

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5

1994

ÅRGANG 23



Sjøfartsmedisin – hva er det?

Nr. 5, 1994

- 179** *Geir Sverre Braut*
Leder: Vår ære og vår makt
- 180** *Eystein Straume*
Sjøfartsmedisin – hva er det?
- 182** Smil i hverdagen
- 183** *Aksel H. Schreiner*
Medico – Legeråd til norske sjøfolk i utenriksfart
- 185** *Kirsti Malterud*
Hvor ofte er ofte i allmennpraksis?
- 189** *Intervju med Peter F. Hjort*
Gammel, men ikke mett av dage
- 192** *Sidsel Graff-Iversen*
Hjerte-karsykdommer tar mange kvinneliv
- 194** *Einar Melvær Sandven*
Plutselige dødsfall hos barn og unge
- 196** Leserbrev
- 198** *Debatt*
Cyriax til besvær?
- 199** NSAM inviterer til tenkedugnad
- 200** *Bokmelding*
Klimakteriehandboken
- 202** *Bokmelding*
Allmennpraksis i utvikling
- 204** *Bokmelding*
Forebygging og kontroll av seksuelt overførte sykdommer
- 205** *Gunnar Moulund*
Jeg skriver da ikke ut mye B-preparater! (?)
- 209** *Petter Øgar*
Mens vi venter på stortingsmeldingen...
- 213** *Jostein Holmen, Irene Hetlevik, Hege M. Iversen*
Kvalitetssikring – hva kan edb bidra med?
- 215** *Edb-spalten*
Statistikkprogram for allmennpraksis
- 217** *Hege Raastad*
Atomvåpen, helse og miljø

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 00 79

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 Vestbø

4160 Finnøy

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

Vår ære og vår makt...

Utposten har i denne utgåva to artiklar med utgangspunkt i sjøfart. Eystein Straume har vore på kurs for sjømannslegar og har etter det ein del påtrengjande spørsmål; alle med utgangspunkt i ei undring om sjøfart, fiskeri og offshorverksemd er så spesielt at særlege ordningar er naudsynte (1). Aksel H. Schreiner skriv om ein del av norsk helseteneste som er ukjent for legar flest, men som alle offiserar i den norske handelsflåten har lært seg til å stola på, nemleg MEDICO som gjev medisinske råd til norske sjøfolk i utanriksfart (2).

Både sjømannslegeordninga og MEDICO er uttrykk for ein del av eit temmeleg usynleg kompetansenettverk i norsk helseteneste. I tillegg til desse to ordningane, kjem ei rekkje ordningar knytt til norsk petroleumsverksemd. Alle operatørselskapa har medisinsk-fagleg ansvarlege legar. På mange måtar kan desse samanliknast med tilsvarende legar i kommunehelsetenesta, og har såleis oppgåver som går langt ut over det som ein vanlegvis har lagt til ei bedriftshelseteneste. I tillegg har alle installasjonar i petroleumsverksemda sjukepleiar om bord som støttar seg til døgnkontinuerlege legevaksordningar på fastlandet. Vidare har både hovudredningssentralane, i Bodø og på Sola, legar i redningsleiinga som rett som det er vert stilt overfor sjøfartsmedisinske spørsmål. Til saga om norsk sjøfartsmedisin, kan ein også rekna det faktum at alle legar med norsk autorisasjon frå tid til annan utferdar fråsegner om oppfylte helsekrav for arbeidstakarar i petroleumsverksemda.

Kor mange legeårsverk som går med til alt dette, kjenner ingen. Underskrivne har rekna på det ganske grovt, og kome til at det handlar om over 150 årsverk!

Eystein Straume har rett når han peikar på at samarbeidet mellom ulike instansar på dette området ikkje har vore særleg tett. Personleg trur eg at årsakene til det meir ligg i organisatoriske tilhøve enn i personleg og fagleg maktkamp; men sidan eg er ansvarleg for det helsefaglege tilsynet i petroleumsverksemda er eg vel ugild i den saka! Det skal likevel seiast at det både hjå sjøfartsstyremaktene og helsestyremaktene er stor interesse for å koma nærare kvarandre i faglege spørsmål. Uavhengig av ei innfløkt organisering og den særlege autorisasjonsordninga for sjømannslegar, må sjøfartsmedisinen finna plassen sin i primærhelsetenesta. Sjøfarts- og offshoremedisinen er på mange måtar ei syntese av allmenn-, arbeids- og samfunnsmedisin. Praksisfeltet er nær knytt til kyst-Noreg, og der er primærhelsetenesta.

Aksel H. Schreiner argumenterer i sin artikkel på ein overtydande måte for at det også er nødvendig med ei klinisk retta helseteneste som støtte til utanriksflåten. MEDICO har utgangspunkt i spesialisthelsetenesta. Mange ville meina at det eigentleg sett handlar om telemedisinsk allmennpraksis. Sjølv om det ideologisk sett kunne argumenterast for det, vil det vera farleg å endra på ei teneste som fungerer bra og som har stått prøven gjennom mange år og såleis har tiltru hjå brukarane.

Vi kan konkludera med at vi



har eit praksisfelt der dei utførande ledda er verksame medan det forvaltningsmessige og vitskapelege støtteapparatet sviktar. Bør vi ikkje snart få ei offentlig utgreiing om medisinske støttetjenester til sjøfart, fiskeri og offshorarbeid? Ikkje nødvendigvis for å revolusjonera, men for å sikra at ein tek vare på kompetansen som finst på dette området. Og kva med Eystein Straume sin tanke om eit professorat i sjøfarts-, fiskeri- og offshoremedisin? Noreg er framleis ein stor sjøfarts- og fiskerinasjon. Noreg er leiande i tryggleiksarbeid i petroleumsverksemda. Kvifor skulle Noreg då ikkje også kunna vera leiande på medisinske forhold knytt til desse næringane?

Geir Rune Brant

Litteratur:

1. Straume E. Sjøfartsmedisin – hva er det? Utposten 1994;23(5): 180–182.
2. Schreiner AH. MEDICO – Legeråd til norske sjøfolk i utenriksfart. Utposten 1994;23(5): 183–184.

Sjøfartsmedisin – hva er det?

Personlige og uansvarlige tanker
etter en reise langs kysten om behovet for styrking
av et forsømt område

Tekst: Eystein Straume



Eystein Straume, f. -42.
Cand. med. des. -68 i
München. 5 års sykehus-
tjeneste på ulike avdelinger,
17 år som distriktslegelkom-
munelege i Loppa. I økende
grad opptatt av pasient
– legeforsøket og hvordan
dette påvirker både lege og
pasient. Arbeider for tiden
med å etablere en støtte-
gruppe for leger i Finnmark.
Liker å seile på Loppahavet.

*Framtida hoster der menneskan sår,
pløye i gamle spor.
Vinter og mørke skal vekse med vår,
Kyst-Norge skal bestå i titusen år,
trygg på si eiga jord!*

Slik sang trubaduren Trygve Hoff.

Høsten 1993 fulgte 50 leger hurtig-
ruta fra Bergen til Tromsø på kurs
i sjøfartsmedisin. Kurset ble arran-
gert av norsk forening for sjøfarts-
medisin. Foreningen er liten, med-
lemstallet har ligget omkring 15.
Det er derfor meget imponerende
at denne foreningen nå har gjen-
nomført flere kurs for leger som vil
bli autorisert som sjømannsleger.
Foreningen har et tett samarbeid
med Sjøfartsdirektoratets sjø-
mannsavdeling, forøvrig er såvel
helsetilsynet, samfunnsmedisinere-
ne, arbeidsmedisinen, trygdeverket
og universitetsmiljøene fraværende.

Tankene går så fritt og vidt på
en reise langs kysten. Langs kysten
oppstod den første bosettingen,
mye av vår identitet som nasjon
har sine røtter her, havet var utfor-
dringen og muligheten. Kystens
folk utviklet en høyt spesialisert
kultur og de mestret elementene
og fant både livberging og vel-
stand. Vi er stolte av å være en sjø-
fartsnasjon og et farende folkeferd.

I velferds-Norge er helsevese-
nets eneste befatning med dette
miljøet en liten flokk leger som på
eget initiativ driver helsekontroll
av de som vil mønstre som sjøfolk.
Hva er det som har skjedd?

Sjøfartsdirektoratet

Ved innføring av «Lov av 9.juni
1903 om Statskontroll med Skibes
sjødyktighet» ble det opprettet et
Sjøfartskontor for å administrere
loven. Kontoret ble lagt under det
daværende Handelsdepartementet.

Kontoret ble i 1962 oppløst og
erstattet av to selvstendige direkto-
rater, Sjøfartsdirektoratet og
Direktoratet for sjømenn. Fra
1988 ble Sjøfartsdirektoratet
underlagt Utenriksdepartementet
og fra 1989 ble Direktoratet for
sjømenn lagt ned og oppgavene
lagt inn under Sjøfartsdirektoratet.
Senere ble også velferdstjenesten
for sjømenn lagt under Sjøfartsdi-
rektoratet.

Direktoratet er underlagt Miljø-
verndepartementet i saker som
angår hindring av forurensning av
sjøen fra skip og vern om det
maritime miljøet. Sjøfartsdirekto-
ratet bistår også Oljedirektoratet i
å håndheve petroleumsloven på
norsk sokkel og foretar kontroll
m.v. av de flyttbare innretningene.

Sjøfartsdirektoratet har flere
avdelinger. Sjømannsavdelingen
har kontor for sjømenn og helse
og sosialkontor. Helsetjeneste og
forebyggende helsearbeid hører
under disse kontorene. Det er ingen
leger ansatt i Sjøfartsdirektoratet.

I 1992 besluttet Sjøfartsdirek-
toratet at Helsedirektoratets god-
kjenning av sjømannsleger skulle
opphøre og legekontorene for sjø-
menn ble nedlagt. På den tid var
det mer enn 1000 godkjente sjø-
mannsleger i Norge, men ingen
hadde lenger noen oversikt over
disse og Sjøfartsdirektoratet ville
nå selv ha kontrollen med denne
delen av virksomheten. Alle tidli-
gere godkjenninger ble inndratt og
leger som ønsket å bli autoriserte

som sjømannsleger måtte søke Sjøfartsdirektoratet om dette. I dag er det vel 100 leger som er autorisert etter den nye ordningen. Dette gjør at det idag er en utvalgt, eksklusiv gjeng som kan titulere seg som autoriserte sjømannsleger. Konsentrering av erfaring er et gode dersom erfaringene da lettere kan systematiseres og bearbeides. Jeg finner imidlertid ingen faglig instans som har som oppgave å høste av denne konsentrerte erfaringen. Den er heller ikke samordnet med godkjenningsordningen for leger som undersøkere dykkere og flygere. Og da er kanskje hensikten med å samle erfaringen på færre hender ikke tilstede. Jeg undres. Det er ingen som krever spesiell godkjenning for å skrive ut helseattest for førerkort for bil og det selv om biltrafikken dreper hundrevis og lemlester titusen mennesker årlig. Ei heller trengs særlig godkjenning for å utstede attest til arbeidstakere i petroleumsvirksomheten.

Det er nå engang slik verden er

I en pause underveis står vi ved rekken og ser utover hav og land. Sjømannsavdelingens direktør Arne Flåterud er en praktisk og pragmatisk mann som snakker om behovet for kontroll både med leger og sjøfolk. Hensynet til effektivitet og rasjonalisering gjør at han trenger friske sjøfolk og han vil ha kontroll med vår kontroll og godkjenning av sjøfolkene. Han snakker om skipstyper og bemanning, om sjømannslov og tariffavtaler. Og han tror på bedre helsekontroll for å redusere vansker og risiko ombord. Hans avdeling behandler klagesaker og saker om hyrenekting. Han rådfører seg med autoriserte sjømannsleger fra det tidligere sjømannskontoret i Oslo, så vidt jeg forstår. I prinsippet avgjøres imidlertid slike saker administrativt og ikke medisinsk-faglig.

Han setter sine blå øyne i meg og sier at det er nå engang slik ver-



Sjøfart, fiske og oljevirksomhet er ryggraden i vårt næringsliv og til sammen vår suverent viktigste eksportnæring. Hvorfor er sjøfartsmedisinen fraværende i de akademiske miljøer?

den er. Hvilken verden, tenker jeg. Den blåøyde troen på helsekontroller som et egnet middel for å nå det målet han har overrasker meg. Har ikke yrkesmedisinens innsikt og erfaring nådd Sjøfartsdirektoratet? Heller ikke samfunnsmedisinerens syn på screening og helsekontroll og allmennpraktikerens forståelse av hvert enkelt menneskes motivasjon og integritet.

Trenger Sjøfartsdirektoratet medisiner med forankring i ulike fagmiljø, eller vil det bare føre til medikalisering av livet til sjøs og langs kysten? Jeg blir ikke riktig kvitt denne plagsomme tvilen på helsetjenestens virkning i det samfunnet den er en del av. Men jeg synes det er klart at enten må alle godkjente leger kunne undersøke sjøfolk, eller så må den oppsamlede erfaringen bearbeides til en egen spesialitet.

Ingen kan være særlig tjent med en firkantet regeltolking av en nesten tilfeldig samling helsekrav.

Fiskere

For fiskerene ser det ikke ut til at det gjelder andre regler enn bestemmelsene om kvoteordningene. Akkurat det er det mang en fiskerkone som velsigner. Hun ser da sin mann når kvota er oppfisket, selv om han går rundt som en sint okse i stua hjemme. Arbeidsmiljøloven gjelder ikke og det er ingen form for helsetjeneste for fiskerne. Riktignok har ildsjeler forsøkt å gjøre noe. Eilert Sundts beskrivelser av fiskernes kår fra forrige århundre er klassiske og fremveksten av fiskernes egne organisasjoner har vært viktige for å bedre levekårene. Per Fugelli var en tid også aktiv på dette feltet. Han skrev bøker til fiskerene om deres helse og drev opplysningsvirksomhet i «Fiskaren». Han fikk også istand en avtale mellom legeföreningen og Norges Fiskarlag om helsekontroller. Jeg husker at vi med entusiasme også i Loppa skulle starte dette arbeidet. Et uventet og betydelig innsig av torsk gjorde

imidlertid at alle mann ble borte i ukesvis og avtalene med helsevesenet forsvant i dypet, så og si. Det har vært andre tilløp til en helsetjeneste også. Idag kjenner jeg bare til kommunelege Erik Langfeldt i Honningsvåg som arbeider med denne oppgaven. Til gjengjeld er hans ideer spennende, han kaller arbeidet vernetjeneste for fiskere og driver utstrakt samarbeid med andre faggrupper. Han bruker ideer om helsevilkår og tiltakskjeder og ser arbeidet i sammenheng med lokalsamfunnets fremtid.

Og langs rekka ser jeg lokalsamfunn gli forbi. Robuste og bærekraftige små samfunn som idag trues av det merkelige fenomenet som heter utviklingen. En utvikling som gjør det å hente høyverdige proteiner fra havet til et ulønnsomt prosjekt med lav status.

Kontinentalsokkelen

Lav status har derimot ikke det som skjer på vår kontinentalsokkel. For tiden har Statens helsetilsyn et eget kontor for denne virksomheten i Stavanger, i tilknytning til Fylkeslegen i Rogaland. Det er vanskelig å få tak i hvordan samarbeidet er mellom dette kontoret og Sjøfartsdirektoratet og jeg får mistanke om faglig uenighet og maktkamp. Eller er det bare nok et tilfelle av dårlig, manglende samarbeid? Hvorfor er ikke samarbeidet her bedre og nærmere? Har et lite land råd til å ha så mange båser? Kanskje vi trives best med å ha hvert vårt lille bord her til lands. Temaet belyses ikke nevneverdig,

men det er klart at for de flyttbare installasjonene skal autoriserte sjømannsleger godkjenne mannskapene. Parolen er at alle som trenger maritime sertifikater skal godkjennes av oss.

Vår ære og vår makt

Sjøfart, fiske og oljevirkosomhet er ryggraden i vårt næringsliv og til sammen vår suverent viktigste eksport næring. Det er også grunnlaget for vesentlige deler av vår kultur og vår nasjons identitet og avgjørende for bosetningsstrukturen i landet.

Og helsetjenesten glimrer stort sett med sitt fravær i denne sammenheng. Er helsevesenet så blendet av egen suksess at det ikke ser virkeligheten. Det er selvfølgelig viktig å holde på med det som en kan og som en trives med. Helsetjenesten er likevel en del av samfunnet og må kunne se lenger enn til sin egen navle. Eller tror vi i ydmykhet at vi ikke har noe å bidra med?

Innenfor sjøfart, fiske og oljevirkosomhet er det blant yrkesutøverene en oversykkelighet når det gjelder kreft, hjerte-kar-sykdommer og ulykker. Det er også særegne sosiale problemer. I 1993 omkom 39 fiskere ved drukning. Det må være mulig og fornuftig å vurdere disse forholdene og bearbeide erfaringen også på medisinsk hold. Helsevesenet har en oppgave som premissleverandør i en utvikling som setter den menneskelige faktor i sentrum. Å medvirke til en

slik utvikling er vår fornemste samfunnsoppgave.

Bør sjøfartsmedisinen bli egen spesialitet med forankring i det akademiske miljøet?

Reisen går mot sin slutt. Tromsø dukker opp forut og der borte i Breivika på det nye universitetsområdet reises råbygget til fiskerihøgskolen. Miljøet omkring denne skolen nyter allerede anerkjennelse. Skolen har eget institutt for fiskerimedisin. Men det arbeider med fiskeblod og fiskens immunologi. Fiskerimedisinen har ingen som er opptatt av fiskeren. Og da universitetet fikk egen yrkesmedisinsk avdeling var det visst nok ingen som var kompetente nok eller interessert nok til å få med en seksjon for sjøfart og fiskerier. Kan ikke noen tilstrekkelig «tunge mennesker» fortelle miljøet ved Universitetet i Tromsø at her er det et stort tomrom i norsk helsetjeneste?

Tankene går så vidt. Guttedrømmen var å bli kaptein til sjøs. Drømmen lever enda og er vel en viktig grunn til at jeg praktiserer min legegjerning i et «sjødistrikt». Og hjertet slår kraftigere når mine sønner ringer via satelitt fra sine arbeidsplasser ombord i skip i fjerne farvann. Slik er også verden. Men blir de bare en brikke i et kynisk spill om rasjonalitet, effektivitet og lønnsomhet, eller får de erfare at de representerer det alt dreier seg om tilslutt: den menneskelige faktor. □

Eystein Straume
9550 Øksfjord



Farlig
praksis
ledig...



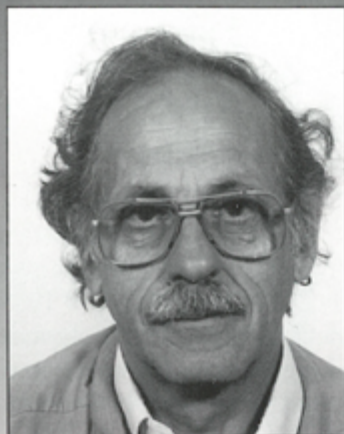
Allmennpraktikerstillinger

Allmennlege søkes til travel og variert avtale-praksis i Majorstukrysset 2-3 dager pr. uke.
 På sikt mulighet for full stilling.

MEDICO

– Legeråd til norske sjøfolk i utenriksfart

Tekst: Aksel H. Schreiner



Aksel H. Schreiner er dr. med og arbeider som professor og overlege ved infeksjonsseksjonen, medisinsk avd. Haukeland sykehus. Han har tidligere vært distriktslege i 6 år og har ledet MEDICO siden 1985

Den medisinske rådgivningstjeneste til norske sjøfolk i utenriksfart er en virksomhet som er lite kjent utenfor de maritime kretser. Tjenesten har sitt utgangspunkt ved Haukeland sykehus. Både før og etter siste verdenskrig kom der telegrammer til sykehuset med spørsmål om medisinske råd. Dette skapte angst og usikkerhet blant legene som ikke alltid følte seg kompetente. Det fortelles ennå med gru om et stort skip som ble snudd i Atlanterhavet p.g.a. en pasient som viste seg å ha urticaria. På slutten av førtitallet fant legene Johs. Bø (senere professor i indremedisin) og Jon R. Myhre (senere

professor i klinisk fysiologi) dette uholdbart og bestemte seg for å ta ansvaret. De sørget for at en av dem alltid var tilgjengelig på telefon når henvendelser kom. Etter få år trakk Johs. Bø seg fra dette arbeidet p.g.a. fravær og dr. Jon R. Myhre sto deretter alene for denne service fram til 15.12.85! En innsats som det står stor respekt av. I starten var tjenesten sogar gratis, men etter intervensjon av professor Rasmussen (som var Myhres sjef) ble det ordnet med et honorar fra Trygdekassen for sjøfolk, senere Folketrygdkontoret for utenlandssaker.

Myhre utviklet etterhvert et system hvor alle henvendelser gikk til Bergen radio som viderebefordret samtalen til ham. Etter at hovedkystradiostasjonen ble flyttet til Rogaland i 1960 gikk alle henvendelser gjennom Rogaland radio. Da mobiltelefonen ble innført i Norge i 1966 ble den benyttet av dr. Myhre som på den måten kunne forbedre kvaliteten på sin service.

Da professor Myhre gikk av for aldersgrensen i 1985 ble jeg anmodet om å overta. Det virket for meg urimelig å dekke tjenesten alene slik at jeg fikk med meg overlege dr. med -nå professor-Alfred Halstensen som er internist og infeksjonsmedisiner, overlege dr. med. Erik Florvåg, lungelege, overlege dr. med. -nå professor – Olav Sletvold, internist og patolog, og endelig dr. Kjell Gisholt som er praktiserende internist. Sletvold dro til Trondheim i 1993, slik at gruppen nå består av fire leger.

Gruppen mente at den medisinske service til våre sjøfolk må tilfredsstille det vi kaller de fire

k'er: Kontaktbarhet, kompetanse, kunnskap og kontinuitet.

«Kontaktbarhet» oppnåes ved bruk av televerkets service med landsdekkende personsøker, mobiltelefon, telefaks og «grønn linje» til Rogaland radio som også kan brukes myntfritt fra kiosker. Vårt minstekrav er svar innen 20 minutter, men latenstiden er sjelden mer enn 5 minutter. «Kompetansen» representeres av internister med lang erfaring fra et bredt sykdomsspektrum, to er subspecialister i infeksjonssykdommer og en i lungesykdommer. Infeksjonsspecialistene garanterer kompetanse i de ikke sjeldne tilfeller av trope-sykdommer. Vårt kontaktnett er slik at det er enkelt å skaffe konsultative råd fra andre spesialiteter. Med «kunnskap» menes her den spesielle kunnskap om globale, medisinske forhold som er viktig for å råde sjøfolk på alle hav: Aksjonsområde for kystvakter i USA og andre områder, kvalitet på sykehus i forskjellige verdensdeler, helikopterservice, alternative løsninger for behandling som private firma, militærbaser, oljeinstallasjoner etc. Med «kontinuitet» forstår vi muligheten for at den lege som har startet rådgivning i et tilfelle, fortsetter med tilfellet selv om han er gått av vakt. Vaktperioden er forøvrig en uke om gangen.

