel- og leddsmerter) på grunn av minskt generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med fornyet systemisk behandling. **Graviditet/amning:** Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes pga. 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:** Initialt, under perioder med alvorlig astma, ved dosereduksjon og eventuell seponering av peroral behandling med glukokortikosteroider anbefales følgende dosering: **Voksne:** 200-1600 µg daglig, fordelt på 2-4 doseringer. I mindre alvorlige tilfeller: 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. **Dosering 2 ganger daglig** er vanligvis tilstrekkelig. **Dosering 1 gang daglig** vil kunne være aktuelt for pasienter som ikke trenger mer enn 400 µg pr. dag. Der man ved mildere former for astma har fått tilfredsstillende effekt av 400 µg x 1, kan man prøve om lavere doser er tilstrekkelig. Dosen kan gis enten om morgenen eller om kvelden. Dersom optimal behandling ikke oppnås med denne dosering, bør dosen og doseringshyppigheten økes. **≥ 6 år:** 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. **Forsiktighet** utvises ved doser på 200 µg pga. fare for binyrebarksuppresjon. **Terapeutisk effekt** oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterk slimproduksjon bør initialt (og over en kortere periode - ca. 2 uker) få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved eksacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugg. **Vedlikeholdsdose:** Når den ønskede kliniske effekt er oppnådd, bør dosen gradvis reduseres til den lavest mulige dose som holder astmasymptomene under kontroll. **Dosering 2 ganger daglig** - morgen og kveld er som oftest tilstrekkelig. **Steroidavhengige pasienter** som overføres til Pulmicort bør være i stabil fase. **Ved overgang fra peroral steroidbehandling, gis Pulmicort (i høydose) i kombinasjon med vedlikeholdsdosen av oralt steroid i ca. 10 dager.** Deretter reduseres den orale dosen gradvis med f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsv.) pr. måned til lavest mulig dose. I mange tilfeller vil det være mulig å substituere den perorale kortikosteroidbehandlingen helt med Pulmicort Turbuhaler. **Andre opplysninger:** Hver dose tilmåles ved vridning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Det er viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munnstykket, selv om kravet til inhalasjonsteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol. Pasienten trenger hverken kjenne noen smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden av dette i en dose er meget liten. Det er viktig å instruere pasienten i å skylle munnen godt med vann og spytt ut etter hver dosering. **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. (07.03.94)

T: 2, 30

BRICANYL TURBUHALER "DRACO"