Gruppen får ca. 700 henvendelser årlig. Nøyaktig statistikk har ikke blitt ført tidligere. En oversikt fra de første tre måneder i 1994 viser at skader utgjør omlag 20%, luftveisplager rundt 40%, abdominale plager av medisinsk art rundt 20% mens de «kirurgiske» abdominalplager som appendicitt og ulcus perforans utgjør i underkant av 5%. Feber av ukjent årsak som

kan f.eks. være malaria eller tyfoidefeber forekom i 8% i denne perioden. Nøyaktig registrering av henvendelser med bruk av International Classification of Primary Care startet etter anmodning fra Sjøfartsdirektoratet 1. juli 1994.

En konsultasjon ved MEDICO starter med henvendelse fra ansvarlig navigatør ombord. Han vil muntlig eller skriftlig referere til sykehistorie og resultater fra hans undersøkelse av pasienten. «Malen» for sin rapport henter han gjerne fra Jørgen H.H. Brochmanns bok «Førstehjelp ombord» som finnes på alle skip i utenriksfart. På bakgrunn av denne rapport – som ofte må suppleres med tilleggsopplysninger – treffer vakthavende lege sin avgjørelse. Denne avgjørelsen, – hvis den innebærer deviasjon, helikoptertransport eller liknende – har svære økonomiske konsekvenser og må fattes på grunnlag av gode opplysninger, kunnskap om internasjonal «helsegeografi», erfaring og innsikt. Hvis behandling kan skje ombord, gis detaljert instruksjon og eventuell ordinasjon fra skipets medisinkiste som er vel utstyrt i henhold til forskrifter om legemidler mv. på skip med siste endringer 5. mars 1992. I adskillige tilfeller holdes løpende kontakt med skipet over flere dager.

Det er selvsagt begrenset hvor omfattende medisinsk service som kan ytes via radio. Kvaliteten på denne service vil i høy grad avhenge av den opplæring navigatørene har fått i førstehjelp. Med en veltrenet, våken og villig navigatør ombord, er det utrolig hva som kan gjøres både diagnostisk og terapeutisk ved hjelp av løpende, detaljert instruksjon. Som eksem-

pel kan tjene historien om en sjømann som for noen år tilbake hadde lurt seg til jobb ombord til tross for en insulinkrevende diabetes. Han ble funnet bevisstløs i sin lugar hvor man også fant sprøyter

og insulin. Styrmannen tenkte kanskje han hadde fått for lite insulin og satte straks en en full sprøyte. Mannens insulinsjokk ble selvsagt ennå dypere. Heldigvis hadde han bevart svelgrefleks. Ved nesten kontinuerlig kontakt i 24 timer lyktes det å få opp blodsukkeret ved kontinuerlig å helle 7up ned i spiserøret på pasienten – uten at han aspirerte!

Historisk sett har MEDICO-tjenesten vært av privat karakter med utgifter dekket av Rikstrygdeverket. I den senere tid har det vært en interesse for å offentliggjøre denne aktiviteten. På nyåret 1994 sendte Sosialdepartementet spørsmålet om tjenesten burde legges inn under institusjonshelsetjenesten til høring. Fordi Haukeland sykehus i fremtiden vil bli gitt ansvaret for medisinsk telematikk på landsbasis, ble det spesielt spurt om tjenesten burde legges til dette sykehuset. MEDICOs leger mente

at en innordning av denne service under AMK-sentralen sannsynligvis ville redusere både kontaktbarhet og tilgjengelig kunnskap og kompetanse utenom vanlig arbeidstid. Ledelsen ved AMK-sentralen var enig i dette. Andre instanser hadde en mer indifferert holdning til spørsmålet. Man ble enig om å anbefale at tjenesten bør legges inn under en institusjon – helst Haukeland sykehus – som ansvarlig, og at sykehuset delegerer ansvaret til en gruppe leger av den type som allerede finnes. I forbindelse

med seminaret om sjøfartsmedisin som Sjøfartsdirektoratet holdt på Leangkollen i april 1994 ble det klart at Sjøfartsdirektoratet var meget interessert i et nærmere samarbeid med MEDICO-tjenesten og dens leger, og at de aksepterte rollen som «arbeidsgiver». MEDICO-gruppen var enig i at et samarbeid med Sjøfartsdirektoratet var meget naturlig og aksepterte rapporteringsplikt til direktoratet.

De forventninger man har til dette samarbeidet er en forbedring av helseopplæringen av navigatører hvor erfaringer fra gruppens arbeid vil bli lagt til grunn for revisjonsforslag. Gruppen håper også å skaffe seg innflytelse på valg av medikamenter og annet til skipenes standardiserte medisinske utstyr. Endelig vil gruppen profitere på Sjøfartsdirektoratets kunnskaper om global «helsegeografi» som omtalt ovenfor. Det er således med god grunn at begge parter ser frem til et nærmere samarbeid i fremtiden. □

Aksel Schreiner
Haukeland sykehus
5021 Bergen

Hvor ofte er ofte i allmennpraksis?

Om hyppighet, prediksjonsverdi, mestring og kompetanse

Tekst: Kirsti Malterud



Kirsti Malterud (45 år) har arbeidet som allmennpraktiker (bydelslege i Oslo og Bergen) siden 1977, siden 1987 på halvtid. Professor i allmennmedisin i Bergen fra 1992. Opptatt av betydningen av kvinners erfaringer og av mangfoldet her i verden.

Som allmennpraktikere har de fleste av oss antakelig best faglig kompetanse på de medisinske problemstillingene som vi ser ofte. Epidemiologiske data viser oss at mangfold og bredde er noe av det mest karakteristiske ved allmennmedisinens medisinske profil. Selv de vanligst forekommende tilstander forekommer med ganske små prevalenstall, fordi det er snakk om så mange forskjellige tilstander. Derfor er det store deler av det medisinske virkefeltet hvor vår

erfaring bare kan bli sporadisk og tilfeldig. Som allmennmedisinere har vi en særlig faglig utfordring i å vurdere hvordan disse epidemiologiske fakta påvirker vår kompetanse. I denne artikkelen vil jeg diskutere dette nærmere, med utgangspunkt i egne erfaringer, klinisk epidemiologi og begrepet prediksjonsverdi.

«Da pleier jeg å ...»

En kollega fortalte meg overbevisende om hva han pleide å gjøre med hemorrhagiske tonsillitter. Jeg husker at jeg først tenkte litt beskjemmet at jeg aldri hadde sett en hemorrhagisk tonsillitt. Jeg husker også en indre refleks som fortalte meg at jeg ikke måtte røpe dette pinlige faktum til en kollega som var langt yngre og mindre erfaren enn meg selv. Han fortalte om hva han pleide å gjøre, og jeg lyttet interessert uten å kunne bidra med hva jeg pleide å gjøre i slike situasjoner. Først etterpå slo det meg at uansett hvor stor tilfeldig opphoping min kollega kunne ha hatt av denne tilstanden i sin praksis, kunne neppe det samlede omfanget være særlig stort tilsammen.

Jeg vet godt hvorfor jeg ikke sa fra om at jeg stusset over vår ulikhet i erfaringer angående denne tilstanden. Jeg husket nemlig godt igjen en ekkel følelse fra studietiden, der det å ikke høre den bilyden som alle de andre sa at de hørte, var flaut. Jeg vet at jeg har gått glipp av mye kunnskap ved å tro at det bare var meg som ikke visste hva det var jeg skulle høre

etter. Det kan se ut som om dagens studenter er flinkere til å være ærlige i slike situasjoner. Jeg håper i hvertfall at den del av den medisinske kultur som gjorde at jeg og flere opplevde det for pinlig ikke å innrømme hva vi trengte å lære mere om, er i endring. Jeg vil gjerne bidra til at vi som allmennmedisinere tør å si til hverandre hva vi ikke kan.

For jeg tror at slike opplevelser er med på å skape et indre bilde hos oss om et faglig ufeilbarlighet som er helt uoppnåelig. Med årene har jeg skjont at det faktisk ikke er mulig for noen å kunne alt, og jeg er også blitt mer og mer sikker på at det faktisk ikke er flaut når jeg ikke behersker noe som jeg ikke har lært eller som jeg gjør veldig sjelden. Det er mere flaut å late som jeg kan det eller gjør det ofte. Men hva betyr det om jeg innbiller meg at noe er ofte, hvis det kanskje egentlig er ganske sjeldent?

Et funn er et funn –??

Som nyutdannet lege visste jeg ingenting om klinisk epidemiologi. Jeg trodde at forhøyet verdi av leverenzymene betydde at det var noe galt med leveren, og jeg hadde aldri hørt om *falskt positive* resultater. *Falskt negative* resultater hadde jeg derimot en godt innlært angst for, og jeg gjorde mye for sikkerhets skyld, for ikke å overse sykdom. Jeg er for eksempel kanskje ikke den eneste norske primærlegen som i beste mening har screenet på chlamydia, gjort noe jeg i ettertid har forstått må ha vært et falskt positivt funn, og deretter

brakt betydelig unødig uro inn i stabile samliv. Dette synes jeg i dag er pinlig.

Senere har jeg lært og lest mer. Prediksjonsverdi er blitt et viktig grunnbegrep i min diagnostiske teori og praksis, og jeg har erfart betydningen av å tenke i konsekvenser og sannsynligheter når jeg stiller et diagnostisk spørsmål. De viktige spørsmålene gjelder *prevalensen* av den sykdommen vi undersøker på, og *prediksjonsverdien* for den testen vi skal bruke når vi tar prevalensen i betraktning. Derfor blir det også et faglig spørsmål å spørre om hva «ofte» betyr.

Man behøver ikke være systemteoretiker for å akseptere at prøvesvar og funn er relative og kontekst-avhengige – altså at den medisinske betydning av ett og samme prøvesvar vil være helt forskjellig, avhengig av i hvilken sammenheng prøven er tatt. Det er enkel matematikk og Bayesiansk sannsynlighetsteori som forteller at prediksjonsverdien eller utsagnskraften av et prøvesvar varierer med forekomsten av den aktuelle sykdommen i den gruppen der prøven blir tatt (1,2). På godt norsk betyr dette at sannsynligheten for at en unormal leverprøve representerer leversykdom, er betydelig høyere på en poliklinikk for fordøyelsesykdommer enn hos primærlegen, selv om prøvesvaret er det samme (f.eks. ALAT = 67).

Ved en indremedisinsk poliklinikk ble 83% av diagnosene i hovedsak stilt på bakgrunn av sykehistorien, uavhengig av de kliniske funn og laboratorieprøvene (3). Jeg tror denne andelen er enda høyere i allmennpraksis. Samhandlingen mellom lege og pasient utgjør et sentralt element i den diagnostiske beslutningsprosess i allmennpraksis. Både anamnese og klinisk undersøkelse kan i prinsippet anses som diagnostiske tester med ulik diagnostisk prediksjonsverdi, avhengig av testens styrke og den aktuelle sykdommens prevalens. Det er ikke bare primærlegens kommunikasjonsferdigheter

eller kliniske erfaringsgrunnlag som avgjør utsagnskraften av det vi finner eller får høre.

Den allmennmedisinske epidemiologi

For å kunne vurdere betydningen av det vi finner eller får høre, gjør vi en mer eller mindre bevisst vurdering av funnets utsagnskraft eller prediksjonsverdi. Jeg tror at vi bare sjelden trekker inn spørsmål om teststyrke og prevalens i slike vurderinger når funnet ikke er en laboratorieverdi. Jeg tror at vi kan ha nytte av å synliggjøre slike forhold i større grad, særlig på felter der det er noe spesielt med det allmennmedisinske.

Det allmennmedisinske spørsmålet kan foreløpig formuleres slik: Hvor ofte er ofte? Og hvilken rolle spiller hverdagens ubevisste prevalensvurderinger når det gjelder den diagnostiske prosess? Og hvorfor sier vi ofte hvis noe ikke er så ofte?

Spredningen i det allmennmedisinske sykdomspanorama er betydelig. Riktignok ser vi mange pasienter med luftveisinfeksjoner, blærekatarr eller muskelsmerter. Men svært mange av de tilstandene vi møter, er fåtallige for den enkelte primærlege. Mange vil sikkert kjenne seg igjen når jeg sier at jeg ikke har mye erfaring med parathyreoidealidelser. Etter snart 20 års medisinsk erfaring har jeg ennå ikke støtt på noen med Wilms tumor eller hemokromatose. Jeg har sett insulinom og amyotrofisk lateralsklerose. Tilstander man kunne tro var mer utbredt – som aortaanevrisme eller glomerulonefritt – har jeg ennå tilgode å bli konfrontert med. Og nå snakker jeg ikke bare om hva jeg selv har diagnostisert eller behandlet – jeg tar også med det jeg vet om mine pasienter fra epikriser og tidligere sykehistorier.

Jeg blir ofte forbløffet i samvær med kolleger som beskriver helt andre slags erfaringer enn dem jeg kjenner fra min egen praksis.

Noen av forskjellene er lette å forklare. Den som har jobbet som primærlege i et avsides landdistrikt har selvfølgelig sett flere ulykker enn meg som holder til i byen hvor ambulans og legevakt som regel ordner opp i slikt. Min mannlige kollega ser trolig flere sykdommer som hører hjemme i mannlige genitalia enn jeg som kvinnelig lege gjør. Og fordi jeg selv har erfaring fra svært ulike praksispopulasjoner, vet jeg at et arbeidssted kan gi meg stor erfaring med diabetikere, mens et annet arbeidssted styrker min kompetanse i møtet med kvinner med utflod.

Ubesvarte spørsmål om hyppighet og mestring

Likevel sitter jeg ofte igjen med spørsmål som jeg ikke kan finne gode svar på når det gjelder primærlegers ulike beskrivelser av sitt kliniske virke. Min hypotese (som jeg ikke her og nå påtar meg å teste) er at det kanskje handler vel så mye om forskjeller i hva hver av oss synes er hyppig, og hva hver av oss synes at vi mestrer, enn om reell variasjon i prevalens. Kanskje er det også slik at vi – for å mestre – er nødt til å etablere forestillinger om hyppighet som erfaringsgrunnlag. Det er historien om hemorrhagiske tonsillitter som får meg til å tenke slik. Det kan tenkes at noe av den allmennmedisinske kunst er å håndtere vår usikkerhet i møtet med pasientene slik at pasienten ikke blir skadelidd, ved å dele vår usikkerhet med hverandre som kolleger i større grad. Kanskje vi i større grad bør erkjenne at vår kompetanse har sine begrensninger, særlig angående problemstillinger vi sjelden møter.

Primærlegens kompetanse

Som allmennpraktikere er vi det siste tiåret blitt konfrontert med spesialisthelsetjenestens og publikums skepsis til vår kompetanse på

en rekke områder. Det er blitt stilt spørsmålstegn ved hvor stor del av den perinatale mortalitet som kunne vært unngått hvis primærlegene hadde handlet annerledes. Det er ikke så lenge siden vi med rette ble kritisert for å forholde oss altfor tilfeldig og lite målrettet overfor aldersdiabetikerne. Ved dramatiske astmadødsfall har primærleger i massemedia blitt kritisert for ikke å sende pasienten videre til spesialist. Fra tid til annen klager kreftpasienter over at allmennpraktikeren har stilt diagnosen for sent.

Dette er kritikk vi må ta på alvor som særdeles viktige utfordringer. Primærmedisinen er ikke verdt en sur sild hvis sykehusmedisinen og publikum blir enige om at vi ikke holder mål medisinsk-faglig sett. På noen områder kan vi antakelig si at vi har gjort en skikkelig innsats for å heve kvalitetsnivået. Handlingsprogrammer og referansegrupper har gjort viktig arbeid for å gjennomgå det faglige grunnlaget og formidle forsvarlige prosedyrer og beslutningsveier.

Men jeg tror fortsatt vi har mye ugjort på mange områder. Medisinen er i stadig og rivende utvikling, og som allmennpraktikere har vi utrolig mye vi skal dekke over. I noen grad klarer vi det, fordi vår løpende pasientkontakt gir oss en enestående arena for daglig læring. I noen grad opplever vi utilstrekkelighetsfølelse, utbrenning og feilgrep. Jeg tror dette er utfordringer som vi er nødt til å møte og ta på alvor. Jeg har ingen løsninger parat, men vil reise noen foreløpige forslag til drøfting.

Hva kan vi gjøre?

For det første synes jeg vi alle skal granske vår måte å bruke ordet «ofte» og «pleier» på. Med dette mener jeg at vi ikke vil være i stand til å møte utfordringene knyttet til å være faglig oppdatert angående lavprevalente tilstander hvis vi ikke erkjenner dem som lavprevalente, innrømmer vår manglende erfaring, og sørger for å

skaffe oss den nødvendige kunnskap. Det er ikke flaut å ha lite erfaring med problemer som forekommer sjelden. Kunsten er å ha strategier for å ha tilstrekkelig oppdatert basiskunnskap (f.eks. akuttmedisin), og å skaffe seg den nødvendige tilleggskunnskap når det er nødvendig (f.eks. oppfølging av pasient med sarcom).

For det andre synes jeg vi skal arbeide mer målrettet, både i teori og praksis, med anvendelse av klinisk epidemiologi i forhold til klinisk allmennmedisinsk kunnskap. Jeg tror dette er nødvendig for å vite mer om hva vi gjør og styrke vår vurdering av utsagnskraften av våre funn. Hvis det er slik at anamnesen faktisk er vel så viktig som urinfunnene ved blærekararr, blir det f.eks. særdeles viktig å fin-slipe våre kommunikative redskaper slik at teststyrken av våre spørsmål blir optimal, og å kjenne terrenget godt nok til å vite noe om hvilke pasienter som representerer høy pretest sannsynlighet for blærekararr.

For det tredje (og dette er nok mere kontroversielt) tror jeg noen tilstander under gitte omstendigheter vil være tjent med at vi aksepterer ulike former for arbeidsdeling. Med dette mener jeg *ikke* spesialisering eller innnevret allmennpraksis. Jeg mener å stikke fingeren i jorda og innse at norsk allmennmedisin har ulike oppgaver og ulike utfordringer i møte med ulike populasjoner.

For 15 år siden jobbet jeg i en praksis der vi daglig suturerte mindre sår. Der jeg nå er i praksis – som også er en storby – ser jeg aldri skadekirurgiske tilstander. Den lokale kultur er at folk går rett på legevakten med sår som skal syes. Hverdagen er full av føflekker, og mange av dem fjernes for sikkerhets skyld. Etter lang tids overveielse er nå min rutine blitt at jeg vanligvis henviser disse til privatpraktiserende kirurg som gjør dette fortere og bedre enn meg. Fortsatt inciderer jeg abscesser, skraper fotvorter og gjør annen

småkirurgi. Jeg er kommet fram til at jeg ikke har behov for å opprettholde min «skjære-og-sy»-kompetanse ved å fjerne en føflekk i ny og ne. Jeg anser fortsatt min praksis som åpen og uselektert, og jeg vet godt at det er mye jeg må lære meg hvis jeg senere skal være primærlege på landet. Men dette gjelder ikke bare elektiv småkirurgi.

Jeg synes tiden er inne til å snakke høyt om tilstander der vi må innse at vi trenger et visst regelmessige årlig volum for å klare å holde våre kunnskaper og rutiner forsvarlig oppdatert. Eksempelvis må enhver allmennpraktiker i prinsippet selvsagt beherske den kunnskap som er nødvendig for å gjennomføre svangerskapsomsorg forsvarlig og i henhold til handlingsprogrammet. Samtidig finnes det kolleger som årlig ser så få gravide at den medisinske kvaliteten av arbeidet blir bekymringsfullt lav. Jeg kan ikke se det som noe nederlag for allmennpraktikeren ambisjon om å yte omfattende tjenester hvis noen av oss i perioder sørger for at de gravide kvinnene heller går til en kollega som har et forsvarlig omfang av svangerskapsomsorg i sin praksis. Derimot synes jeg en betenkelig konsekvens ville være om noen primærleger permanent utdefinerer gravide fra sitt faglige repertoar. Svangerskapet er en tilstand vi alle trenger å ha godt kjennskap til, uansett om vi inngår i det forebyggende kontrollprogrammet – på samme måte som vi må vite mye om barn og barns sykdommer selv om vi for tiden ikke arbeider på helsestasjonen. Derfor er det viktig at slike former for arbeidsdeling ikke gjøres til permanente ordninger, men f.eks. sirkulerer mellom kollegene i et område etter en rotasjonsordning.

Vi er ikke tjent med at allmennmedisinen subspecialiseres. Samtidig er virkeligheten slik at noen primærleger er dyktigere enn andre på visse områder – f.eks. diabetesomsorg, geriatri eller psykiatri. La oss se på disse kollegene

som lokale kompetansepunkter hvor vi andre kan hente lærdom og inspirasjon – ikke ved å betrakte dem som henvisningsinstanser som unnskylder oss selv fra å holde vårt kunnskapsnivå ved like eller som fritar dem fra å drive annet allmennmedisinsk arbeid. Men vi må bare ikke innbille oss at alle kan være ekstra gode i alt. Vår faglige ambisjon som allmennmedisinere må være å oppnå et tilfredsstillende medisinsk kvalitetsnivå innen det spektrum av tilstander som vi møter i vår praksis. Til dette hører en realistisk bedømmelse av dagliglivsprevalens og kjennskap til betydningen av dette.

Til slutt

Vi kan kanskje begynne litt forsiktig. Det dreier seg kanskje først og fremst om vårt behov for å mestre det vi driver med. Kanskje det er nok om vi hver for oss stopper opp og tenker oss om hver gang vi sier «da pleier jeg å..» – eller bruker begrepet «ofte». Selv har jeg erfart at det gir meg litt å tenke på. □

Kirsti Malterud

*Institutt for samfunnsmedisinske fag
Seksjon for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 Bergen*

Litteratur:

1. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. Boston: Little, Brown & Comp, 1985.
2. Knottnerus JA, Knipschild PG, Sturmans F. Symptoms and selection bias: The influence of selection towards specialist care on the relationship between symptoms and diagnoses. *Theoretical Med* 1989; 10: 67-81.
3. Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *BMJ* 1975; 2: 486-9.

NYE BOKER

Akutthjelp!



**Egil Sivertssen, Andreas Skulberg og
Gunnar Støren**

REDD LIV

Lærebok i avansert førstehjelp

Omhandler vanlige behandlingsmetoder ved akutte sykdommer og skader - fra grunnleggende førstehjelp til svært avanserte akuttmedisinske prosedyrer. Forfatterne har alle stor erfaring innen akuttmedisin, med lang praksis fra ulike medisinske felt.

• ISBN 82-00-41050-1 • Pris kr 335,-

Cecilie Arentz-Hansen og Kåre Moen

LEGEVAKTHÅNDBOKEN

Uunnværlig håndbok for leger i vaktfunksjon og akuttmedisinsk personell. Gir tilstrekkelig og kortfattet informasjon om diagnostikk, akuttbehandling og medisinerer.

• ISBN 82-00-41077-3 • Pris: kr 375,-

Begge bøkene er i salg i bokhandelen!

UNIVERSITETSFORLAGET



Gammel, men ikke mett av dage

Intervju med Peter F. Hjort.
Intervjuer : Helge Worren.

Peter F. Hjort er en velkjent skikkelse i norsk utdanning og helsetjeneste. Hans merittliste er lang. Han var veletablert professor i indremedisin (hematologi) ved Rikshospitalet da han i 1969 ble leder for interimstyret til det nye Universitetet i Tromsø, og senere dets første rektor. De senere år har han ledet helsetjenesteforskningen knyttet til Statens Institutt for Folkehelse, FOLKEHELSE. Han fylte 70 år tidligere i år, og har det siste halvåret vært tilbake på gamle tomter ved Universitetet i Tromsø som gjesteprofessor.

Hvordan er det å være tilbake på gamle tomter i Tromsø?

Da må jeg først si litt om tiden for 25 år siden. Vi jobbet nærmest dag og natt i 5 år for å få realisert våre idéer. Det var en spennende, men også en vanskelig tid. Den var vanskelig fordi vi arbeidet mot en betydelig motstand, som dels kom fra politisk hold, dels fra Helsedirektoratet og Universitetet i Oslo. Videre falt vårt arbeid i tid sammen med studentopprøret. Vi var ofte enige med studentene i sak, men ikke alltid i metode. Interimstyret innså hvor viktig det var å

samarbeide med departement og myndigheter, noe studentene ikke alltid så betydningen av. Vi måtte lære oss å balansere mellom opprør og samarbeid. Vi arbeidet dessuten under et intenst tidspres. Det var nå eller aldri. Det var politisk vilje og penger til å bygge opp dette Universitetet, men vi visste ikke hvor lenge dette ville vare. I dag ville sannsynligvis et slikt prosjekt vært umulig. Vi ville et annerledes universitet, noe jeg bl.a. har skrevet om i boken «Universitetet i samfunnet» (Universitetsforlaget 1971). Integrasjon var nøkkelordet. Integrasjon av universitetet i samfunnet og integrasjon innad i universitetet mellom fagområder. Vi brukte det ideologiske motivet meget bevisst. Vi ville også utdanne annerledes doktorer. Vi ville at den fremtidige legen skulle møte pasienten fra første dag, og vi ville at hele landsdelen skulle være med på vårt arbeidslag. Medisinen var selve spydspissen for Universitetet. Studieplanen var ikke original internasjonalt, men i Norden.

Det fantastiske med å være tilbake etter disse årene, er å se at ideologien fortsatt er levende. Spiriten er der. Drømmen er blitt til virkelighet. F.eks. bekrefter mange undersøkelser at medisinerstudentene ved Universitetet i Tromsø lærer like mye som ved andre mer tradisjonelle universiteter, og at de er flinkere og tryggere i sin praktiske doktorgjerning. Det gjør også godt å se at Universitetet stadig er i utvikling og vekst, og at det ikke lenger er strid om dets berettigelse.

Du nevner integrasjon av legene i samfunnet som et viktig ideologisk fundament. Mange leger opplever i dag at samfunnsmedisinsk kompetanse ikke er en etterspurt vare i lokalsamfunnet, snarere tvertimot. Det er behovet for kurative legetjenester som etterspørres i aller første rekke. Noen vil faktisk hevde at samfunnsmedisinen er død. Hva kan vi gjøre med det?

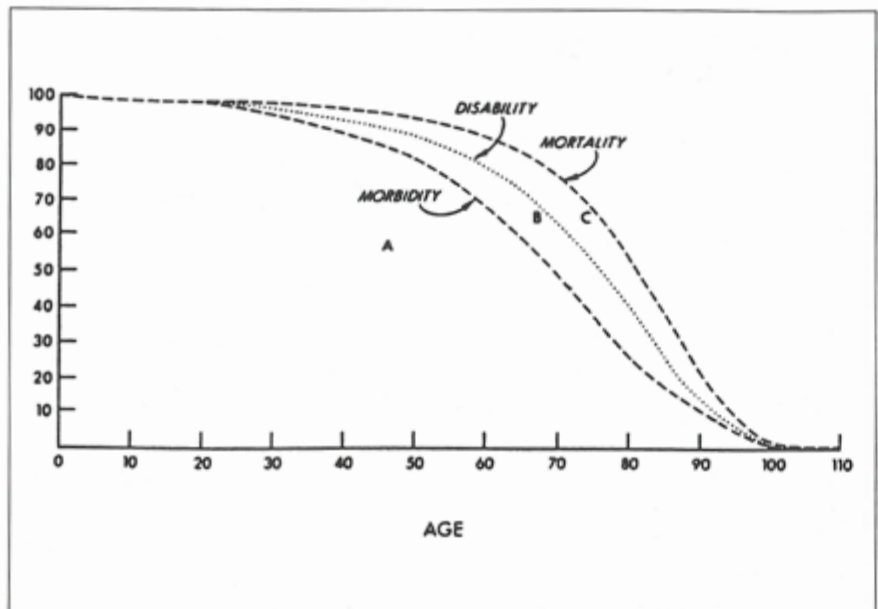
Spørsmålet er ikke lett å gi et enkelt svar på. Ser man historisk



på det, gjorde mange av de gamle distriktsleger seg fortjent til samfunnets tillit, ikke minst gjennom sin ubegrensede arbeidstid og ved at de alltid var der når de trengtes. Dette står i kontrast til mange yngre legers faste arbeidstid og manglende tilgjengelighet. Vi kan ikke snu klokken tilbake. Vi må selv finne nåtidens løsninger. Jeg stiller meg allikevel spørsmålet om engasjementet er for svakt. Det rår en viss egoisme blant endel leger, noe bl.a. de ulike avlønningssystemene kan bidra til. Vi må selv bygge opp faget. Vi kan ikke bare sutre overfor samfunnet. Vi må selv gjøre oss fortjent til samfunnets tillit. Noen lykkes bedre enn andre. Det kommer vi heller ikke bort fra. Heller ikke at det kan ha noe med karisma å gjøre. Vi må være med å synliggjøre samfunnets behov for vår kompetanse. Samfunnsmedisinen har minst 2 gode kort å spille på, nemlig forebyggende arbeid og eldreomsorg.

Hva kan vi gjøre i forhold til eldreomsorg?

Samfunnsmedisinen burde si: vi eier eldreomsorgen! Samfunnsmedisinere bør på en helt annen måte påvirke og legge premisser for det som skjer på feltet. Det er oppsiktsvekkende at mens ca. 50% av helsetjenestens ressurser i Norge brukes på personer over 67 år og vi om få år har ca. 1 millioner nordmenn på alderstrygd, viser legene påfallende liten interesse for eldre menneskers sykdom og helse. Selv har jeg opplevd min tilsynslegejobb på Ullern sykehjem én dag i uken de siste 17 år som svært givende. Jeg liker for det første gamle mennesker, og ser dernest livshistorier mer enn sykehistorier når jeg snakker med dem. Det er altfor få geriater i Norge. Det er 50 geriater til sammen, og halvparten av fylkene har ingen geriater. Jeg tror vi må skaffe alternative veier å kvalifisere seg til spesialiteten på. I dag er dette en grenspesialitet innenfor indremedisinen, og den stiller lavest på prestisjestigen



Overlevelseskurver for amerikanske kvinner 1980: faktisk dødelighet og hypotetisk sykkelighet og funksjonshemming. Område A = antall personår uten sykdom, B = personår med sykdom, men uten funksjonshemming, og C = personår med sykdom og funksjonshemming.

(Fra Manton KG, Soldo BJ. Milbank Q 1985; 63:106-85).

med kardiologien øverst. En alternativ vei kunne være å gå via spesialiteten i allmennmedisin. Mange allmennmedisinere har sitt virke blant gamle mennesker, dels i sin praksis, dels via sykehjem og samarbeid med hjemmesykepleien. Det er også viktig å få med forskningsbiten i eldreomsorgen. Forskning driver medisinen fremover. Fagutvikling vil være viktig for den status et fag har.

Du har selv valgt å bruke din tid som gjesteprofessor her i Tromsø til å se nærmere på hva det bør forskes på innenfor eldreomsorgen. Hva har du kommet til?

Jeg tror vi kan lykkes i Tromsø med å få fart på denne forskningen, og jeg tror vi må sette oss to mål som henger nært sammen. Det ene målet er å bygge opp en forskningsgruppe i geriatri – de gamles sykdommer. Det andre målet er å bygge opp et bredt tverrfaglig miljø i gerontologi – aldersforskning. Dette miljøet må arbeide både med biologiske, psykologiske og sosiologiske problemstillinger.

I tillegg til disse overordnede

målene har jeg arbeidet med tre konkrete prosjekter i geriatri:

- 1) Et prosjekt som ser nærmere på det Svarte-Per-spillet som skjer mellom kommune og sykehus om pleiepasienter. Her må vi se nærmere på hva som skjer med de såkalt ferdigbehandlede pasienter. Vi bør i større grad få frem at det dreier seg om våre felles pasienter og forhåpentligvis få en bedre samarbeidsmodell enn den vi ofte har i dag.
- 2) En helseundersøkelse av de eldre, uten noen øvre aldersgrense. Slik kan vi også skaffe oss kunnskap om de aller eldste.
- 3) Vi vet at blodtrykket stiger med alder, men ikke hos alle. Hva kommer det av? Hva betyr det?

Det er ikke vanskelig å finne på og foreslå prosjektidder innenfor eldreomsorgen. Det er imidlertid vanskelig å skaffe penger til prosjektene. Leger er imidlertid aller vanskeligst å få tak i.

Det virker som om eldreomsorgen nå går foran forebyggende arbeid. Du har jo tidligere ikke minst vært en forkjemper for det siste.

Det er ingen motsetning her. Det er trist å registrere at utviklingen ser ut for å gå gale veien for forebyggende arbeid. Vi ser at forskjellene i samfunnet øker. En god eldreomsorg må være tuftet på et godt forebyggende arbeid. Et godt forebyggende arbeid vil gi et bedre og lengre liv. Selv om lengre liv fører med seg økning i forekomst av degenerative lidelser, vet vi likevel at det er et bedre liv der hvor forebyggende faktorer har fått en plass. Vi vet også at sosial klasse (levestandard i videste forstand) påvirker hvordan våre liv og vår alderdom blir. Jeg synes også det er interessant å merke seg svaret som mange gamle gir når de blir spurt hvorfor de er blitt så gamle. Mange svarer at det er fordi de har så godt humør. Faktorene her er nok ganske innvevd i hverandre, men det er likevel spennende å se hvordan et lyst sinn påvirker livet uavhengig av øvrige medisinske mål. Vår genetiske arv er heller ikke uten betydning. Jeg leste

nylig en artikkel fra Frankrike hvor 300 100-åringer var undersøkt, og hvor det gikk klart frem at her var det genetisk forskjeller i forhold til normalbefolkningen. Aldersforskning er spennende også i det forebyggende arbeidsperspektiv.

Hvor skal visjonene komme fra i helsetjenesten?

Jeg tror ikke vi kan vente at samfunnet skal ta det første skritt. Vi må selv gjennom faglig aktivitet, engasjement og forskning legge premissene. Dette gjelder ikke minst innenfor eldreomsorgen og det forebyggende arbeid, begge felt som blir verbalt prioritert fra samfunnets side. Vi må så frø og akseptere at mange av dem faller på stengrunn.

Du har vært og er for mange et ideal. Hva holder deg oppe?

Jeg har et beskjedent syn på meg selv. I den grad jeg har et talent, tror jeg det må være å se muligheter,

ta sjansene og gripe fatt i dem. Jeg tror ikke jeg selv har skapt mulighetene, men er takknemlig for at de har vært der. Jeg har hele mitt liv vært privilegert ved å ha et nært og godt familieliv, en kone i snart 50 år og barn det har gått bra for. Jeg har dessuten hatt mye glede av friluftsliv og å være fysisk aktiv. Å se at mulighetene blir noe av, har vært stort for meg og at stafettpippen mellom generasjonene går videre.

Du har selv en gang sagt at det er ved å være aktiv at man holder seg aktiv. Det gjelder vel sannsynligvis også deg selv i en pensjonisttilværelse?

Fortsatt ser jeg mange muligheter. Jeg kommer til å være engasjert som professor II her i Tromsø for å følge de prosjekter jeg nevnte. Det innebærer noen dager pr. måned. Dessuten vil jeg ha et lite kontor på loftet på Folkehelsa. Jeg vil alltid ha noe og noen å engasjere meg i. □

TNT-PROSJEKTET

SPESIALISTUTDANNING I ALLMENNMEDISIN OG SAMFUNNSMEDISIN

Tilbud om spesialistutdanning for leger i primærhelsetjenesten

*Troms - Nordland - Nord-Trøndelag
trenger stabil legedekning i primærhelsetjenesten av leger med gode kunnskaper
i allmennmedisin og samfunnsmedisin.*

Sosial- og helsedepartementet har derfor ansatt en prosjektleder i deltidsstilling tilknyttet Fylkeslegen i Nordland. Prosjektleder skal sammen med en styringsgruppe der Helsetilsynet, Fylkeslegen, KS og Dnlf er representert, arbeide med å koordinere og tilrettelegge nødvendig veiledning og kurs for interesserte leger. Kommunene skal motiveres til å gi permisjoner med lønn og dekke utdanningsutgifter som Legeföreningen ikke dekker.

Det er viktig at kommunelegene har best mulige kunnskaper innenfor samfunnsmedisin og allmennmedisin m.h.t. pasienter og som premissleverandør til kommunenes administrasjon og politiske ledelse.

Leger i og utenfor disse fylkene som vil være med på å bedre kapasiteten og kvaliteten på helsetjenesten i disse naturskjønne områdene, bes kontakte prosjektleder snarest, både for informasjon og påmelding.

Prosjektleder/lege Magne Franing, Furuveien 33, 8250 Rognan

Telefax: 75 69 00 07 (prosjekt) - Telefon: 75 53 15 07 (mandag) - Telefon: 75 69 00 66 (privat)

Hjerte-karsykdommer tar mange kvinneliv

Og røykingens prislapp – kommer den i 1990-årene?

I Utposten nr. 3 1994 skriver Grethe Fosse (1) noen betraktninger som for en stor del er basert på boka *Kvinnemedisin* (2). Det er fint å se at boka blir lest og brukt. Men denne gangen føler jeg det riktig å forsøke å rette opp to skjeve inntrykk jeg opplever at Fosse gir. Det ene går på total ubevissthet om kjønnsforskjeller hos kolleger innen forebygging av hjerte- og karsykdom. Det andre går på kvinners beskyttelse, som dessverre ikke er så massiv som Fosses innlegg i Utposten kan gi inntrykk av.

Den norske lægeforenings handlingsprogram for behandling av høyt kolesterol fra 1991 (3) og Statens helseundersøkelsers 40-åringsprogram (4) legger begge stor vekt på kvinnens fordel sammenliknet med menn. Handlingsprogrammet sier om unge og middelaldrende kvinner at kolesterolverdier omkring 8 mmol/l medfører samme risiko som menn har med verdier omkring 5 mmol/l. I Statens helseundersøkelsers beregning av infarktisiko er mannlig kjønn tillagt en faktor på fem. Dette fører til at så godt som ingen kvinner blir anbefalt etterundersøkelse på grunn av høy samlet infarktisiko, mens dette er hyppigste grunn til etterundersøkelse etter hjerte- og karundersøkelsen hos menn.

De utdrag Grethe Fosse har valgt fra boka *Kvinnemedisin* kan gi inntrykk av at kvinner knapt rammes av hjerte- og karsykdommer. Selv om menn ram-

mes oftere, står hjerte- og karsykdommer likevel for en stor del av kvinnek dødsfallene før pensjonsalder (6). Og i alder 65-74 år skyldes nesten annet hvert kvinnek dødsfall en hjerte- eller karsykdom. Når det gjelder hjerteslag, har kvinner ikke i noen alder vesentlig fordel fremfor menn. Vidar Bjørn presenterer i samme nummer av Utposten en utregning fra Sandefjord kommune i 1992 (7). Han fant at hjerte- og karsykdom ga et bidrag på 33 prosent til tapte leveår før 70-årsalder hos menn, mens tilsvarende prosent for kvinner var 32.

Ved Statens helseundersøkelser har vi flere ganger diskutert å slutte å invitere kvinner til 40-åringsundersøkelse, eller å utsette tilbudet til 50 års alder. Vi er kommet til at sykdomsgruppen er for viktig hos kvinner til at vi kan anbefale tilbudet droppet, og videre at 40 års alder er et bra tidspunkt. Da har kvinner flest foran seg kolesterolstigningen og den økte sykkelighet og dødelig-

het som kommer henholdsvis ved og etter menopausen (6). I tillegg til å virke inn på menneskers kosthold, har svært mange kvinner på 40 år fremdeles innflytelse på kost og røyking hos barn og unge i familien. Det kan vel ikke være feil samfunnsmedisin å ta med i planleggingen muligheten til positive ringvirkninger i husstanden?

Vi har også diskutert flytting av tidspunktet for undersøkelse av menn frem til 30 år. Problemet her er at mange i den alderen ikke opplever hjerte- og karsykdom som noe de selv kan trues av, og fremmøtet er erfaringsmessig lavere enn hos 40-åringene.

Statistisk sentralbyrås rapport «Dødsårsaker 1992» viser at nedgangen av hjerte- og karsykdom vi har hatt både hos kvinner og menn siden 1970-årene kan tenkes å stagnere (6). Tabell 1 viser rater pr. 100.000 kvinnelige innbyggere i de mest aktuelle aldersgrupper fra 1976 til 1992. Prisen for kvinnenes røyking har

Tabell 1. Dødelighet av hjerte- og karsykdommer hos kvinner etter alder 1976-1992. Pr. 100 000 innbyggere.

Alder, år	40-49	50-59	60-69
1976-80	30	115	472
1981-85	23	104	405
1986-90	23	94	391
1991	15	72	369
1992	19	84	357

Kilde: Statistisk sentralbyrå, 1994

kommet klart til uttrykk i lungekreft-statistikken (8). Står vi nå overfor den samme røykebetingede økningen i hjerte- og karsykdom? Er det en tilfeldighet, eller begynnelsen på en ny trend, at kvinnene født 1940-50 viser høyere tall for 1992 enn 1991, mens kvinner født før krigen viser fortsatt nedgang? Mens vi venter på svaret er tiden neppe inne for å kutte vekk forebyggende tiltak for kvinnene.

Sidsel Graff-Iversen

Litteratur:

1. Fosse G. Et hjerte er da vel et hjerte? Å behandle kvinner og menn forskjellig. *Utposten* 1994;23(3):98-9.
2. Schei B, Botten G, Sundby J (red): *Kvinnemedisin*. Oslo: ad Notam Gyldendal, 1993.
3. Legeforeningens arbeidsgruppe. Behandling av hyperkolesterolemi hos voksne. Handlingsprogram 1991. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991;111:3407-11.
4. Håndbok for hjerte- karundersøkelsen. Oslo: Statens helseundersøkelser, 1987.
5. Lerner DJ, Kannel WB. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population. *Am Heart J* 1986;111:383-90.
6. Dødsårsaker 1992, hovedtabeller. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1994.
7. Bjørn V. Dødsmeldingene: Kvalitetssikring og epidemiologiske øvelser – kan det kombineres? *Utposten* 1994;23(3):120-1.
8. Langmark F, Titlestad G, Andersen A, Thoresen S, Tretli S. Lungekreft øker mest hos kvinner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992;112:1759.

LØVETANNPRISEN 1994

Anmeld en kollega



Norsk selskap for allmennmedisin skal på årsmøtet på Soria Moria torsdag 13. oktober dele ut Løvetannprisen for 9. gang. Prisen består av et litografi av Barbra Vogler og 1000 kroner. Den skal deles ut til en allmennpraktiker som på en eller annen måte har gjort en innsats for allmennmedisinen. Innsatsen kan være på sentralt eller på lokalplan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk.

*Det er du som nå har ansvaret for at styret i NSAM får kjennskap til kandidatene.
Nøl ikke – gi en begrunnet anmeldelse av en kollega i dag.*

Fristen på gode kandidater sendes innen 30. september til:
NSAM Institutt for allmennmedisin, Postboks 1 130 Blindern, 0318 Oslo



Plutselege dødsfall hos barn og unge

Tekst:
Einar Melvær Sandven



Einar Melvær Sandven er født i 1951, cand. med. 1980. Kommunelege i Eid frå 1982. Kortvarige sjukehusjobbar ved DNR, Statens Senter for epilepsi og med. avd. ved Fylkessjukehuset på Nordfjordeid. Spesialist i allmennmedisin frå 1987.

Som legar vert vi kvar dag stilt overfor nye oppgåver og utfordringar. Med våre kunnskapar og røynsler løyser vi desse så godt vi kan. Men av og til skjer det ting som stiller større krav til oss enn vi føler vi kan makte. Som kommunelege i ein kommune på knappe 6.000 menneske i snart 12 år, tykkjer eg nokre av dei største utfordringane eg har fått og kjent meg mest makteslaus i, har vore dei gongene eg som vakthavande lege har vorte tilkalla til ulykker med tap av menneskeliv eller sjølmord. Dette er hendingar som vi alltid

må vere førebudde på kan skje, men er vi eigentleg det? Arbeidet på ulukkestaden bør vi ha gode føresetnadar til å løyse på ein tilfredsstillande måte. Men i kjølvatnet av slike hendingar, anten det no er vanlege ulykker, sjølmord, drap eller anna, kjenner vi oss ofte utrygge. Katastrofe-, krise- og sorgarbeid utfordrar oss som legar på område vi har lite trening i.