Adrenergikum

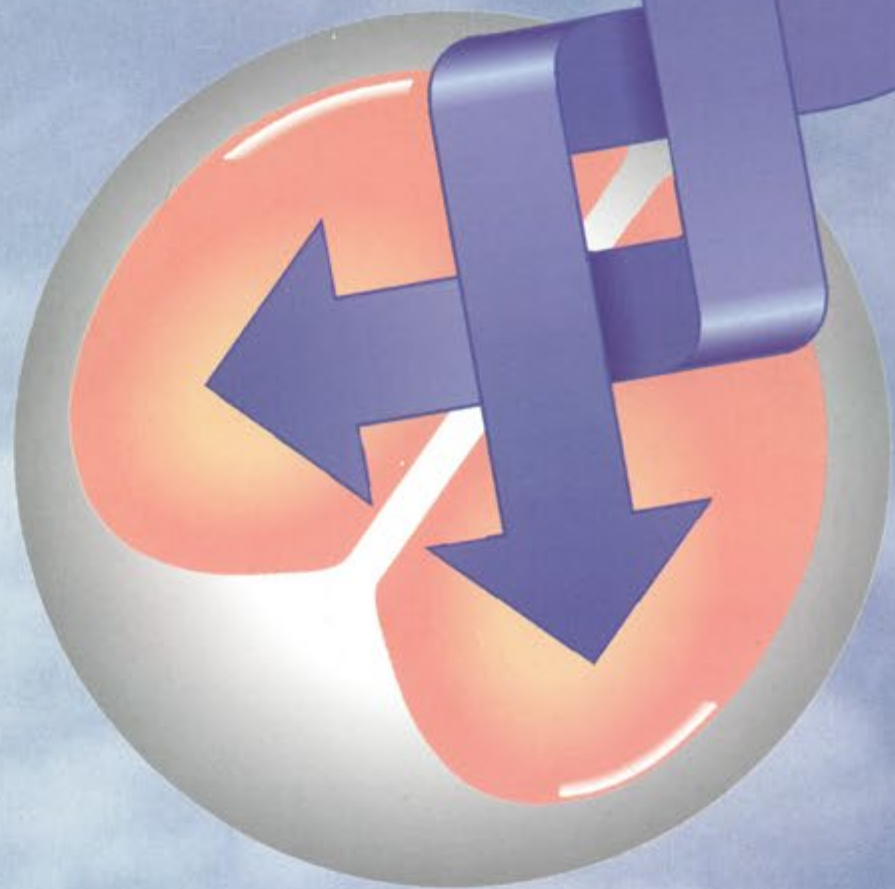
ATC-nr.: Ro3A C03
INHALASJONSPULVER 0,25 mg/dose og 0,5 mg/dose: Bricanyl Turbuhaler: Hver dose inneh.: Terbutalin sulf. 0,25 mg resp. 0,5 mg. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Selektiv beta₂-stimulator. **Virkningsmekanisme:** Virker i terapeutiske doser hovedsakelig på beta₂-reseptorene i bronkialmuskulaturen. Øker nedsatt mucociliar transport. Stimulering av beta₂-reseptorene i uterus-muskulaturen gir relakserende effekt. **Virketid:** Inhalert terbutalin virker i løpet av få minutter. Effekten varer opp til 6 timer. Turbuhaler er en pulverinhalator som inneholder 200 doser rent terbutalinsulfat dvs. ingen hjelpestoffer. Hver dose tilmåles ved vridning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Kravet til inhalasjonsteknikk (som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol) er eliminert Turbuhaler er effektiv også under et akutt astma-anfall. **Absorpsjon:** Ca. 20-30% av tilført dose deponeres i lungene ved normal inhalasjonshastighet. **Indikasjoner:** Bronkospasme ved bronkialastma, kronisk bronkitt, emfysem og andre lungesykdommer hvor bronkokonstriksjon er en kompliserende faktor. Sekretstagnasjon grunnet nedsatt mucociliar 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. **Urtilkaria** og eksantem kan forekomme. Pga. inhalasjonsaerosolens innhold av freoner som drivgasser, har man hos noen pasienter sett et fall i FEV1 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 beta₂-stimulatorer i store doser kan gi rytmeforstyrrelser hos pasienter med koronar hjertesykdom. **Hyperτροφisk kardiomyopati.** Ved all inhalasjonsterapi bør pasientens inhalasjonsteknikk sjekkes regelmessig. Ved bruk av forstøverapparat 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 astmaanfallet ikke må utsette starten av annen viktig terapi. **Graviditet/Amning:** **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 beta₂-stimulatorer. **Dosering:** Individuell. **Vanlig dosering:** **Inhalasjonspulver: 0,25 mg/dose: Voksne og barn over 12 år:** 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjoner) ved behov eller hver 6. time. 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) ved behov eller hver 6. time. 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) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller inntil 3 doser pr. doseringstilfelle. Maks 12 doser pr. døgn. **Barn 3-12 år:** 0,50 mg (1 inhalasjon) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller kan 2 inhalasjoner tas ved samme doseringstilfelle. Maks. 8 doser pr. døgn. **Overdosering/ Forgifting:** Mulige symptomer. Hodepine, uro, tremor, toniske muskelkramper, palpitasjoner, arytmier. Av og til blodtrykkfall. **Hyperglykemi, laktacidose, hypokalemi** (vanligvis ikke behandlingstrengende). **Behandling:** **Lette til moderate tilfeller:** Reduser dosen - øk deretter dosen sakte dersom en sterkere bronkospasmatisk effekt er ønskelig. **Alvorlige tilfeller:** Magetømming, aktivt kull. Bestem syre-base balansen, blodsukker og elektrolytter. **Hjertefrekvensrytme og -trykk** monitoreres. **Metaboliske forandringer** korrigeres. En kardi selektiv betablokker (f.eks. metoprolol) anbefales til arytmi-behandlingen. **Betablokkere** bør brukes med forsiktighet pga. muligheten for å induisere bronkial obstruksjon. Dersom den beta₂-medierte reduksjon av perifer vaskulær motstand vesentlig bidrar til et blodtrykkfall, bør et volumøkende medikament gis. (F65d sympatomimetika). **Andre opplysninger:** Det er viktig å instruere pasienten mht. riktig bruk av preparatet. Ved forskrivning til små barn er det spesielt viktig å forsikre seg om at disse er i stand til å følge instruksjonene i bruksanvisningen. **Forskrivningsregel:** Inhalasjonsvæske: Behandling skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i indremedisin, pediatri, lungesykdommer eller øre-nese-halsykdommer. **Pakninger og priser:** **Inhalasjonspulver: 0,25 mg:** 200 doser kr 131,00, **0,5 mg:** 200 doser kr 194,10. (08.11.93)

T: 2, 30

ASTRA
Astra Norge

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

Målrettet astma- behandling:



Opptil 30%
deponering
i målorganet
med Turbuhaler®

Ref. 1)

Budesonid
Pulmicort®
Turbuhaler®

Terbutalin
Bricanyl®
Turbuhaler®