I vår kommune har vi no freista å utarbeide ein prosedyre for korleis vi kan handtere slike situasjonar. Sjølv om situasjonane kan variere mykje, har vi funne ut at ein stikkordmessig prosedyreplan har vore god å ha i det kaos som lett oppstår både i og rundt oss på ein slik ulukkestad. Slike situasjonar får vi heldigvis aldri nok RUTINE i, men kanskje nettopp difor er det viktigare enn nokon annan gong at vi etablerer RUTINAR som kan løse oss gjennom den første kaotiske fasen på ulukkestaden og dagane etterpå. Eg skal kort gjengje prosedyren vår.

1. Alarmen går

Meldinga om kva som har hendt får vi stort sett direkte på legevakttelefonen eller via politiet. Ofte er opplysningane mangelfulle og dårlege. Men det er sjølsagt viktig å få best mogelege opplysningar om kva omfang ulykka har. Ikkje minst er dette viktig for at den «mentale opprustinga» vår kan byrje allereie no. På veg til skadestaden har vi ofte litt tid. Denne tida bør nyttast slik at vi er best mogeleg mentalt førebudde på kva som ventar oss. Det gjev oss større tryggleik og ro, to faktorar som er av avgjerande verdi for det vidare arbeidet på skadestaden.

2. På ulukkestaden

På ulykkestaden er det sjølsagt at vi tek ansvar, initiativ og leiing for det reinte medisinske faglege arbeidet. Det er vi utdanna til og det kan vi. Like viktig vil eg påstå det er at vi viser same omtanke for krise- og sorgarbeidet som fylgjer. Dersom ingen på dette stadium tek dette ansvaret, er eg redd for at mykje viktig arbeid vert verande ugjort. I praksis betyr dette at vi må få etablert eit nært samarbeid med politiet og verte samde med dei om korleis det vidare arbeidet skal gjerast. Eg vil påstå at vi som legar er best kvalifisert til å organisere dette arbeidet.

3. Varsling

Politi, oftast i samarbeid med prest, er ansvarlege for varsling av dei næraste pårørande. Men som kommunelegar kjenner vi ofte dei pårørande langt betre enn politi og prest. Denne kunnskapen er særst nyttig ved slike høve. Det kan difor vere tilfelle der det er betre at vi tek på oss dette ansvaret og i alle høve seier oss viljuge til i samarbeid med politi/prest å ta aktivt del i denne informasjonen.

Det er ikkje berre dei næraste pårørande som må informerast på dette stadium. Det er svært viktig at også barnehage/skule/arbeidsplass vert informert på eit tidleg tidspunkt. Berre då kan desse instansane få førebu seg godt for det arbeidet dei må gjere. Her må vi som legar engasjere oss og ta aktivt del med rådgjeving om kva som bør gjerast vidare og korleis dette kan organiserast. På førehand har vi i vår kommune vore rundt på skulane og i barnehagane og undervist dei tilsette om korleis slikt krisearbeid kan gjerast. Det

finst høveleg litteratur å nytte til dette føremålet (1, 2). På denne måten er det etablert prosedyrar og kunnskap om dette temaet på skulane og i barnehagane. Dette har vist seg å vere til stor nytte når dei aktuelle situasjonane har oppstått.

Eit forhold som ikkje kan understrekast nok når det gjeld den informasjonen som skal formidlast vidare, er kor viktig det er at alle dei impliserte partar får likelydande budskap. Her må den legen som var på ulukkesstaden ta eit særleg ansvar. I samarbeid med pårørende må ein bli samde om kva og korleis andre skal få greie på kva som har hendt. Deretter må dei andre informantane, t.d. lærarar og barnehagepersonell, få del i denne informasjonen. Vi har lagt vekt på å tilstrebe at alle desse er samla samstundes når denne informasjonen vert gjeven, t.d. på lærarrommet på skulen før undervisninga tek til. Deretter må dei forplikte seg til å formidle dette likt til kvar sine grupper. Ulike og uklare meldingar om kva som har skjedd må for all del unngåast. At ei fjør vert til fem høns, veit vi alle. Jo meir dramatisk ei hending har vore, jo lettare har det for å bli slik.

4. Dei næraste dagane etter ulykka

Desse dagane stiller alltid store krav til hjelpeapparatet. For dei næraste pårørende/familie må ein sørge for mest mogeleg «åpne liner», det vil seie å setje av nok tid til å imøtekomme deira trong for kontakt. Vi har og etablert ein praksis der ein av legane (den som kjenner familien best) ALLTID tek direkte kontakt med dei pårørende dei fyrste dagane etter ulykka med tilbod om hjelp/kontakt. Vi har gode røynsler med å vere såpass aktive i denne fasen av krisearbeidet.

Overfor skule og barnehagar har vi, som allereie nemnt, innarbeidd prosedyrar for korleis krise- og sorgarbeidet kan gjerast der. Vår oppgåve i høve til dette er forutan det som er nemnt under punkt 3, å vere til stades og vere synlege i miljøet. Elevar og lærarar kan ha mange reaksjonar som dei kan trenge hjelp til å mestre. Er vi deltakande og nærverande kan mykje god hjelp gjevast i denne perioden. Vi har også som rutine å vere til stades under gravferda.

5. Evaluering – ettertanke

Etter gravferda freister vi å samle

flest mogeleg av dei som har vore sterkest implisert i hjelpeapparatet kring ulukka (legar, politi, ambulansepersonell, prest og gjerne representantar frå skule/barnehage) til eit møte der vi går gjennom og vurderer det arbeidet som har vore gjort. Om det er ynskje om det har vi også slike møte med andre impliserte grupper som t.d. lærarane ved den aktuelle skulen.

Til slutt vil eg minne om kor viktig det er heile tida i denne prosessen å syte for at også vi som legar set av tid til og får høve til å arbeide med våre eigne reaksjonar. Her er eit godt kollegium til uvurderleg hjelp. □

*Kommunelege II Einar Melvær
Sandven,
6770 Nordfjordeid.*

Litteratur

1. Dyregrov A. Sorg hos barn. En håndbok for voksne. Sigma forlag 1989.
2. Dyregrov A. Katastrofepsykologi. Ad Notam Gyldendal 1993. (Anmeldt i Utposten nr. 6/1993).

Farmakoterapi i allmennpraksis

23. – 25. NOVEMBER 1994

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

Kurset er godkjent som emnekurs for spesialistutdannelse i allmennmedisin. Det er godkjent for 23 undervisningstimer for spesialistene i allmennmedisin.

Målgruppe: Leger i primærhelsetjenesten og andre yrkesgrupper (farmasøyter) som jobber i primærhelsetjenesten.

Påmelding: Koordinatorkontoret for legers videre- og etterutdanning. Kirurgisk klinikk, Ullevål sykehus, 0407 Oslo, innen 10. oktober 1994.

Leserbrev

Takk for en meget god, velskrevet og klargjørende artikkel om Folkemedisin og alternativ medisin.

Det er interessant at det er en folkeminnegransker som skriver så godt, så balansert og så varsomt om temaet. Jeg tror ikke vi medisinere ville ha begrepsapparat eller riktig tilnæringsmåte til å få fram de nyansene som Torunn Selberg så varsomt og respektfullt tegner for oss.

Jeg er vokst opp i en sammenheng hvor folkemedisin nettopp som en del av et større forestillings- og kunnskapskompleks eksisterte og var en viktig del av vår hverdag.

Jeg kjente flere slike som Selberg beskriver som den folkelige helbreder. De var stillfarende, de hadde ikke annonser i lokalaviser eller på veggen på samvirkelaget, men vi visste alle hvem de var og hva de kunne og vi brukte dem. Den virksomhet som de drev kom ikke i konflikt verken med kvakk-salverloven eller den offisielle helsetjenesten. Den folkelige helbreder ville ikke finne på å forsøke å

Kommentar til: Folkemedisin og alternativ medisin

stille en diagnose, ei heller frarå noen fra å søke lege for sine plager og sykdommer slik som enkelte av dagens sjarlataner gjør.

Forventningsgapet i helsetjenesten, kroppsopptattheten og helsete som mål/mening med livet, forestillingen om at alt kan kjøpes for penger og sekulariseringen av samfunnet hvor mennesker ikke lenger våger eller vil reflektere over eksistensielle livsspørsmål, skaper grobunn for at mange «helbredere» og «problemløserer» kan tilby sine tjenester. Det oppstår et marked med tilbud og etterspørsel og hvor tjenestene/varene prises høyt. Dette er markedet for profitjagende terapeuter både «skolemedisinere» og alternative terapeuter.

Kampen om pasientene (kundene) og kommersialiseringen av mange områder i samfunnet som det tidligere ikke var knyttet profitinteresser til, kan representere en fare også for den folkelige helbrederen.

Vil han eller hun klare å «bevare sin sti rein» slik at ikke pengene begynner å styre virksomheten?

Kan det tenkes at konformite-

ten i vårt samfunn er i ferd med å bli så utbredt at den folkelige forestillingsverden og folkereligjøsite-ten er så farget fra Marienlyst og Hollywood at de virkelige folkelige helbredere ikke lenger finner resonans når de spiller på sin sitar?

Jeg er redd media og kommersialiseringstendensen gjør at de såkalte alternative terapeuter overtar den rollen de folkelige helbredere har hatt. Jeg tror i motsetning til Torunn Selberg at de alternative terapeuter overtar for de genuine folkehelbredere. Det vil være en beklagelig utvikling dersom business og «profesjonalisering» blir bærebjelker i slik aktivitet, istedenfor den ekte omsorg basert på lokale kulturelle verdier som jeg opplevde i min oppvekst.

Jeg skulle ønske at den folkelige medisinske virkelighetsforståelsen kunne erstatte den stadige profesjonaliseringen og medikaliseringen i vårt land. La den enkelte ta ansvaret for sitt eget liv på godt og vondt.

Med hilsen
Ole Mathis Hetta

Leserbrev

Jeg mener at førerkort til en person over 70 år kun bør forlenges for et år av gangen, fordi synet kan bli dårligere i løpet av den tid.

Hvis personen er allment frisk og ikke har diabetes eller høyt blodtrykk, hvis synet er 6/6 på begge øyne, hvis trykket er normalt og likt på begge øyne, hvis det ikke er antydning til grå stær og hvis øyebunn er normal ved oftalmoskopi, ja da er det rimelig å forlenge førerkortet for to eller tre

Kommentarer til: Førerkort til eldre

Bemerkning til Geir Sverre Braut (Utposten 1994; 23 – 4)

år. Men hvis ikke disse betingelser er oppfylte, er det sikrere for alle at førerkortet kun blir fornyet for et år, og legen må finne årsaken til at synet og øyet ikke er normalt.

Hvis personen virkelig er helt frisk, så tar det kun fem minutter å undersøke han, det vil si at belastningen for legen og ventelisten er ubetydelig. Honoraret er ubetydelig for pasienten og svarer til hva det koster å kjøre tre mil med bilen.

Kanskje vil det være bedre å overlate slik rutinekontroll til optikerne. Optikeren måler synet og gir briller om nødvendig, optikeren måler trykket og oftalmoskoperer og sender melding til den henvisende lege.

Vennlig hilsen
Øyelege Anders Øther
Kristiansund

Jeg har lyst til å knytte noen kommentarer til Petter Øgars artikkel *Kommunelege I – hvem er det?* i Utposten nr. 2/94.

Det er en meget god og jordnær beskrivelse av samfunnsmedisinsk tenkning og håndverk Petter Øgar gir, og det jeg har hørt om hans meritter vitner om at han praktiserer dette i sin kommune.

Jeg er enig i Øgars analyse av rolleforvirringen, hans betraktninger om helsebegrepet, livet i den kommunale forvaltningen osv, men det er et punkt som trenger imøtegåelse og det er Petter Øgars spark til OLL.

Siden jeg var leder i OLL på den tid da vi avga uttalelse om kommunelege I plassering i det kommunale hierarkiet, føler jeg et visst behov for å korrigere den fremstillingen Petter Øgar gir.

Riktignok har OLL fått gjennomslag for sitt program innad i legeforeningen, og vi har også aktivt påvirket offentlige myndig-

Kommentar til: *Kommunelege I – hvem er det?*

heter i mange viktige saker og opplevet at våre synspunkter ble tatt hensyn til. OLLs innflytelse i norsk helsevesen har vært stigende, men dog synes det drøyt at OLL tillegges den rollen som Sosial- og helsedepartementet (SHD) har hatt i saken om kommunelege I i stab hos rådmann. Det er ikke OLLs løp, men noe SHD har foreslått. Riktignok kan OLL oppleves mektig, men fortsatt er SHD mektigere.

I OLLs høringsuttalelse i mai 1993 til utkast til odelstingsproposisjon om endringer i kommunehelsetjenesteloven, sa vi at forslaget om å knytte den medisinske faglige rådgiveren til rådmannens stab var et viktig signal for å vise hvilken betydning SHD tillia denne rollen. Samtidig understreket vi at den organisatoriske plassering var av mindre betydning for hvilken innflytelse kommunelegen ville få. Kommunelegens engasjement i samfunnsmedisinske oppgaver og faglig forsvarlig utøvelse av praktisk samfunnsmedisinsk arbeid ville være langt viktigere i slik henseende.

OLLs høringsuttalelse var med

andre ord langt mer i pakt med det Petter Øgar skriver under avsnittet om Grunnleggende samfunnsmedisinske prinsipper og det er vel ikke helt tilfeldig, vel?

I ettertid når vi har fått forslaget til endringer i kommunehelsetjenesteloven hvor kommunelegen mister møte-, tale- og forslagsrett i saker etter kap. 4a, ser jeg at forslaget om å knytte den medisinske faglige rådgiveren til rådmannens stab, kanskje kan være et forsøk på å kompensere for noe av det som tapes ved lovendringen. Jeg tror fortsatt at kommune-Norge vil ordne dette ulikt fra kommune til kommune og det er greit. Mange kommuneleger vil være frustrerte, og mange vil fortsette å gjøre minst mulig samfunnsmedisinsk arbeid og på den måten minske sin innflytelse ytterligere. Kanskje de siste vil delta ivrigst i hyle- og klagekoret over lovendringene?

Stavanger, 26.6.94

Med hilsen

Ole Mathis Hetta



Styrke og svakhet

Styrken –
den virkelige styrke –
har i si hand en stav
som heter *svakhet*.

Den dagen styrken glemmer
å stø seg til denne mjå seljestaven,
da snubler den i en kingeltråd
og brekker lårhalsen.

Hans Børli



Utposten brakte i nummer 3/94 en artikkel av Satya P. Sharma om Cyriax og andre manuelle undersøkelses- og behandlingsmetoder. Vi har mottatt en kritisk reaksjon fra Norsk fysioterapeuters forbund, faggruppen for manuell terapi. Reaksjonen og Sharmas tilsvaer bringer vi her.

Faggruppen for manuell terapi skriver:

Når en setter seg ned for å lese artikler i medisinske tidsskrift, er det ofte ut fra forventningen om å lese noe som kan bidra til en bedre klinisk hverdag. Desverre holdt det ikke stikk for denne artikkelen. Innholdet er, helt fra overskriften av, svært ubalansert. Forfatteren fremhever Cyriaxmetoden som nærmest det eneste saliggjørende både når det gjelder undersøkelse og behandling av lidelser i muskelskjelettsystemet, og «tilfeldigvis» avsluttes artikkelen med en annonse om kursmuligheter i Cyriaxmetoden.

Manuell terapi ble som nevnt utviklet i Norge på 1950-tallet av en gruppe fremsynte fysioterapeuter. Systemet har siden gjennomgått en kontinuerlig videreutvikling både hva gjelder undersøkelse og behandling. I dag nyter manuell terapi stor internasjonal anerkjennelse, også utenfor Norden. Australia ligger i fremste rekke når det gjelder forskning innenfor dette fagområdet, og var også først ute med offentlig videreutdanning.

Helt fra starten av har Cyriax-prinsippene for diagnostisering vært en del av pensumet vårt. I dag inngår det som en mulighet

Cyriax til besvær?

blant flere til å stille diagnose både for ekstremitetsledd og columna. Derimot har manipulasjonsbegrepene til Cyriax aldri blitt akseptert som adekvat behandling. Dette skyldes blant annet at det benyttes for store krefter og at mange teknikker er for uspesifikke.

Angående vår filosofi, så er det direkte feil å hevde at manuelle terapeuter mener at alle problem i columna er forårsaket av dysfunksjon i zygapofysealledene! Vi er fullstendig klar over discusproblematikken samt alle andre muligheter som finnes av patologi. Ut i fra generell og spesifikk funksjonsanalyse, samt ulike provokasjonstester og tilleggsopplysninger, mener vi at vi er i stand til å stille en diagnose å gi adekvat behandling for angjeldende vevstype.

Når det gjelder utførelsen av selve manipulasjonsbegrepet, har vi en lang rekke muligheter vi kan benytte oss av, både hva gjelder utgangsstilling og behandlingsretning. Vi jobber spesifikt med hvert segment for slik å skåne omkringliggende strukturer. For tilfeller der manipulasjon av ulike årsaker ikke er egnet, kan vi benytte mobiliseringsteknikker, eventuelt traksjon.

Videreutdanningen i manuell terapi er i dag et offentlig anliggende i Norge. Studiet tar to år på heltid, (tidligere 3 1/2 år deltid), og gir særdeles bred og solid basis for undersøkelser og behandling av denne typen lidelser. Det synes derfor bemerkelsesverdig at leger på en slik måte som en her ser eksempler på, reklamerer for lettvinde løsninger slik som disse Cyriax-kursene representerer. Etter vårt syn forsnevrer disse kursene omfanget av diagnostikken/behandlingen. Manipulasjonen er absolutt ingen behandling som en lettvinde tyr til etter et weekendkurs. Det kreves grundig kjennskap både til patologi, anatomi,

biomekanikk m.m., og ikke minst kontraindikasjoner.

Norsk Fysioterapeuters Forbunds (NFF) sentralstyre har senest vinteren-94 fattet et enstemmig vedtak om at de av fysioterapeutene som ønsker å drive med manipulasjonsbehandling skal ha bestått eksamen i manuell terapi. Dette for å sikre kvaliteten både av nødvendig forutgående undersøkelse og selve manipulasjonsbegrepet. Dessverre har det i den senere tid skjedd et par uheldige episoder der fysioterapeuter med Cyriax-bakgrunn har feilvurdert pasientens tilstand, med til dels alvorlige behandlingmessige konsekvenser. Dette bidrar ikke akkurat til å gi leger større tiltro til manipulasjon som det fortreffelige behandlingstiltak det kan være når det er indisert og riktig dosert.

NFFs faggruppe for manuell terapi oppfordrer leger med interesse for denne typen diagnostikk og behandling å ta kontakt med fysioterapeuter med manuell terapi-kompetanse for nærmere samarbeid. Faggruppen står dessuten til rådighet med ytterligere informasjon, og vi ser fram til gjensidig fruktbart samarbeide med stadig flere leger til pasientenes beste.

*Svein Erik Fredriksen,
Leder NFFs faggruppe
for manuell terapi,
Omvn. 26, 8442 Kleiva*

Satya P. Sharma svarer:

Kritikken fra NFFs faggruppe for manuell terapi virker uberettiget på flere punkter, og jeg er usikker på om kritikken er rettet mot metoden eller selve artikkelen.

Målsettingen med artikkelen er klart definert. Hovedvekten er lagt på Cyriax og det fremheves at metoden er et hjelpemiddel blant

Fortsettes side 214.

Risikobegrepet i forebyggende medisin

NSAM inviterer til tenkedugnad

Styret i NSAM har tatt initiativ til å dra i gang en bred debatt om risikobegrepet i forebyggende medisin. For så vidt er tiden overmoden. Både som allmenpraktikere og samfunnsmedisinere står norske primærleger daglig overfor vanskelige etiske og praktiske dilemmaer når det gjelder håndtering av risiko for fremtidig sykdom hos friske, symptomfrie personer. Tilstander som hypertensjon, høyt kolesterol, type II-diabetes og økt risiko for osteoporose er aktuelle som eksempler.

Behov for et allmenmedisinsk perspektiv

Den pågående diskusjonen om NSAM's hypertensjonsprogram (1) viser at det er sterke og til dels motstridene synspunkter innen egen yrkesgruppe på hva som er god medisin (i dobbel forstand) i møtet med en subjektivt frisk person med høyt blodtrykk. Generelt er det en tydelig tendens til økt innsats når det gjelder identifisering og behandling av risikofaktorer. På fjerne områder er det også diskusjon om medikamentell profylakse eller livsstilsveiledning som strategi. Interresmentene i dette feltet er mange og med ulike motiver og innfallsvinkler.: Spesialster i 2. og 3. linje, farmasøytisk industri, helsemyndigheter – og pasienter og behandlende leger. Vi mener det er et behov for å utvikle et syn på risiko risikointervensjon med utgangspunkt i allmenmedisinsk teori og praksis. Behovet ble understreket i en nylig publisert artikkel som viser at norske allmenpraktikere er usikre når det

gjelder å vurdere utsagn om risikoreduksjon slik disse ofte blir presentert fra f.eks. selgere av legemidler (2).

Aktuelle problemstillinger

Spørsmålet om og i tilfellet hvordan risiko skal håndteres i forebyggende øyemed reiser både medisinske og etiske problemstillinger: Hvem skal definere risiko? Hvordan presentere risiko for publikum/ pasienter? Hva er de langsiktige konsekvensene av ulike intervensjonsstrategier – for den enkelte og for samfunnet? Hva med ressursforvaltning og prioritering?

Prosjekt tenkedugnad

NSAM ønsker å samle kreftene i de allmen- og samfunnsmedisinske til høyttenkning omkring dette temaet. Vi tenker oss en prosess over noe tid der møter og seminarer vil gå parallelt med debatter i spaltene i Tidsskriftet og Utposten. I første omgang er målet bevisstgjøring og kunnskapsutveksling med primærleger som målgruppe. I neste omgang ønsker vi å ta initiativ til en bredere debatt, gjerne i form av en høring, der alle aktørene i dette feltet bidrar. Først åpne post i denne prosessen blir NSAM's årlige kurs på Kongsvoll i mars 1995 der tema vil være utforming av et allmenmedisinsk perspektiv på risikovurdering/intervensjon av et allmenmedisinsk perspektiv på risikovurdering/intervensjon.

Initiativet til dette prosjektet kommer fra styret i NSAM sammen med aktive kolleger i NSAMs referansegrupper i hypertensjon,

diabetes og filosofi. I tillegg ønsker vi å engasjere de akademiske miljøene i allmen- og samfunnsmedisin. En foreløpig arbeidsgruppe består av Elisabeth Swensen og Anette Fosse fra NSAMs styre, Jostein Holmen fra referansegruppa for hypertensjon, Tor Claudi fra referansegruppa for diabetes, John Nessa og Ola Lilleholt fra referansegruppa for medisinsk filosofi og Kirsti Malterud fra seksjon for allmenmedisin ved Universitetet i Bergen. Fra Sosial- og helsedepartementet v/helseministeren har vi fått signaler på at NSAM's initiativ til en målrettet debatt omkring risikointervensjonen blir sett på med stor interesse, og at tiltaket kan regne med økonomisk støtte. □

Bjarne Haukeland
leder i NSAM

Eliabeth Swensen
nestleder i NSAM

Referanser:

1. Kjeldsen SE, Westheim A, Eide J, Os I, Enger E. Behandling av hypertensjon anno 1994. Kommentarer til Norsk Selskap for Allmenmedisinske handlingsprogram for høyt blodtrykk 1993. Tidsskriftet Norsk Lægeförening 1994; 114: 1990 – 2
2. Hatlevik I, Holmen J. Hvilket forhold har leger til risiko? Tidsskriftet Norsk Lægeförening 1994; 114: 1709 – 10.



Anmeldt av **Sonja Fossum**

Universitetsforlaget 1993

196 sider

Pris kr. 225,-

En håndbok i klimakteriets problemer

Stor var gleden da jeg oppdaget en norsk bok med tittelen: En håndbok i klimakteriets problemer. Som for allmennpraktikere flest er mange av mine kvinnelige pasienter i den aktuelle alderen, med til dels betydelige klimakterielle plager. At jeg selv er i samme livsfase stimulerte ytterligere til nysgjerrighet og leselyst.

Dessverre ble boken langt på vei en skuffelse. Tidlig ble det klart at tittelen er misvisende. Dette er ikke en håndbok om klimakteriet, men først og fremst en bok om østrogenbehandling. Initiativet til boken er da også tatt av Novo Nordisk Pharma AS, som har to av medlemmene i redaksjonskomiteen. Hvilket i og for seg ikke er galt, men tittelen burde reflektert innholdet. Nå seiler den under falskt flagg.

Den er inndelt i seks kapitler: Overgangsalderens fysiologi, overgangsalderens plager, hormonbehandling i praksis, hormonbehandling og kreft, hormonbehandling og hjerte/karsykdommer og hormonbehandling og osteoporose. Bidragsyterne er blant landets fremste kapasiteter på sine områder. Jeg foretrekker å få vite noe om forfatterens bakgrunn, spesielt når vedkommende skal lære meg noe om vanskelige og kontroversielle emner. Derfor hadde det vært

REDAKSJONSKOMITE: TORHEL RUD,
GRETE HOGSTAD OG TERJE MØINICHEN

Klimakteriehandboken

en fordel om omtalen av hver forfatter hadde vært plassert sammen med artikkelen og ikke bakerst i boken.

Det første kapitlet er antagelig alibiet for å bruke en så pretensios tittel på boken. Jeg stusset imidlertid over punkter i kapitlet om den normale menstruasjonssyklus, skrevet av Julie Skjæraasen. At lavt østrogenspeil i blodet bevirker økt FSH-utskillelse, er så vidt jeg husker ikke positiv feed-back, men fravær av negativ feed-back, hvilket ikke er det samme. (Forøvrig, hvorfor ikke bruke det norske tilbakemelding?). Østrogen bevirker også positiv tilbakemelding, men i høye doser og har spesielt betydning for LH-utskillelsen og dermed for eggløsningen. Trine Bjørros avsnitt om hormonforandringer og hormonmålinger er befriende klart og velskrevet. Hun gir en kort og konsis beskrivelse av hvordan vi skal tolke resultatene av hormonmålinger.

Kapitlet om overgangsalderens plager har hele syv avsnitt med ulike forfattere. Avsnittene spenner fra blødningsforstyrrelser via seksualitet til revmatiske symptomer. Det er pussig å merke seg at Julie Skjæraasen åpner sitt avsnitt i foregående kapittel med å slå fast at menopause og klimakterium er en fysiologisk prosess. Det er ikke helt klart hva hun mener med dette, antagelig at dette er noe naturlig. Ole Fyrand, som i kjent stil tumler seg i vyer langt utenfor huden, bruker imidlertid mye av sitt avsnitt til å polemisere mot uttrykket «naturlig» om prosessen. Det er uklart hvorfor han gidder å bry seg med dette, uttrykket er

etterhvert berøvet meningsfullt innhold, frasett som positivt stempel for egne interesser. Det er mulig han ønsker å fjerne det negative stempelet «unaturlig» fra de hormonholdige kremene, som han bruker rikelig spalteplass på å advokere. Forøvrig bruker han ved et par anledninger uttrykket «arkadisk». Jeg går ut fra at han selv har skrevet «arkaisk», som er noe ganske annet. Han burde ha oppdaget feilen ved korrekturlesning, hans lett pompøse stil tåler ikke slike trykkfeil.

Videre kan nevnes at Julie Skjæraasen fortsetter sitt avsnitt med en tabell over klimakteriske plager, der frekvensen av psykiske plager er ikke mindre enn gruoppvekkende. Kvinner rundt de femti må åpenbart være bevegelige landminner. Gro Nylander og Alv A. Dahl slår derimot fast at det ikke er økt psykiatrisk sykkelighet i klimakteriet. Det synes her å være et misforhold overfor den tidligere presenterte tabellen. Medmindre det er slik at det store flertall av kvinner, uansett alder, er irritable og depressive, hvilket vil kunne forene tabellen og Nylanders og Dahls konklusjon.

De to ender forøvrig sitt avsnitt med noe som kan tolkes som anbefaling av østrogen som «mental oppvikker». Både deres og Ole Fyrands avsnitt illustrerer dermed en grunnleggende vanskelighet med at boken er blitt til på initiativ av Novo Nordisk Pharma. Østrogenbehandling for alle mulige plager hos eldre kvinner er kontroversiell. Når det fremmes såpass reservasjonsløst som det gjøres av mange av forfatterne i denne

boken, må man spørre seg om dette er uttrykk for «compliance» overfor initiativtaker, eller om det skyldes seleksjon til boka av forkjempere for økt hormonbruk.

Fra dette kapitlet kan ellers nevnes Britt Ingjerd Nesheims avsnitt om hetetokter. Disse plagenes er utbredte og kan representere vanskelige utfordringer for legen. I sitt forsøk på å gi fysiologiske forklaringer på fenomenet, bruker hun dessverre så kompakt, teknisk språk at det blir knotete. Kontrasten til Fyrand er fornøylig, det må kunne gå an å prestere en mellomting. Hun skal imidlertid ha honnør for at hun prøver å angi alternativer til østrogenbehandling, selvom det stort sett begrenses til en oppramsing av andre typer medikamenter, mens ikke-medikamentell behandling avspises med en linje. Til slutt vil jeg fra kapitlet fremheve Bjarne Chr. Eriksens avsnitt; Det urogenitale østrogen-mangelsyndrom. Til tross for avskrekkende tittel og et vanskelig begrep er avsnittet oversiktlig og godt skrevet.

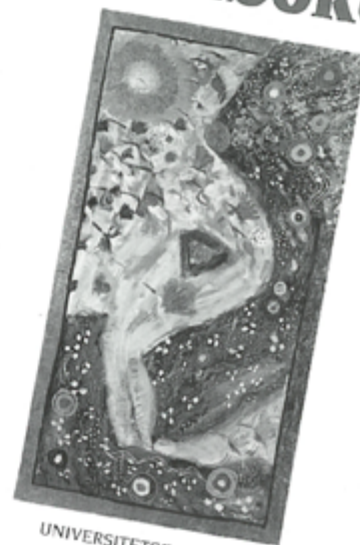
Kapitlet om hormonbehandling i praksis har hele ti avsnitt, hvorav åtte med ulike forfattere. Første avsnitt (Torkel Rud) beskriver ulike behandlingsregimer med østrogen og progesteron, og jeg må uttrykke en viss bekymring over at det fins så mange behandlingsmåter. Spørsmålet er om dette er noe som nødvendigvis betinges av mangfoldet i pasientmaterialet eller om det reflekterer at ingen av metodene er riktig gode. For den som ønsker informasjon til bruk i hverdagens virke, vil jeg trekke frem Tom Seebergs avsnitt om praktiske råd og bivirkninger av hormonbehandling. Margrete Rootwelt og Kari Ekangers avsnitt om allmennpraktikerens møte med pasienten kunne derimot med fordel ha blitt utelatt, det blir pludrende banalt og mangler totalt informasjonsverdi. Hvilket er synd, ettersom boken ifølge vaske-seddelen er spesielt beregnet på allmennpraktikere.

Kapitlet om østrogen og kardiovaskulær sykdom er sentralt, fordi nettopp fare for slik sykdom tidligere ble fremmet som motargument mot østrogenbehandling. Det er derfor svært viktig når østrogen ser ut til å kunne bortimot halvere frekvensen av koronar sykdom hos postmenopausale kvinner. Vi vet imidlertid lite om kombinasjonsbehandling har samme effekten, eller om progesteron kanskje motvirker østrogenets gunstige effekt. Tilsvarende er kapitlet om hormonbehandling og kreft sentralt, skrevet av Claes Trope og Ole-Erik Iversen. Det synes å være klart at behandling med østradiol og konjugerte østrogener uten tillegg av gestagen gir tildels betydelig økt sannsynlighet for utvikling av endometriekreft. Når det gjelder sjanse for brystkreft er dataene noe mer usikre, mens det ikke er holdpunkter for økning av andre kreftformer.

Osteoporose blir grundig omtalt i boken. Østrogenmangel regnes som viktigste årsaken til osteoporose og østrogenbehandling tilsvarende viktig i forebygging og behandling. Forfatteren, Jan A Falch, viser til at også kvinner over 70 år bør behandles. Dessverre utdypes ikke de praktiske problemene ved å hormonbehandle de eldre kvinnene med intakt uterus. I et eget avsnitt om diagnostikk angis måling av benmasse som den foreløpig beste metoden for å kunne påvise osteoporose og dermed risikoen for å få fraktur. Forfatteren, Torkel Rud, har tatt med en flow-chart for å beslutte hvem

Redaksjonskomité:
Torkel Rud, Grete Hogstad og Terje Mølnichen

Klimakterie- håndboken



UNIVERSITETSFORLAGET

som bør måles med tanke på profylaktisk behandling med østrogen.

Som samlet vurdering av boken kan anføres at den inneholder mange argumenter for hormonbehandling og meget få mot. Det må ikke tolkes som at jeg er mot slik behandling, kun som skepsis mot manglende nyansering. Menopausens plager kan brukes til å legitimere utvikling av en medisinsk storindustri som vi på sikt ikke vil være tjent med. Og vi skal være dobbelt på vakt fordi hormonbehandling ikke bare vil tjene industriens, men også legenes interesser, med pasienter som stadig må komme tilbake til kontroller og tester.

Når dette er sagt, må jeg legge til at jeg selv gjør som de fleste norske leger, nemlig foreskriver hormoner til pasienter med klimakterielle plager og ønske om behandling. Og som oppslagsbok i hormonbehandling kan boken anbefales, bare man er klar over at det stort sett er det den dreier seg om.



MJELL, JOHNNY/HÅVELSRUD,
KARI/LØVAAS, KARIN/VANGDAL, MARI (RED.)

Allmennpraksis i utvikling Håndbok i etterutdanning av medarbeidere

Kvalitet i allmennpraksis
– sats (også) på medarbeiderne!

Anmeldt av lege Helge Worren

232 sider m/skjemaer.
TANO A.S. 1994. NOK 298.-.

Denne boka er medarbeidernes «Westin-bok» («læreboka» til veiledningsprogrammet for leger i allmennpraksis). Den er etterlengtet og ønskes nå hjertelig velkommen, ikke bare som bok, men som det avspark den er for veiledningsprogrammet for medarbeidere. Dette programmet bygger på lesten til programmet for legene. Betegnelserne har boka i sin tittel uttrykket «Allmennpraksis i utvikling». Det er nemlig et svært naturlig trinn i den kvalitetsutviklingen som foregår i allmennpraksis å la medarbeiderne slippe til. Medarbeiderne er trolig den faktor i allmennpraksis som nå har det største utviklingspotensiale foran seg. Legene og de tekniske sider ved allmennpraksis (ikke minst laboratoriet) har de senere år fått mye oppmerksomhet. Selv om disse sider også fortsatt har mange steg å gå (og forhåpentligvis alltid vil ha utfordringer foran seg), må disse sider nå finne seg i å dele rampelyset med medarbeiderne fremover. Medarbeiderne er med all sin forskjellighet i bakgrunn og forutsetninger, en hjørnestein i moderne allmennpraksis. Den allmennpraktiker som ennå ikke har sett dette, har – etter min mening – ennå mye å oppdage på sitt eget kontor. Dette er kvalitetsutvikling i praksis.

Boka er likt fordelt mellom praktiske og teoretiske tema, noe

også veiledningsprogrammets møter er. I alt har den strukturerte veiledningen 40 møter fordelt over 2 år. De teoretiske kapitlene har f.eks. temaer som «Medarbeideren som pasientveileder», «Sykdomslære» og «Medikamentlære», mens de praktiske temaer har gjenkjennelig arbeidsområder som «Laboratoriearbeid», «Skadestue/skiftestue» og «Telefonbruk og pasientbehandling». Temaene tar et solid tak på den allmennpraktiske hverdag slik vi kjenner den. Hvert kapittel (tilsvarer stort sett ett møte) avsluttes med oppgaver knyttet til temaene, samt en fyldig litteraturliste. Du finner en rekke skjemaer bakerst i boka til bruk under oppgaveløsningene.

Hvor nyttig er boka?

Som nevnt innledningsvis er boka nyttig ikke minst fordi den setter i gang medarbeidernes eget etterutdanningsprogram. Som en samlet vurdering, er den velegnet til sitt formål. Språket er godt, og gjør boka lett tilgjengelig. Illustrasjoner i boka ville gjort den ennå mer tilgjengelig, men oppmerksomhetskapende overskrifter og stikkord veier opp noe for denne mangelen. Oppgavene (og likeledes tilhørende skjemaer) til slutt i hvert kapittel gjør temaene konkrete, nyttige og lett fordøyelige. Muligens er oppgavene noe vel ambisøse i omfang, tatt i betraktning den tid man har til disposisjon. Det burde ikke være noen umulighet å få startet veiledergrupper de aller fleste steder i landet. De skal være lokalbaserte og drevet av medarbeidere selv. Boka er såpass instruktiv at den kan brukes uten

forhåndskunnskaper utover de medarbeiderne allerede har av fagbakgrunn. Legene vil også ha nytte av boka, og dette vil kunne fremme samspillet i praksisen. Veiledningsprogrammet er kostnadseffektivt, ikke minst hvis man tenker seg at det samme program skulle gjennomføres som kurs. Jeg vil allikevel slå et slag for betydningen av at medarbeiderne (gjærne sammen med legene) reiser på kurs, såvel av faglige som av mentalhygieniske grunner. Det ene tilbudet utelukker ikke det andre.

Revideringen av denne læreboka bør påbegynnes snarest og være en kontinuerlig prosess, ikke fordi den allerede er foreldet. Tvertimot. De erfaringer man imidlertid har fra såvel den nevnte «Westin-boka» som «Siem-boka» («lærebok» til veiledningsprogrammet i samfunnsmedisin), tilsier at lærebøker kan virke demoraliserende (selv om de er aldri så gode i utgangspunktet) hvis de ikke jevnlig revideres. I forbindelse med en revisjon, vil jeg anbefale et kapittel om «Hva bør jeg lese?» (hvordan kan en medarbeider holde seg faglig ajour?), noe mer om prosessen i veiledningsgruppen, mer utdypende omkring hva samarbeid og samspill er (også den smertefulle, vanskelige biten) og om forhold som virker helsefremmende (ikke bare forebyggende) i arbeidsmiljøet.

En sak for seg (som ikke denne boka kan ventes å avklare) er de betingelser gruppeveilederne tilbys i form av honorar og arbeidsbetingelser forøvrig. Det er grenser for hva man er villig til å gjøre på ren dugnadsbasis. Programmet kan avhenge av dette



**Anmeldt av medarbeider
Lise Kjær Gastberg**

Det var med forventning og nysgjerrighet jeg mottok anmelders eksemplar av boken. Dels fordi jeg selv er utdannet legesekretær og i disse dager nyutdannet veileder og dels fordi denne boken hadde det vært arbeidet lenge med og snakket mye om.

Allmenpraksis i utvikling – Håndbok i etterutdanning av medarbeidere er et bevis på at det skjer en utvikling også i denne retning – en utvikling vi medarbeidere har ventet på og som etterhvert er påkrevet da medarbeiderene i allmenpraksis ofte har ulik utdanning og bakgrunn.

Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Alment praktiserende lægers forening, Norsk Bioingeniørforbund, Norsk Hjelpepleierforbund og Norsk Legesekretærers Forbund. Sistnevnte forbund står også som koordinator for etterutdanningen.

Boken er lagt opp med en teoretisk del, tilsammen 20 møter og en praktisk del med tilsammen 20 møter, i alt fordekt over 2 år.

Temaene går målrettet inn på en medarbeiders hverdag i forhold til sin arbeidsplass, arbeidsgiver, sine kollegaer, pasienten og seg selv. Her er det stor spennvidde og temaene er delt inn i kapitler som

MJELL, JOHNNY/HÅVELSRUD,
KARI/LØVAAS, KARIN/VANGDAL, MARI (RED.)

Allmennpraksis i utvikling
Håndbok i etterutdanning av medarbeidere

gir god innblikk og orientering med påfølgende oppgaver og litteraturhenvisning.

Av teoretiske temaer kan nevnes:

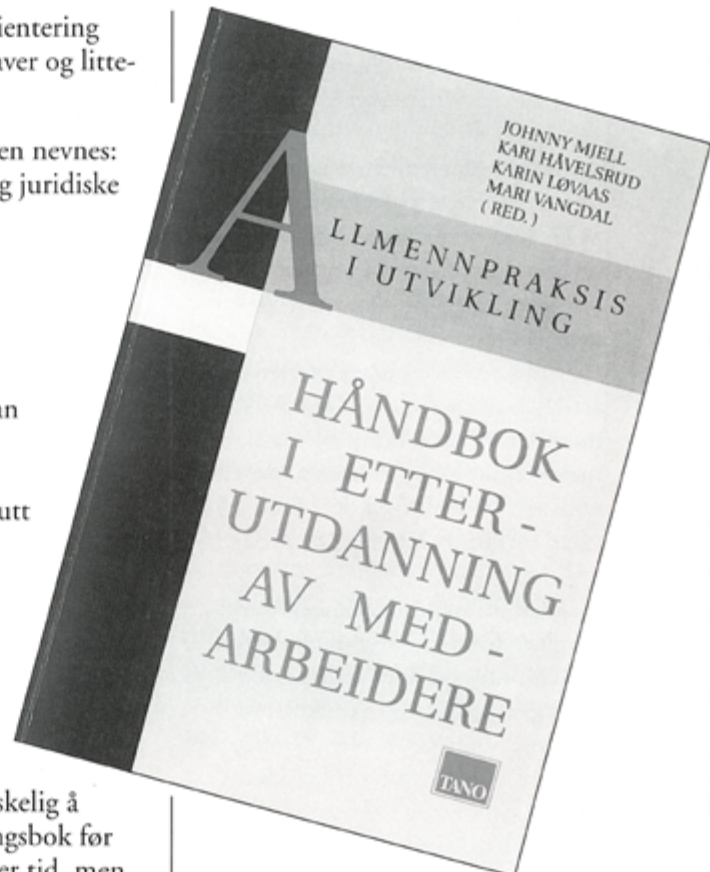
- pasientrettigheter og juridiske forhold
- samarbeid i praksis
- etikk
- undervisning
- kvalitetssikring

Av praktiske temaer kan nevnes:

- laboratoriarbeid
- akuttmedisin og akutt mottak
- telefonbruk og pasientbehandling
- gjensidig internt arbeidsplassbesøk mellom lege og medarbeider

Det vil alltid være vanskelig å bedømme en veiledningsbok før den har vært i bruk over tid, men etter å ha lest boken er jeg godt fornøyd.

Innholdet er bra og gjennomtenkt. Kapitlene har forfatterene klart å samordne slik at de er skrevet over samme lest. Språket er forståelig og ingen tvil om hva de mener. Boken er omfattende og som veileder må jeg tilføye at klarer gruppen å gå gjennom boken på 2 år i den grad av fordypning oppgavene legger opp til så har vi



en god målestokk på kvaliteten av medarbeidere i allmennpraksis.

Leger bør lese den for å vite hva deres medarbeidere skal igjennom og for å kunne være til støtte. Personlig tror jeg faktisk de kunne lære et og annet underveis!

Boken kan anbefales også som et verktøy ved temakvelder, studierirkler eller når praksisen har elever i opplæring. □

punkt. Forhåpentligvis vil også gjennomgått kurs etter hvert virke meriterende mht. lønn og ansienitet, slik godkjent spesialistkompetanse gjør for legene. Som en

start bør være at legene (og kommunene) finansierer medarbeidernes utgifter til etterutdanningen, som et ledd i konkret kvalitetssikring.

Denne boka er noe mer enn en bok. Den er en ramme omkring medarbeidernes etterutdanning. Forfatterne ønskes tillykke med sitt rammeverk! □



PREBEN AVITSLAND (RED.)

Forebygging og kontroll av seksuelt overførte sykdommer

SAMSOS rapportserie nr. 1,
Statens Institutt for Folkehelse,
1993. Pris: ca. 100,-kr.

Endelig er det kommet en oppdatert samlet oversikt over temaet SOS. Min ærverdige Danbolt's 4. reviderte lærebok i veneriske sykdommer fra 1974 kan nå trygt legges til side.

Boka fra Folkehelse er mer en artikkelsamling enn en lærebok, men den er oversiktlig og grei, med omtale av alle dagens aktuelle seksuelt overførte sykdommer. 15 ulike forfattere har bidratt med artikler.

Den omhandler både epidemiologi og forebygging, diagnostikk, behandling, og ikke minst gode råd og «oppskrifter» for smitteoppsporing.

«Nye» sykdommer som klamydiainfeksjoner og herpes genitalis har fått bred omtale, likeledes kjønnsvorter som vi stadig ser mer og mer av.

Spesielt liker jeg de tabellariske oversikter over sykdommene hvor

en raskt kan få de viktigste opplysningene om bl.a. symptomer, inkubasjonstid, diagnostikk klinisk og laboratoriemessig, og ikke minst effekt av behandling og målsetting for behandling og forebygging. Dette er svært nyttige opplysninger i en oversiktlig form, og kan også brukes i direkte informasjon til vitebegjærlige pasienter.

Boka har lært meg flere helt nye ting – bl.a. at det er svært tvilsomt om behandling av kjønnsvorter reduserer smittefare og at 95% av HPV-infiserte er symptomfrie. Det er derfor et tankekors at vi i flere år har holdt på med gjentatte podophyllinpenslinger av tilfeldig oppdagede kondylomer.

Det var også nytt for meg at det ved såkalt «falske» SOS som gardnerellainfeksjon og soppvagnitt ikke er aktuelt med partnerbehandling.

Smitteoppsporing ved klamydiainfeksjoner har fått stor plass; fire kapitler omhandler dette tema. Forfatterne anbefaler svært aktiv, men helst pasientformidlet, smit-

teoppsporing og innkalling av aktuelle sex-kontakter de siste seks måneder for prøvetaking og eventuell behandling. Nåværende partner anbefales behandlet før prøvesvar foreligger, men dobbeltresept til index-kasus bør ikke gis. Dette bør føre til endret praksis for mange norske leger.

Forfatterne tolker loven slik at diagnostikk og behandling av klamydiainfeksjoner er gratis ved at en samtidig undersøker om pasienten har andre SOS som gonoré og evt. HIV. Kan dette være riktig? En klargjøring på dette området kommer forhåpentligvis i den nye smittevernloven.

Artikkelsamlingen fra Folkehelse er en nyttig og praktisk bok og kan varmt anbefales til alle allmennpraktiserende leger som arbeider med unge mennesker. Prisen på 100 kr. skulle heller ikke skremme noen fra å anskaffe seg den!

Kommunelege Anne Stubdal,
6880 Stryn

Bestill diskettutgaven av NSAM's handlingsprogram for høyt blodtrykk

Utarbeidet i samarbeid med Info Tech a/s, Verdal, og Kvalitetssikringsfondet

- Mus-styrt (pek og klikk)
- Kan skrive inn egne notat
- Enkel brukerveiledning
- Søkefunksjon (stikkord/fritekst)
- MS-DOS 4.0 eller senere
- Kun 250,- pr stk

Bestilling: Samfunnsmedisinsk forskningssenter (Folkehelse), Neptunv. 1, 7650 Verdal

Tlf: 74 07 71 44 Fax: 74 07 70 95

Jeg skriver da ikke ut mye B-preparater! (?)

rapport fra egen EDB-journal

Tekst: Gunnar Mouland



Gunnar Mouland, f.1948.
Cand.med. Oslo 1973.
Gruppepraksis i Arendal sammen med 3 studiekamerater fra 1975 (nå 5-legepraksis). Sykehustjeneste ved Aust-Agder Sentralsjukehus. Spesialist i allmennmedisin. Deltidsjobb som somatisk tilsynslege ved psykiatrisk sykehjem. Allmennpraktikerstipend 1985 i forbindelse med en undersøkelse av hjemmeboende over 80 år i Arendal. 1989-90 deltager i prosjekt om diabetesbehandling i allmennpraksis sammen med Aust-Agder Sentralsjukehus. Våren 1994 vikariat som ass.fylkeslege i Aust-Agder.

Aviser, tidsskrifter, radio og TV forteller med jevne mellomrom om leger som er storforskrivere av A- og B-preparater. De fleste leger,

meg selv inkludert, regner nok likevel med å være «bedre enn gjennomsnittet» når det gjelder slik forskrivning. Men følelser som «strenghet» eller «snillhet» er som regel basert på subjektive antagelser.

I 1985-86 ble det gjort en større forskrivningsundersøkelse av beroligende midler og sovemidler blant alle legene i Aust-Agder (Nærdal Å. Upubliserte data). Alle B-resepter ble registrert i 3 måneder høsten 1985. Hver lege fikk informasjon om sin «forskrivningsprofil» (forskrivningsmengde, preparatvalg, pakningsstørrelse m.m) sammenlignet med fylkets gjennomsnitt. Selv lå jeg nær gjennomsnittet i fylket – altså ingen grunn til dårlig samvittighet!

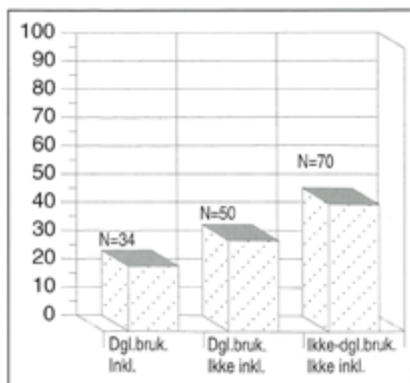
Våren 1993 leste jeg boken «Lev bra uten beroligende midler og sovetabletter» av Stefan Borg og Katarina Johansson (1). Boken forteller bl.a. om erfaringene fra TUB-enheten (Terapi och utvärdering av bensodiazepinberoende), en del av psykiatrisk avdeling ved St Görans sjukhus, Karolinska Insitutet i Stockholm. For meg var det nytt å lese om tallrike pasienter med langvarige avhengighets/abstinsens-reaksjoner også under pågående behandling med ordinære doser benzodiazepiner. Pasienter og leger hadde tolket symptomene som kronisk angst og av den grunn sett det nødvendig å fortsette medikasjonen. Mange pasienter kunne fortelle om betydelig bedring etter langsom nedtrapping og seponering av medisinene. Forfatterne nevner at tilsvarende mekanismer kan gjelde muskelrelaksantia og sterke analgetica. Denne nye

viten gjorde at jeg stilte spørsmålet: Er det noen av mine pasienter som vil få mindre plager *uten* medikamenter enn de nå har *med*?

Jeg bestemte meg derfor for å motivere flest mulig av de daglige brukerne av benzodiazepiner og kodeinholdige analgetica til langsom nedtrapping etter mønster fra TUB-enheten. Jeg noterte i en 2-måneders-periode (10.5.-10.7.93) navn og fødselsdato på de pasientene jeg foreskrev B-preparater til, og som jeg mente kunne være kandidater til et nedtrappingsforsøk, til sammen 34 pasienter.

Hvordan jeg gikk frem for å motivere pasientene til nedtrapping og hva resultatet av intervensjonen har vært, vil jeg komme tilbake til i en senere artikkel.

I september 1993 la jeg frem de foreløbige resultatene på et møte i Aust-Agder. Et av spørsmålene jeg fikk, var om de 34 representerte *alle* de daglige brukerne av B-preparater fra aktuelle tidsrom eller om jeg hadde utelatt mange. Jeg svarte at jeg antok at det bare var noen «ganske få» som var utelatt, pasienter der jeg på forhånd regnet det som nytteløst eller kontraindisert å prøve nedtrapping. Men spørsmålet fikk meg til å gå videre og gjøre en fullstendig registrering av forskrivningen i det aktuelle tidsrom. Infodoc journalsystem (som vi har brukt ved vårt 5-legekontor siden 1984) gjorde dette mulig. Jeg valgte å inkludere alle benzodiazepiner og kodeinholdige analgetica, da disse utgjør det alt vesentlige av B-preparatene. (jeg kaller disse for enkelhets skyld for B-preparater). Jeg ble overras-



Figur 1. Pasienter som fikk B-preparater i en 2-måneders periode fordelt på daglig brukere/ikke-daglig brukere og inkludert/ikke-inkludert i nedtrappingsforsøk.

ket over hvor mange pasienter jeg hadde «glemte». (Fig.1). I gruppen «daglig-bruker, ikke inkludert i nedtrapping» har jeg senere startet nedtrapping hos 15 pasienter.

Det viste seg at jeg hadde skrevet ut B-resepter til 175 pasienter i perioden 10.5-10.7.93. I samme periode hadde jeg 1099 pasient-kontakter med 671 forskjellige pasienter, d.v.s. at 26% av pasientene fikk en eller flere resepter på B-preparater. 154 av de 175 pasientene var «mine», de resterende gikk vanligvis til andre leger på vårt kontor. 5 av pasientene var registrert på Fylkeslegens misbruker-liste.

Alder/kjønn:

Alderen på de 154 pasientene varierte fra 19 til 99 år med et gjennomsnitt på 60 år. 69% var kvinner, 31% menn. Aldersfordelingen av B-preparat-brukerne var nokså lik fordelingen av alle pasientene jeg hadde kontakt med i perioden, men det var noen flere eldre og noen færre yngre i B-preparat-gruppen (fig.2)

Medikament:

De fleste (36%) hadde fått bare preparater registrert som angstdempe (N05BA), 17% hadde fått bare sovemidler (N05CD), mens 19% hadde fått sterke analgetica. 37 pasienter (24%) hadde fått 2 B-preparater, mens 7 pasienter (5%) hadde fått 3.

Familie-og arbeidsforhold:

42% av B-preparat-brukerne hadde alderspensjon (var over 67år). 19% var i ordinær jobb. 4 av personene var hjemmearbeidende. Hele 57% av B-preparat-brukerne under 67 år hadde uførepensjon. Til sammenligning er ca.10% av Aust-Agders befolkning 20-69 år uføretrygdet (personlig meddelelse) og ca.38% i aldersgruppen 60-67 år (2). Det var bare 5 arbeidslidende blant B-preparat-brukerne.

Familieforhold:

59% av B-preparat-brukerne var gift/samboende, 12% var ugifte, 16% skilt og 13% enker/enkemenn. Familieforholdene adskiller seg lite fra Aust-Agders totale befolkning over 30år: Gifte 68%, ugifte 11%, skilte 9%, enke/enkemenn 11%. (2).

Hva kjennetegner de pasientene som jeg valgte ut til nedtrappings-forsøk?

Ved utvelgelse av de pasienter jeg prøvde å motivere for seponering av B-preparater, benyttet jeg meg bare av «klinisk skjønn», d.v.s. jeg rettet informasjonen mot de dagligbrukerne jeg hadde størst håp om ville klare en slik nedtrapping.

Ved å sammenligne dagligbrukere som var «inkludert» (i nedtrappingsforsøk) med de «ikke-inkluderte» fant jeg at andelen gifte/samboende var størst i inklusjonsgruppen (76 mot 32%), mens andelen uføretrygdete var størst i «ikke-inkludert»-gruppen (46 mot 29%). Andel som brukte flere forskjellige B-preparater, var størst i ikkeinklusionsgruppen (44 mot 24%). Gjennomsnittsalder var 58 år i inklusjonsgruppen mot 65 år i ikke-inklusionsgruppen. Kjønnfordelingen var 74 hhv 66 % kvinner.

Hva adskiller pasienter som bruker B-preparater daglig og bare leilighetsvis?

Det er enighet om at beroligende og smertestillende medikamenter først og fremst har sin indikasjon ved korttidsbehandling og at det

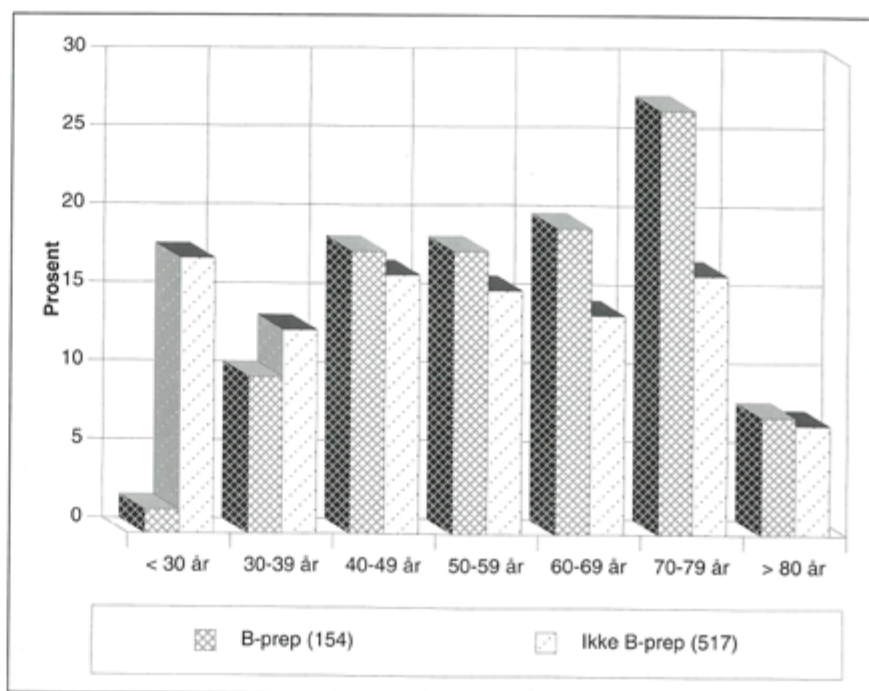
er langtidsbruk med mulighet for medikament-bivirkninger og -avhengighet man ønsker å sette søkelyset på. Jeg har derfor sett om dagligbrukerne adskilte seg fra leilighetsbrukerne i mitt materiale. De viktigste forskjellene var en høyere andel ugifte og skilte blant dagligbrukerne: 19 og 20% hhv 3 og 9%. Videre var de som brukte flere B-preparater, hyppigere dagligbrukere (36 mot 20%). Leilighetsbrukerne var hyppigere i ordinær jobb (31 mot 7%). Det var liten forskjell på alder og kjønn i de to gruppene.

Diskusjon

Ut fra hva man nå vet om de uheldige langtidsbivirkninger av benzodiazepiner (og det er all grunn til å tro at det samme gjelder opi-at-analgetica) (3) er det viktig å ha et bevisst forhold til sin forskrivning. Første steg på veien er å få registrert hva man egentlig skriver ut, d.v.s. å komme fra tro til viten. Moderne EDB-journaler gjør dette mulig.

B-preparat-brukerne som gruppe er noe eldre enn hele gruppen pasienter i det aktuelle tidsrom, dette samsvarer med andre forskrivningsundersøkelser som viser betydelig økning av forbruket med økende alder. Kjønnfordelingen med omtrent dobbelt så stor andel kvinner som menn blant B-preparat-brukerne er også typisk (4, 5).

De fleste av mine B-preparat-brukere er gift/samboende og 60% er enten i ordinær jobb, hjemmearbeidende eller har alderspensjon. Bare en person under 30 år fikk foreskrevet B-preparat i perioden. Selv om materialet er lite, støtter undersøkelsen av alder, arbeids- og familieforhold mitt inntrykk av at de aller fleste B-preparat-brukere i allmennpraksis er eldre mennesker, sosialt veltilpassede og har lite eller intet til felles med misbrukere. Dette samsvarer med andre undersøkeres erfaring (3). Det er tydelig større andel uføretrygdete i B-preparat-gruppen enn i Aust-Agders befolkning. Det er vel rimelig å



Figur 2. Pasienter som fikk B-preparater i en 2 måneders periode etter alder sammenlignet med de pasientene som ikke fikk B-preparater.

forklare dette som en følge av høyere psykisk sykkelighet hos uføretrygdede. Antall arbeidsledige i mitt materiale var svært lite.

Min antagelse om at de 34 pasientene i nedtrappingsgruppen representerte «de aller fleste» av B-preparat-brukerne, var altså feil. At hele 26% av pasientene i denne registreringen hadde fått resept på et B-preparat og at over halvparten av disse var daglige brukere, overrasket meg. Felleskatalogen gir følgende forsiktighetsregel for alle benzodiazepiner: «Bør (fortrinnsvis) gis i et begrenset tidsrom p.g.a. fare for tilvenning». I kontrast til disse anbefalingene viser min og andres undersøkelser at en betydelig del av bruken er langvarig bruk (3, 4, 5).

Det er interessant å se at det «kliniske skjønn» velger ut en noe selektert gruppe når man skal prøve å motivere pasienter for medisin-nedtrapping/seponering. Gifte/samboende personer virket mer «lovende» for meg, mens personer som hadde uførepensjon eller brukte mer enn ett B-preparat, hadde jeg mindre håp for. Det var liten forskjell i alder og kjønnsfordeling mellom de to gruppene.

Kanskje bør man være mer offensiv overfor alle daglig-brukere av B-preparater? Erfaringene fra TUB-enheten i Stockholm har vist at resultatene av behandlingen er bedre for gifte enn for enslige, mens pasientens alder, medikamentdose, varighet av tablettbruk og antall benzodiazepin-preparater ikke er utslagsgivende for behandlingsresultatet (6). Befolkningsundersøkelser har vist at det er mer akseptert at eldre mennesker bruker benzodiazepiner. Antagelig har de fleste leger den samme holdning. Ut fra det vi nå vet om risiko for muskulær og nevropsykologisk svekkelse hos eldre ved bruk av benzodiazepiner (4), er det kanskje hos eldre man har aller mest å vinne ved nedtrapping/seponering.

Denne praksisregistreringen og min nyerhvervede kunnskap om mulige langtidsbivirkninger av B-preparater har ført til at jeg nå er mer kritisk enn tidligere til å starte forskrivning av B-preparater. Videre presiserer jeg ved første forskrivning at disse medikamentene skal brukes bare i en kort periode. Hos langtidsbrukerne er jeg blitt mer oppmerksom på mulige medikamentbivirkninger og prøver å

motivere for nedtrappingsforsøk der dette er mulig.

Enkelte forskere har stilt spørsmål ved om det i det hele tatt finnes pasienter som har nytte av benzodiazepiner til langtidsbehandling (3). Kanskje brukes disse medikamentene ved langtidsbehandling i det vesentlige til å dempe abstinens? I alle fall synes det nå å være relativt bred faglig enighet om at forbruket av B-preparater bør strammes inn (7). Det bør utarbeides forskrivningsstrategier slik at vanedannende medikamenter i størst mulig grad blir hjelp for plager og ikke årsak til plager. □

Gunnar Moulund
Legegruppen Grandgården
4800 Arendal

Litteratur:

1. Borg S, Johansson K. Lev bra uten beroligende midler og sovemidler. 163s. Cappelen, Oslo 1989. (ISBN 82-02 11727-3)
2. Befolkningsstatistikk 1992. Statistisk sentralbyrå.
3. Johansson K, Tønne U. Risk för tillvänjning föreligger. 282s. Lic förlag, Sverige 1992. (ISBN 91-9584-258-0)
4. Benzodiazepiner – beroendeframkallande psykofarmaka. SOU 1993:5. Delbetänkande av psykiatriutredningen.
5. Bjørndal A, Forsén L. En pille for alt som er ille? En analyse av psykofarmakaforbruket i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984-86. SIFF Avd. for helsetjenesteforskning. Rapport nr.7-1989.
6. Borg S, Leifman H, Tønne U, Vikander B. Beroende av lugnande medel och sömnmedel. Delrapport från TUB-prosjektet. Psykiatriska Beroendekliniken, St Görans sjukhus, Karolinska Institutet (Box 12557, 10229 Stockholm)
7. Holm H A. B-preparatene – en kraftig utfordring til legestanden. Tidsskr Nor Lægefor 1993; 113: 928-9.

Daivonex[®]

calcipotriol

Gjenoppretter de naturlige prosesser i psoriatisk hud



Opplev det nye behandlingsresultat for psoriatikeren

DAIVONEX - Leo- ATC-nr.: D05A D

Middel mot psoriasis

SALVE: 1g innesk.: Calcipotriol 50 mikrog., natr. edetas, dinatr. hydrogenofosph., α -tocopherol, paraff. liquid., polyoxyethylenstearylet-her, propylenglycol., aqua purif., vaselin. alb. ad 1 g. Uten lukt og farge. **EGENSKAPER:** **Klassifisering:** Calcipotriol er en vitamin D3 analog som bindes til den spesifikke reseptor for vitamin D3 (1.25 (OH)2D3) i bl.a. hudkeratinocytter. Calcipotriol har liten effekt på kroppens kalsiumomsætning, ca. 1% av 1.25 (OH)2D3. **Virkningsmekanisme:** Topikal applikasjon inducerer celledifferensiering og inhiberer den økte proliferasjon av keratinocytter, samt påvirker immunfunksjoner (cytokin-påvirkning). Det oppnås derved en reversering og normalisering av de abnorme keratinocytterforandringer som sees ved psoriasis.

Absorpsjon: Calcipotriol absorberes i liten grad. Det nøyaktige omfanget er imidlertid ikke kjent. **Metabolisme:** Calcipotriol metaboliseres hurtig til metabolitter med meget lav biologisk aktivitet. **INDIKASJONER:** Plaque psoriasis. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet overfor innholdsstoffene. Hyperkalsemi. **BIVIRKNINGER:** Hyppigst sett er forbigående irritasjon av behandlet hud. Enkelte tilfeller av

ansiktsdermatitt er sett. Hyperkalsemi (sjeldent) - se overdosering/forgiftning. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet bør utvises ved bruk i hudfoller/intertriginose områder. Erfaring ved behandling av barn mangler. Daivonex bør ikke brukes i ansiktet pga. risiko for ansiktsdermatitt. Høndene vaskes etter påsmøring for å unngå overføring til ansiktet. Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av legemidler som forhever serumkalsium. Ved nedsatt nyrefunksjon bør serumkalsium kontrolleres før og under behandling. **GRAVIDITET/AMMING:** Teratogen effekt er ikke sett i dyreforsøk. Pga. manglende klinisk erfaring bør preparatet ikke brukes av gravide eller ammende. **DOSERING:** Påsmøres tynt de affiserte hudområder 2 ganger daglig til huden er leget. Vanlig behandlingstid er 6-8 uker. Total ukedose bør ikke overskride 50 g. Verdien av vedlikeholdsbehandling er ikke klarlagt.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Enkelttilfeller av hyperkalsemi er rapportert hos pasienter som har brukt Daivonex salve i doseringen 200 g/uke eller mer. Kalsiumnormaliseres ved seponering av Daivonex. **PAKNINGER OG PRISER** pr. 01.02.93: Salve: 30 g kr 146,00, 100 g kr 374,30.

JA jeg vil absolutt oppleve dette og tar gjerne imot:

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

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr./Sted: _____

Tlf.: _____



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

Mens vi venter på stortingsmeldingen...

Helsepolitiske vårlipp – I

Av Petter Øgar

Mens regjeringen sliter med å få ferdig stortingsmeldingen om mål og virkemidler i helsepolitikken, er det andre aktører på den helsepolitiske arena som har posisjonert seg med helsepolitiske utspill før den store høstjakta begynner. Det gjelder, jeg hadde nær sagt selvfølgelig, Legeforeningen som har gitt ut et hefte (1) som vel snart er å finne i alle helsepolitisk oppegående hjem. Vel så interessant er det at Kommunenes Sentralforbund (KS) omsider kommer med et helsepolitisk utspill av noe større format (2). Det var lenge siden sist. I dette nummer av Utposten gis en vurdering av Legeforeningens utspill, mens utspillet fra KS kommenteres i neste nummer.

Legeforeningens hefte er et produkt av et omfattende organisasjonsarbeid utført av fire prosjektgrupper og en styringsgruppe med basis i gjeldende prinsipp- og arbeidsprogram. Det består av tre sentrale kapitler; et generelt kapittel om helsetjenesten i Norge der grunnleggende problemstillinger påpekes og drøftes. Videre er det egne kapitler om primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen skal berømmes for et gjennomarbeidet produkt med langt større vektlegging av drøfting og diskurs enn yrkesmessig tilpassede ideologiske slagord sammenlignet med ymse tidligere utspill. Min hovedinnvending er likevel at man på en del sentrale problemområder har gått for lite i

dybden og ikke i tilstrekkelig grad vist kompleksiteten og konfliktene i problemstillingene. Dette gjelder særlig i det generelle kapitlet.

Helsevesenets krise

Selv om vi ligger bak en del land har vi likevel aldri brukt mer penger på helsevesenet. Det siste tiåret har vi hatt en betydelig økning både av totalproduksjon og produktivitet i sykehusene og i primærhelsetjenesten. Likevel vokser problemene. Hvorfor kan det være slik? Enkelt sagt består helsevesenets krise i at etterspørselen etter helsetjenester er større enn tilbudet. Men i hvilken grad er det etterspørselen som er for stor eller tilbudet som er for lite, og hva kan og bør vi gjøre med det?

I forhold til kriseopplevelsen må vi også spørre om vi bruker helsetjenesteressursene riktig. Prioriteres de riktige behovene? Er det f.eks. riktig med en så sterk utbygging av bedriftshelsetjenesten når sykehusene ikke greier å oppfylle ventelistegarantien og har betydelig mangel på legespesialister? Er det riktig å innføre obligatorisk jordmortjeneste i kommunene på et tidspunkt hvor vi ved systematiske tiltak de senere år har klart å

bringe spedbarnsdødeligheten ned til en av de laveste i verden? Disse problemstillingene berører ikke Legeforeningen.

Hva øker etterspørselen etter helsetjenester?

Etterspørsel og behov er vanskelige størrelser. Behov er et verdiladet begrep som ofte har betydelige subjektive elementer og derfor defineres ulikt av ulike aktører – også om de er helsepersonell. Etterspørsel er heller ikke uproblematisk fordi den ikke alltid reflekterer de behov samfunnet ønsker å dekke. Det er f.eks. store svake grupper som bare i begrenset grad klarer å formulere sine behov som etterspørsel.

Behovet for helsetjenester påvirkes av en rekke faktorer:

- Befolkningens størrelse og alderssammensetning.

Fra medisinsk kunnskap til bedre helse



Organisering og finansiering av helsetjenester



Daivonex[®]

calcipotriol

Gjenoppretter de naturlige prosesser i psoriatisk hud



Opplev det nye behandlingsresultat for psoriatikeren

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

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

JA jeg vil absolutt oppleve dette og tar gjerne imot:

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

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr./Sted: _____

Tlf.: _____



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

Mens vi venter på stortingsmeldingen...

Helsepolitiske vårslipp – I

Av Petter Øgar

Mens regjeringen sliter med å få ferdig stortingsmeldingen om mål og virkemidler i helsepolitikken, er det andre aktører på den helsepolitiske arena som har posisjonert seg med helsepolitiske utspill før den store høstjakta begynner. Det gjelder, jeg hadde nær sagt selvfølgelig, Legeforeningen som har gitt ut et hefte (1) som vel snart er å finne i alle helsepolitisk oppegående hjem. Vel så interessant er det at Kommunenes Sentralforbund (KS) omsider kommer med et helsepolitisk utspill av noe større format (2). Det var lenge siden sist. I dette nummer av Utposten gis en vurdering av Legeforeningens utspill, mens utspillet fra KS kommenteres i neste nummer.

Legeforeningens hefte er et produkt av et omfattende organisasjonsarbeid utført av fire prosjektgrupper og en styringsgruppe med basis i gjeldende prinsipp- og arbeidsprogram. Det består av tre sentrale kapitler; et generelt kapittel om helsetjenesten i Norge der grunnleggende problemstillinger påpekes og drøftes. Videre er det egne kapitler om primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen skal berømmes for et gjennomarbeidet produkt med langt større vektlegging av drøfting og diskurs enn yrkesmessig tilpassede ideologiske slagord sammenlignet med ymse tidligere utspill. Min hovedinnvending er likevel at man på en del sentrale problemområder har gått for lite i

dybden og ikke i tilstrekkelig grad vist kompleksiteten og konfliktene i problemstillingene. Dette gjelder særlig i det generelle kapitlet.

Helsevesenets krise

Selv om vi ligger bak en del land har vi likevel aldri brukt mer penger på helsevesenet. Det siste tiåret har vi hatt en betydelig økning både av totalproduksjon og produktivitet i sykehusene og i primærhelsetjenesten. Likevel vokser problemene. Hvorfor kan det være slik? Enkelt sagt består helsevesenets krise i at etterspørselen etter helsetjenester er større enn tilbudet. Men i hvilken grad er det etterspørselen som er for stor eller tilbudet som er for lite, og hva kan og bør vi gjøre med det?

I forhold til kriseopplevelsen må vi også spørre om vi bruker helsetjenesteressursene riktig. Prioriteres de riktige behovene? Er det f.eks. riktig med en så sterk utbygging av bedriftshelsetjenesten når sykehusene ikke greier å oppfylle ventelistegarantien og har betydelig mangel på legespesialister? Er det riktig å innføre obligatorisk jordmortjeneste i kommunene på et tidspunkt hvor vi ved systematiske tiltak de senere år har klart å

bringe spedbarnsdødeligheten ned til en av de laveste i verden? Disse problemstillingene berører ikke Legeforeningen.

Hva øker etterspørselen etter helsetjenester?

Etterspørsel og behov er vanskelige størrelser. Behov er et verdiladet begrep som ofte har betydelige subjektive elementer og derfor defineres ulikt av ulike aktører – også om de er helsepersonell. Etterspørsel er heller ikke uproblematisk fordi den ikke alltid reflekterer de behov samfunnet ønsker å dekke. Det er f.eks. store svake grupper som bare i begrenset grad klarer å formulere sine behov som etterspørsel.

Behovet for helsetjenester påvirkes av en rekke faktorer:

- Befolkningens størrelse og alderssammensetning.

Fra medisinsk kunnskap til bedre helse



Organisering og finansiering av helsetjenester



- Antall aleneboende eldre uten eller med geografisk fjernt plasserte omsorgspersoner.
- Endringer i sykkelighet.
- Endringer i sykdomsbegrep og den kollektive oppfatning av hva som er helsevesenets ansvarsområde.
- Nye behandlingsmuligheter.
- Endringer i helsevesenets arbeidsmåter.

Gapet og ressursene

De fleste mener norsk helsevesen trenger mer ressurser. Hvor mye kan man alltid krangle om. En må bare ikke la seg rive med på de politiske narrespill som tror at ressurstilgangen noen gang vil lukke gapet mellom det som blir etterspurt eller kan tenkes gjort, og det som faktisk kan gjøres. Økte ressurser er derfor ingen løsning alene på de vanskelige styrings- og prioriteringsoppgavene helsevesenet vil stå overfor i overskuelig framtid. Det er en grunnleggende erkjennelse som gir sterke føringer på debatten om helsevesenets utforming og hvilke løsninger som er gangbare. Dette gjenspeiles ikke alltid like klart i Legeforeningens synspunkter.

Pasientrettigheter og legeroller til besvær

Det er gledelig at Legeforeningen erkjenner at de ubetingede pasientrettighetene har sine meget problematiske sider. I en virkelighet med begrensede ressurser må pasientens ønsker veies gjennom en faglig vurdering innenfor politisk opptrukne, overordnede prioriterings- og andre kjøreregler. Ikke minst er dette viktig og vanskelig i forhold til den økende uklarhet omkring sykdomsbegrepet og den medikaliseringstendens vi har hatt i mange år, og som legestanden også må ta sin del av skylda for. Det er godt når det slås fast at om pasientens problem er av ikke-medisinsk art, skal det erkjennes og ikke sykkeliggjøres. Den praktiske grensoppgangen er imidlertid ikke gjort lettere med dette og

fibroselengsyndromet er like vanskelig å forholde seg til.

Enhver skal ha krav på vurdering av allmennlege innen en fastsatt tid og eventuelt ny vurdering av annen allmennlege dersom dette ønskes. Pasienten skal ha krav på spesialistvurdering dersom allmennlegen mener det er grunnlag for dette. Det må til enhver tid være klart hvilken lege som har ansvaret for den enkelte pasient, og det foreslås at innlagte pasienter skal få tildelt en fast lege som sin ansvarlige lege under sykehusoppholdet. Det er ikke vanskelig å slutte seg til disse prinsippene som trolig vil innebære en vesentlig kvalitetsheving i helsevesenet om de realiseres.

Erkjennelsen av pasientrettighetenes begrensning danner grunnlag for følgende formulering i kapitlet om primærhelsetjenesten:

Denne «dørvakt»-funksjonen mot den videre behandlingsskjede er av hensyn til både faglige forhold, økonomi og personellressurser like nødvendig som «døråpner»-funksjonen. Dobbeltrøler er normalt uheldige. Men her er den ikke til å unngå. Allmennlegen må være pasientens «advokat» og samtidig ta ressursmessige hensyn. Legens ubetingede faglige uavhengighet og selvstendighet i forhold til de medisinske prioriteringer utgjør garantien for at pasienten får oppfylt sine grunnleggende rettigheter.

Den medisinsk-etiske tenkningen i Legeforeningen har med dette tatt et stort skritt framover i realitetsorienterende retning!

Helsevesenets arbeidsmåter

Legeforeningen hevder at den faglige utvikling av medisinsk praksis og utviklingen i de profesjonelle normer og faglige standarder antakelig styrer helsepersonellens atferd mer enn endringer i finansieringsordninger og styringssystemer. Dette er trolig helt riktig. Når vi også vet at den enkelte leges valg

når det gjelder undersøkelse, behandling, pleie og oppfølging av den enkelte pasient i høy grad låser ressursbruken i helsetjenesten, blir dette svært utslagsgivende for hva helsevesenet gjør og hvor mye det koster. Dette faktum innebærer problemstillinger og muligheter for uheldige bivirkninger som burde vært drøftet nærmere.

Politiske prioriteringer vanskeligjøres og en del beslutninger som burde ligget på politisk nivå trekkes ned på det faglige. Nye behandlingsmåter er ofte kostnadsdrivende, og forholdet mellom marginalkostnad og nytte er ikke alltid (tilstrekkelig) vurdert. Vi opplever at nye behandlingsmåter og kvalitetsstandarder innføres på et for tilfeldig, dårlig og smalt beslutningsgrunnlag. Revirtenking og misjonering for eget fagområde i ulike allianser tilhører ikke vår yrkesgruppes stolteste tradisjoner. Helsepersonell bør erkjenne et delansvar for å hindre at dette skjer.

Spesialisering og «kvinnslandfaktoren»

Helsevesenets arbeidsmåter er ikke minst knyttet til spesialiseringsgraden. Graden av spesialisering er kanskje den enkeltfaktor som er mest bestemmende for hvordan helsevesenet kan organiseres og vil fungere overfor pasientene. Vi trenger en betydelig grad av spesialisering, men samtidig er det klart at spesialisering også har sine uheldige sider. Å finne fram til en optimal spesialisering er en viktig og vanskelig oppgave. Jeg savner en drøfting av denne problemstillingen. Er den for kontroversiell innad i foreningen?

I spesialiserings- og organiseringsdebatten er «kvinnslandfaktoren» et slags orakelsvar; øvelse gjør mester, og det må vi ta hensyn til. Men spørsmålet er jo hvilken epidemiologisk virkelighet av behov det er vi skal betjene, og hvor mye øvelse vi må ha for å gjøre dette på en tilstrekkelig god måte. Det er et for meg uforståelig paradoks at stadig flere oppgaver forventes løst

av primærlegene mens sykehuslegene skal drive med stadig færre typer oppgaver. Primærlegene kan umulig få særlig øvelse i mange av de oppgavene de forventes å løse. Gjelder ikke «kvinnslandfaktoren» i primærhelsetjenesten?

Småsykehusenes skjebne er også uløselig knyttet til spesialiseringsgraden i helsevesenet. Spesialiseringen er nå kommet så langt at den er iferd med å gjøre tradisjonell drift av småsykehusene umulig innenfor økonomisk forsvarlige rammer. Statens helsetilsyn og departementet har gitt klare signaler om dette, men Legeforeningen forbigår problemet i øredøvende taushet.

Primærhelsetjenesten

Kapitlet om primærhelsetjenesten er meget godt og beroliger en frelst

primærlege. De nyeste synspunktene omhandler samfunnsmedisinerens rolle. Det er å ta for hardt i når en vil sikre at samfunnsmedisinsk kompetanse får avgjørende innflytelse på den lokale samfunnsplanlegging. En bør ikke sikte høyere enn at samfunnsmedisineren skal være en premissleverandør som er sikret å få fremmet sine kunnskaper og synspunkter på en forsvarlig måte for de besluttede myndigheter.

Betydningen av samarbeid med ulike instanser understrekes med nye elementer. Det foreslås opprettet egne utvalg i hvert fylke som skal bidra til et formalisert samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten. Systematisk samarbeid bør også etableres mellom primærhelsetjenesten i kommunen og helsetjenesten ved berørte bedrifter.

Legeforeningens hefte kan trygt anbefales og bør stå høyt på alle legers prioriteringsliste over hva som skal leses de kommende tre måneder. □

*Kommunelege I Petter Øgar,
6790 Hornindal*

Litteratur

1. Den norske lægeforening. Fra medisinsk kunnskap til bedre helse. Organisering og finansiering av helse-tjenester. Den norske lægeforening, 1994.
2. Kommunenes Sentralforbund. Helsepolitisk plattform. Med fem led-sagende temahefter. Kommuneforlaget, 1994.



To roser

Det kom til mitt bord to roser,
to halvprotne roser i stad.
Eg sit her og ser på dei baa
og blir så forunderleg glad.

To halvopne, kviskrende munnar
som lovar så halvt og halvt
at enna er inkje til endes
og enno kan hende meg alt.

Og røyster eg trudde var tagna
for alltid i sjølve meg
svarer i undring og jubel:
Ja enno kan alle ting skje!

Haldis Moren Vesaaas

ABORT?

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

Ta kontakt med AAN-rådgivningskontor for gravide.

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

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



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

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

Kvalitetssikring – hva kan edb bidra med?

Et forsøk på videreutvikling av NSAM's handlingsprogrammer

Tekst: Jostein Holmen,
Irene Hetlevik
og Hege M. Iversen

Det er gjentatte ganger dokumentert at kvaliteten av omsorgen for pasienter med diabetes og hypertensjon ikke er god nok. Det er lagt ned betydelig arbeid for å utarbeide retningslinjer for omsorgen for disse pasientgruppene gjennom NSAM's handlingsprogrammer. Men selv om det foreligger faglige retningslinjer, vet vi at dette ikke er nok for at behandlingskvaliteten skal bli god nok. Mange leser ikke eller bruker ikke handlingsprogrammene, og selv for de som setter seg inn i de anbefalte rutineene, er det i en travel hverdag langt mellom liv og lære. Dette gjelder oss alle.

Det er tidligere prøvd ulike former for skjemaer, ekstra journalark osv. for å sikre at rutineene blir fulgt. Dette medfører ofte ekstra papirarbeid, og har aldri fått stor utbredelse. Derimot har stadig flere leger tatt i bruk edb-journaler. Kan edb-teknikken bidra til å sikre behandlingskvaliteten for disse pasientgruppene?

Mulighetene ved edb:

Når en først har en edb-journal på kontoret, gir dette flere fordeler: PC'en brukes ved hver konsultasjon og er aldri langt unna. Edb-programmer er logiske og konsekvente. NSAM's handlingsprogrammer er i stor grad oppbygd med faste elementer som anamne-

se, laboratorieundersøkelser, kliniske undersøkelser, livsstilsveiledning, medikamentell behandling og kontrollrutiner. I utgangspunktet skulle edb-teknikken være egnet for å systematisere disse veiledningene.

Vi tenker oss tre nivåer der edb-teknikken kan utnyttes i kvalitetssikringen:

- 1) Lettere tilgang på tekstversjonen
- 2) «Edb-skjema»
- 3) et beslutningsstøtteprogram

1. Tekstversjonen: NSAM's blodtrykksprogram er utarbeidet i en hypertekstversjon. Det betyr at teksten i handlingsprogrammet lett kan gjøres tilgjengelig på PC-skjermen. Ut fra forhåndsinnlagte søkemuligheter kan en lett «klikke seg» mellom ulike avsnitt eller emner i handlingsprogrammet. Hypertekstversjonen er utarbeidet i samarbeid med InfoTech AS med støtte av Kvalitetssikringsfondet og er tilgjengelig på diskett.

2. «Edb-skjema»: Hypertonigruppen i Trondheim har laget en hypertoni-journal som allerede er inkludert i ProfDoc-journalen. Denne hypertoni-journalen består av et oversiktsskjema som gir oversikt over anbefalte rutiner, særlig laboratorieprøver og blodtrykksverdier. Fordelen er at en lett kan se hvilke rutiner som bør gjøres, og oppdage hva som er avglemt.

3. Beslutningsstøtteprogram: Dette er et større program som utnytter logistikken i edb-programmet mer konsekvent. Vi har integrert

NSAM's handlingsprogram for høyt blodtrykk og diabetes og kalt programmet «NSAM's edb-støtte». Vi har også inkludert hyperkolesterolemi, slik at inngangen til programmet kan enten være høyt blodtrykk, høy blodglukose eller høyt kolesterol. Ved hver konsultasjon legges inn rutinedata i journalen, f.eks. blodtrykk, blodglukose eller kolesterol. Dersom disse verdiene overstiger bestemte grenser ut fra pasientens kjønn og alder, får legen anbefalinger om å gå inn i NSAM's edb-støtte. Legen får da anbefaling om neste trinn, f.eks. ny standardisert blodtrykksmåling, og hvilke laboratorieundersøkelser, anamnesticke opplysninger og kliniske undersøkelser som bør gjøres. I løpet av de neste konsultasjonene kan legen ut fra disse opplysningene få anbefaling f.eks. om hvilke livsstilsendringer som er viktigst, og det kan tas utskrifter med personlig veiledning til pasienten. Legen kan også få anbefaling om å starte medikamentell behandling, og om det er spesielle indikasjoner eller kontraindikasjoner for enkelte medikamenttyper ut fra opplysningene i journalen. Legen får videre anbefalinger om hvilke rutiner som bør følges ved hver kontroll, og får påminning dersom noen av de anbefalte rutineene ikke er fulgt, f.eks. riktig mansjett-type ved blodtrykksmåling eller dersom noen undersøkelser er glemt eller utelatt. Programmet rydder aktuelle journalopplysninger effektivt, og setter opp statusrapporter og kronologiske oversikter etter behov. Både lege og

pasient kan lett følge f.eks. blodtrykksverdier og laboratorieverdier, og også ha oversikt over hva som er gjort av undersøkelser til enhver tid.

For at beslutningsstøtteprogrammet skal fungere, må to avgjørende hensyn ivaretas: For det første må det være så lett å bruke i daglig praksis at terskelen for å gå inn i det ikke er for høy. Programmet bør oppfattes som en hjelp og støtte slik at legen ved hver konsultasjon der problemstillingen er aktuell, føler behov for å bruke programmet. Et annet hovedmål er at legen på alle punkter skal kunne overstyre edb-programmet. Det er legen som med sin kunnskapsbak-

grunn og sitt kliniske skjønn skal styre beslutningsprosessen og behandlingen. Det er altså ikke edb-programmet som skal styre legen, men edb-programmet skal være et praktisk verktøy i kvalitets-sikringen.

NSAM's edb-støtte er utviklet i samarbeid mellom Samfunnsmedisinsk forskningssenter (Folkehelse) i Verdal og InfoTech AS med støtte av Kvalitetssikringsfondet. Programmet som er implementert i Profdoc-journalen, er enda på utprøvningsstadiet, og det skal nå evalueres. Kvalitetssikringsfondet har gitt støtte til den videre evalueringen, og Irene Hetlevik er engasjert som prosjektleder.

Konklusjon

Til tross for at vi har faglige retningslinjer for behandling av hypertonicere og diabetikere, tror vi det er nødvendig å tenke nytt for å bedre omsorgen. Kanskje kan edb-teknikken utnyttes i dette kvalitetssikringsarbeidet. Vi er avhengige av nært samarbeid med leverandører av edb-journaler, og slike tilleggsprogrammer må integreres med de edb-journalene som brukes til daglig. Likevel er det viktig at en ikke blir for opptatt av edb-teknikken og PC-skjermen, men husker på at det er pasienten som skal behandles og legens kliniske skjønn og sunne fornuft som skal styre behandlingen. □

Fortsatt fra side 198.

flere. Jeg har min trening og erfaring med Cyriax-metoden og ikke i manuell terapi. Derfor dreier artikkelen seg hovedsakelig om min bruk av metoden i allmennpraksis. Det var ikke hensikten å sette opp forskjellige metoder mot hverandre slik kritikken forsøker å gjøre det til. Derfor ble andre metoder enn Cyriax nevnt kort, men likevel fikk manuell terapi større plass enn andre metoder. Det er ikke mulig å beskrive de forskjellige metodene i detalj av plassmessige hensyn. Jeg kan ikke se dekning for påstanden om at Cyriax fremstilles som den eneste saliggjørende metoden.

Siden Cyriax-prinsippene er en del av pensumet deres, understrekes også at metoden er god. Jeg har jo selv nevnt i artikkelen at ikke alle som bruker Cyriax utøver hans manipulasjonsmetoder, men benytter seg av andre teknikker f.eks. undersøkelses- og injeksjonsteknikker.

Kritikk av manipulasjonsmetoder benyttet av Cyriax er ikke av ny dato. Den har eksistert så lenge metoden har det. Cyriax kritiserer osteoterapi, kiropraktikk og lig-

nende manipulasjonsmetoder. Han mente at disse var farligere enn hans metoder fordi (manuell) traksjon ikke benyttes samtidig. Dette er en vedvarende diskusjon som jeg ikke ønsker å begi meg inn på. Men det skal bemerkes at det gjenstår å se en dobbelt blind undersøkelse som bekrefter at manipulasjon utført av manuelle terapeuter er så spesifikk med hensyn til hvilke anatomiske strukturer som involveres som manuelle terapeutene hevder. Jeg har ikke påstått at alle problemer i columna skyldes dysfunksjon i bueleddene, men at det er hovedpillaren i filosofien. Det er også poengtert i artikkelen at etterhvert som en får større kunnskap, nærmer definisjonene fra forskjellige skoler seg hverandre.

Som nevnt ovenfor er det ikke alle som lærer seg Cyriax-metoder som praktiserer manipulasjon. Cyriax er mer enn manipulasjonsteknikker, bl.a. en god og velprøvd undersøkelsesmetode. Ønsker en å manipulere, må en skaffe seg gode kunnskaper i emnet bl.a. hva som er indikasjoner/kontraindikasjoner. Om det har skjedd uhell kan ikke det nødvendigvis legges metoden til last. Det kan like godt skyl-

des mangler hos utøveren. I litteraturen om muskel-skjelettproblemer framstår Cyriax metode som en god, systematisk og problem-løsende, diagnostisk metode. Det anbefales at leger i allmennpraksis bør tilegne seg denne undersøkelsesmetoden.

Jeg har ikke vært i kontakt med fysioterapeuter som holder kurs i Cyriax-metoder og visste heller ikke noe om at en annonse om et Cyriax-kurs ville stå i samme nummer av Utposten som min artikkel. Det er redaksjonen som har tatt inn annonsen. Min kunnskap om denne kursvirksomheten stammer fra annonser i Tidsskrift for den Norske Lægeforening.

Satya P. Sharma
Ulriksdal 8C
5009 Bergen

Annonsen om kurs i ortopedisk medisin etter Cyriax's metode som stod i tilslutning til Satya P. Sharmas artikkel i nr. 3/94 er tatt inn av redaksjonen. Sharma kjente ikke til at denne annonsen ville stå i Utposten.

Redaksjonen



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=cmail

A=telex C=no

Statistikkprogram for allmennpraksis

Det er etter kvart blitt mange kolleger i allmenn- og samfunnsmedisin som prøver seg med små og større forskningsoppgaver ved hjelp av medisinsk statistisk metode.

Der er mange vakre statistiske programpakker å få kjøpt. Men dei kostar pengar og delvis krevst det sterke og nye og dyre maskiner.

Før ein går til kostbare innkjøp, kan det vera lurt å prøva det som er å få gratis, eller nesten gratis. Program som kan kjørast på rimelege, gamaldagse maskiner utan brikjande fargar eller påhengd gnagar. Eg skal kort nemna nokre slike gratispakker som eg kjenner til.

Statistiske tester

STATMED. Ei samling elementære tester – Student's t-test, chi-kvadrat-test og så vidare. STATMED høver best til mindre studier, då data må leggjast inn på ny for kvar test. Der er ei handbok på norsk, men programtekstane er på engelsk. Programma er av norsk fabrikk. Dei blir utsendt i BASIC, slik at maskina må ha ein BASIC-oversetjar klar når programma skal kjørast. Men dette er lett å få tak i, om det ikkje alt ligg på maskina. Skriv til:

*Nycomed Pharma AS
Lillogt. 3
Postboks 4248 Thorshov
N-0401 Oslo
Norway*

PRAKSTAT. Ei dansk program-samling som liknar noko på STATMED, men er større og med meir forklårande tekst. Den er å få med dansk og med engelsk tekst. Skriv til:

*Dr. Frede Olsen
Institut for Almen medicin
Aarhus Uneversitet
DK – 8000 Århus C
Danmark*

Val av statistisk metode

STATCON. Amerikansk program som er sett saman på grunnlag av ei bok. Dersom programmet gir meirsmak, kan ein tinga boka. Ved siden av dei velkjende testmetodene som Student's t-test og chi-kvadrat-test nemner programmet mange tester som ein ikkje så ofte ser i bruk. Kanskje noko for den som vil gjera inntrykk på ein tidskrift-sensor? Skriv til:

*Softline
Pb. 587 Heddal
N-3671 Notodden
Norway*

Bearbeiding av større datamengder

EPI INFO. Ei statistisk pakke som WHO står bak, og som løyser dei fleste problem ved større prosjekt av medisinsk statistisk og epidemiologisk karakter. Den byr på fullverdige verktøy til dataregistrering, tabulering og analyse. Tilsvarande

funksjonar i eit kjøpeprogram ville kosta mange tusen kroner. Norske entusiastar har gått i gang med eit «agentur».

*Dr. Vegard Høgli
Pb. 730 Hjellen
3703 Skien*

Utrekning av studiestorleik

Både STATMED og PRAKSTAT har program for slik utrekning, i tilfelle der studien er basert på «teljedata» og fører til statistikk av typen prosent – insidens – prevalens. Eg har sjølv skriva to program for dette føremålet: SSD (Study Size Determination) og PAS (Power Assessment by Simulation).

Programmet SSD utfører slike reknestykke også for studier der det blir samla inn måledata. Ved hjelp av simuleringsprogrammet PAS kan ein finne studiestorleiken med større presisjon enn før, og løysa visse problem som gjeld val av metode. Tekstar og dokumentasjon er på engelsk. Skriv til:

*Egil Henrik Lehmann
Kirkegt. 188
5500 Haugesund*

Alle desse programma kan kjørast på gamaldagse DOS-maskiner. Programma er lette å bruka, det er stort sett «tut og kjø», bortsett fra EPI INFO, som krevst noko meir. Programma kan fritt kopierast, slik at eg kan ta på meg å laga ein kopi

og senda, dersom det trengst i ei snarvending.

Det hadde vore nyttig om andre som visste om billig eller gratis programvare til medisinsk bruk ville skriva om det i Utpostens EDB-spalte.

Påtenkt programpakke

EPI INFO, høver svært godt for analyser av relativt store studiar. Men bruken av EPI INFO er såpass omstendeleg at eg har sakna ein noko enklare «pakke» til bruk ved småprosjekt. Det vil seia, studiar med opp til 15–20 variable og opp til 500–600 undersøkte individ, og der det ikkje er bruk for kopling til andre filer eller innsamling av data for same individ fleire gonger. Den slags studiar som studentar og fritidsforskarar (som meg sjølv) ofte går i gang med.

Eg kunne ha hug å laga nokre slike program, dersom der var einkvan som hadde materiale å analysera, slik at programma kunne bli utprøvd i praksis etter kvart.

Skriv til underteikna, billett merkt «Lomme-epi-info». Bilete trengst ikkje, det er dei indre kvalitetar som tel. Alle for svar.

*Egil Henrik Lehmann
Adresse kommer*

Fra Kang N. Nguyen ved institutt for farmakoterapi, Universitetet i Oslo har vi mottatt følgende melding som vi vil orientere Utpostens lesere og EDB-interesserte om:

«Jeg har startet en distribusjonsliste (elektronisk mailing list) om farmakoterapi. Hensikten er å få et forum der helsepersonell kan utveksle idéer, meninger og informasjon knyttet til medikamentell behandling i Norge/Norden. Brukergruppen består av leger, tannleger og farmasøyer, men annet helsepersonell er også velkommen.»

Hvordan sende en melding?

Ønsker du å sende en melding til hele gruppen, skriv elektronisk post til:
farmakoterapi@ioks.uio.no

Ønsker du å melde deg inn i gruppen slik at du kan få meldinger til E-posten din, skriv til distribusjonslistens moderator:
k.n.nguyen@ioks.uio.no

Bruk samme adresse også når du vil melde deg ut av gruppen.

*Oslo 28/5-94
Khang N. Nguyen
Pb 1065 Blindern
0316 Oslo
Tlf.: 22 11 90 06
Fax: 22 11 90 13*

«Solstrandfondet» Forskningsfond for allmennpraktiserende leger på Vestlandet

Fondet ble etablert 6/2-92 ved en avtale mellom APLF og Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Fondet kan yte støtte til allmennmedisinsk forskning på Vestlandet. Støtten gis som refusjon av konkrete utgifter i forbindelse med forskningsprosjektet, og som ikke er dekket på annen måte. Det gis ikke generell prosjektstøtte, heller ikke støtte til studieopphold eller kongressreiser.

Fondsstyret gjør oppmerksom på at forskningsfondets midler er begrensede. For 1994 kan totalt utdeles ca. 9 000 kr.

Søknad om tilskott sendes Fondsstyret, «Solstrandfondet», Seksjon for allmennmedisin, Ulriksdal 8c, 5009 Bergen, sammen med en kort prosjektbeskrivelse og angivelse av utgiftens art og bakgrunn.

Søknadsfrist 15/10-94. Søknaden skal være på én side.

*For fondsstyret
Hogne Sandvik*

Fra Hiroshima til Haag

Atomvåpen, helse og miljø

Tekst: Hege Raastad



Hege Raastad, styremedlem i NLA siden 1990. Cand. med 1991, Tromsø. Kommunelege II i Vågan, Lofoten fra 1993.

I august er det 49 år siden atombomber ble sprengt i Hiroshima og Nagasaki.

Kjemiske (1) og biologiske (2) våpen er forbudt ved internasjonal lov.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har erklært at kjernefysiske våpen er den største trussel mot menneskenes helse og overlevelse. I WHO's rapport «Effects of Nuclear War on Health and Health Services» (1987) konkluderes det slik:

«... Therefore the only approach to the treatment of health effects of nuclear warfare is primary prevention, that is, the prevention of nuclear war.»

World Health Assembly vedtok i mai 1993 å be den Internasjonale

Domstolen i Haag å vurdere følgende spørsmål:

«In the view of the health and environmental effects, would the use of nuclear weapons by a state in war or other armed conflict be a breach of its obligations under international law including the WHO Constitution?»

Til tross for voldsomt press fra kjernevåpenstatene under behandlingen, ble stemmeresultatet 73 for, 40 mot, 10 avholdende.

Statens helsetilsyn og regjeringen

Det er Helsedirektøren som er norsk delegat til Verdens helseorganisasjons assembly-møter.

Internasjonal rådgiver i Statens helsetilsyn, Per Wium, kan fortelle at delegasjonen til Helseforsamlingen fikk klar beskjed fra Utenriksdepartementet om å stemme imot forslaget i denne «utenrikspolitisk ladete» saken. Han kan



bekreftede at delegasjonen merket presset fra USA. Norske Leger mot Atomkrig har et godt samarbeid med Statens helsetilsyn. Det var hemmelig avstemning.

Alle FN's medlemsnasjoner fikk spørsmålet til høring på sensommeren 1993. Høringsfristen var 10. juni 1994.

I sin høringsuttalelse datert 10/6/94 unngår Regjeringen helt å si noe om kjernevåpen og folkeretten, men vektlegger viktigheten av «forhandlinger og avtaler» og at slike avtaler «må omfatte sikre og strenge verifikasjons- og kontrolltiltak» osv.

Regjeringen tekkes på denne måten atommaktene – men svikter bl.a. sine sosialdemokratiske



kolleger i Sverige, Tyskland, New Zealand og Irland som har gått sterkt inn for å få kjent atomvåpnene ulovlige i Haag.

I Sverige påla alle partiene i Riksdagen, med unntak av Moderaterna; den svenske regjeringen å gi en uttalelse til Haag som uttrykker at bruk av kjernevåpen er folkerettsstridig.

Statens Helsetilsyn var klar til å avgi den medisinsk-faglige delen av den norske høringsuttalelsen.

Saken var oppe i Stortingets spørretime 20. april Utenriksministeren, Grete Knutsen i Godals fravær, sa bl. a.: « Dette er først og fremst et politisk spørsmål. Et rettslig forbud vil ikke fjerne våpnene, vi kan ikke være sikre på at et forbud blir etterlevd.» Knutsen nærer en spesiell frykt for «de land som har evne til å utvikle kjernevåpen og som står utenfor det avtaleverk som i dag finnes». M.a.o. det avtaleverk som har gitt atommaktenes produksjon av 50000 kjernefysiske stridhoder og over 2000 kjernefysiske prøvesprengninger et skinn av lovlig anstendighet.

WHO har studert og dokumentert skadene på helse og miljø ved kjernefysiske sprengninger. WHO har selv skrevet et samlet sakfremlegg (A 46.30) om disse forholdene.

Bruk av masseutryddelsesvåpen er, direkte eller indirekte, fordømt gjennom FN-paktens artikkel 2.4, gjentatte resolusjoner i FNs generalforsamling og en rekke internasjonale konvensjoner om krigføring gjennom de siste 100 år.

Ikke-spredningavtalen (NPT) utløper i 1995. START II og forhandlingene frem mot bindende prøvesprengnings-stans (CTBT) er viktige skritt på veien mot atomvåpenfri verden. Men hvis dette arbeidet ikke støttes opp av en folkerettslig kjennelse av at bruk av atomvåpen er forbudt, blir disse avtalene stående som rasjonaliseringer og konsolideringer av atommaktenes kjernevåpen strategi.

Den norske regjering har gjen-

tatte ganger erklært at en atomvåpenfri verden er et mål den arbeider frem mot. Troverdigheten i denne erklæringen må det nå være lov å stille spørsmålsteget ved.

Er atomvåpen noe å bry seg om?

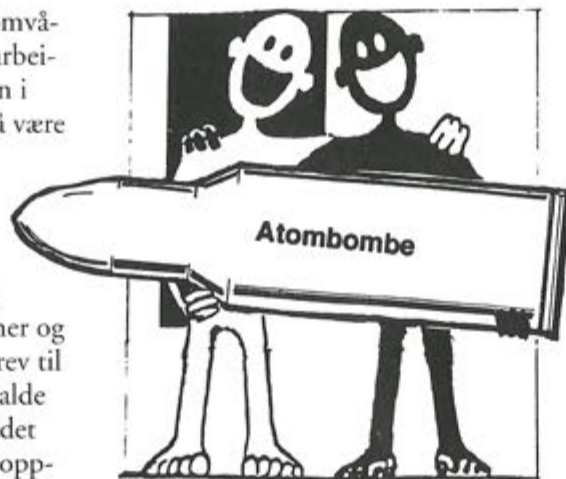
Norske Leger mot Atomkrig fikk i 1993 40 nye medlemmer og 46 meldte seg ut. Enkelte skrev til oss og fortalte at siden den kalde krigen er over, anser de arbeidet som Leger mot Atomkrig er opp-tatt av som mindre viktig.

Men...

- Hva med spredningsfaren av atomvåpen til kanskje 20 land?
- Hva med situasjonen i tidligere Sovjet?
- Hva med Sør-Asia, Korea-halvøya, prøvesprengningene i Kina?
- Hva med de enorme mengdene plutonium?
- Hva med helseskadene etter prøvesprengningene?
- Hva med våpenutviklingen?
- Hva med lovligheten av bruk av atomvåpen?
- Hva med nyoppstarting av gjenvinningsanlegg for plutonium i England?
- Hva med konsekvensene for helse og miljø?

NLA & IPPNW

Norske Leger mot Atomkrig, NLA, den norske avdelingen av International Physicians for the Prevention of Nuclear War, har ca. 1200 medlem-



mer og stadig økende aktivitetsnivå. IPPNW har avdelinger i 80 nasjoner verden over.

IPPNW har stor kunnskap og verdensomspennende nettverk for informasjonsspredning og påvirkningsmulighet.

Litteraturhenvisning:

- (1) Konvensjonen om forbud mot utvikling, produksjon, lagring og bruk av kjemiske våpen samt påbud om destruksjon av eksisterende lagre (CWC) undertegnet av 128 land i 1993
- (2) Geneve-konvensjonen av 1925 med utvidelse i 1972 om forbud mot utvikling, produksjon, lagring og bruk av bakteriologiske og toksiske våpen

*Hege Raastad
Markveien 31
8310 Kabelvåg*

Jeg er interessert i

Mer informasjon om NLA.
Medlemskap kr. 250,- pr år

Jeg ønsker å kjøpe informasjonsmateriell:

boken «Radioactive Heaven and Earth:
The Health and Environmental Effects of Nuclear Weapons Testing in,
on and above the Earth» 1991 (kr. 150,-)
boken «Plutonium – Deadly Gold of the Nuclear Age» 1993 (kr.150)

*Sendes: NLA, Kapteinveien 43, 9014 TROMSØ
Tlf. 77670525 FAX 77676087*

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 innh.: Budesonid, 100 µg resp. 200 µg et 400 µg. **Egenskaper:** Ved bruk av pulverinhalator (Turbuhaler) oppnås lokal effekt. Preparatet inneholder rent budesonid, dvs. ingen hjelpestoffer eller drivgasser. Absorpsjon: Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absorberes derfra. Maks. plasmakonsentrasjon etter inhalasjon av 1 mg budesonid er ca. 3,5 nmol/l og nås etter ca. 20 min. En enkelt dose på 100-1600 µg har en virketid på 10-12 timer. **Metabolisme:** Ca. 90% av dosen som når systemisk kretslopp 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 nervøsitet, 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, øksem, 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/amming:** 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. **Barn ≥ 6 år:** 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Forsiktighet utvises ved doser på 800 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 exacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugg. **Vedlikeholdelse:** 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 prednisonol (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 spytte ut etter hver dosering. **Pakninger og priser:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 330,90. 200 µg/dose: 200 doser kr. 543,70. 400 µg/dose: 50 doser kr. 307,10. 200 doser kr. 926,70. (01.08.94)

T: 2, 30

BRICANYL TURBUHALER "DRACO"

Adrenergikum

ATC-nr.: R03A C03

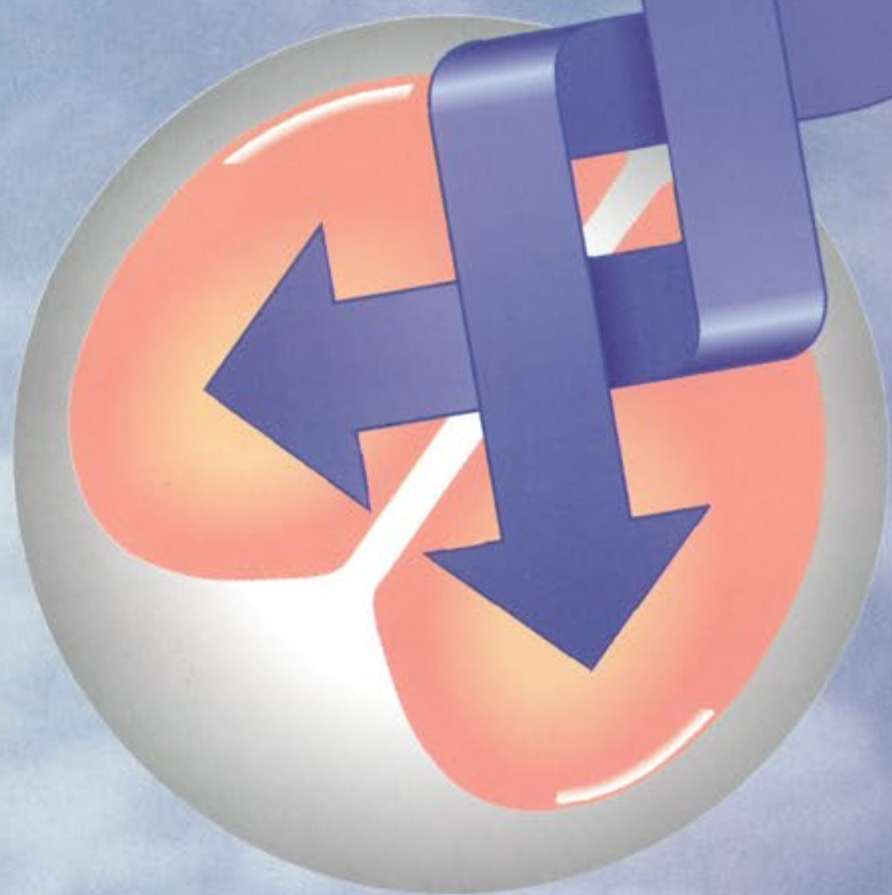
INHALASJONSPULVER 0,25 mg/dose og 0,5 mg/dose: Bricanyl Turbuhaler. Hver dose innh.: Terbutalin-sulf. 0,25 mg resp. 0,5 mg. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Selektiv beta₂-stimulator. **Virkningsmekanisme:** Virker i terapeutiske doser hovedsakelig på beta₂-reseptorene i bronkialmuskulaturen. Øker nedsett 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-angrep. **Absorpsjon:** Ca. 20-30% av tilført dose deponeres i lungene ved normal inhalasjonsastighet. **Indikasjoner:** Bronkospasme ved bronkialastma, kronisk bronkitt, emfysem og andre lungesykdommer hvor bronkokonstriksjon er en kompliserende faktor. Sekretstagnasjon grunnet nedsett mucociliar transport som f.eks. ved kronisk bronkitt og cystisk fibrose. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor noen av innholdstoffene. **Bivirkninger:** Tremor og palpitasjoner, spontant reversibel i løpet av 1-2 ukers behandling. Etter bruk av inhalasjonsaerosol/inhalasjonsvæske er bronkospasmer sett i sjeldne tilfelle. Dette er ikke observert etter bruk av Turbuhaler. **Urtikaria** og eksantem kan forekomme. Pga. inhalasjonsaerosolens innhold av freoner som drivgasser, har man hos noen pasienter sett et fall i FEV1 umiddelbart etter doseinntak. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med ukontrollert hypertensjon. 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. Hypertrofisk kardiomyopati. Ved all inhalasjonssterapi 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 astma-angrep ikke må utsette starten av annen viktig terapi. **Graviditet/Amming:** **Overgang i placenta:** Ingen teratogen effekt er påvist i dyreforsøk. Generell forsiktighet i første trimester anbefales. **Overgang i morsmelk:** Passerer over i morsmelk, men noen effekt på barnet er lite sannsynlig ved bruk av terapeutiske doser. **Interaksjoner:** Betablokkere, fremfor alt ikke-selektive, kan redusere eller helt oppheve effekten av 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. dogn. **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. dogn. **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. dogn. **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. dogn. **Overdosering/Forgiftning:** Mulige symptomer: Hodepine, uro, tremor, toniske muskelskramper, 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 bronkospasmodisk effekt er ønskelig. **Alvorlige tilfeller:** Magenømming, aktivt kull. Bestem syre-base balansen, blodsukker og elektrolytter. Hjerterefleksrytme og -trykk monitoreres. Metabolske forandringer korrigeres. En kardioselektiv betablokker (f.eks. metoprolol) anbefales til arytmi-behandlingen. Betablokkere bør brukes med forsiktighet pga. muligheten for å inducere 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 128,80. 0,5 mg: 200 doser kr 190,90. (01.08.94)

T: 2, 30

ASTRA

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