

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 3

1986

ARGANG 15

Instruks for lægen.

§ 1.

Lægen leder hjemmets daglige drift.

Han utfører den fornødne lægegjerning og fører de nødvendige journaler og protokoller angående de syke samt foretar de forskrevne anmeldelser til vedkommende helserådsordfører.

Han passer, at hjemmets reglement overholdes.

§ 2.

Lægen tilser hjemmet minst 2 ganger ukentlig og skal som regel undersøke hver patient 1 gang månedlig.

§ 3.

Lægen bestemmer, hvem der skal optas og utskrives. Han har å påse at alle garantier er i orden.

§ 4.

Lægen har rett til å gjøre mindre anskaffelser, mens større sådanne skal forelegges styret til avgjørelse. Han har attestasjonsplikt likeoverfor de av ham foretatte anskaffelser.

§ 5.

Lægen er berettiget til å delta i styrets forhandlinger dog uten stemmeret.

§ 6.

Lægen avgjør tvistigheter, som måtte opstå innen hjemmet. Hans avgjørelse kan kreves forelagt styret.

Denne instruks approberes for de tuberkulose hjem innen nærværende fylke som modtar tuberkulose syke til offentlig forpleining i henhold til tuberkuloselovens § 6, jfr. § 13.

Sor-Trøndelag fylke, den 24. februar 1930.

Odd Klingenberg.

Les om essaykonkurransen på 2. omslagsside!

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG
SAMFUNNSMEDISIN

Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S
9652.63.00111

Ola Lilleholt
Distriktslegekontoret
6657 Rindal
Tlf. kont. 073. 65 217
Tlf. priv. 073. 65 125

Magne Nylenna
Inst. for Almenmedisin
Fr. Stangsgt. 11/13
0264 Oslo 2
Tlf. kont. 02. 55 92 10
Tlf. priv. 02. 87 11 93

Prode Heian
Tingvoll Helsecenter
6630 Tingvoll
Tlf. kont. 073. 31 100
Tlf. priv. 073. 31 437

Øystein Pedersen
Distriktslegekontoret
6400 Molde
Tlf. kont. 072. 55 036
Tlf. priv. 072. 51 066

Jon Hilmar Iversen
Distriktslegekontoret
6490 Eide
Tlf. kont. 072. 96 361
Tlf. priv. 072. 96 387

Abonnement: Kr. 110,- pr år. Enkeltnummer kr. 20,-. Layout: Ulset form & profil. Trykk: ST-Trykk A/S, 7300 Orkanger.

essaykonkurransen

UTPOSTENS første essaykonkurranse var en suksess.

Oppslutningen var god og de innsendte bidragene av høy kvalitet, som leserne har fått bekreftet av presentasjonene i UTPOSTEN.

Denne gode erfaringen inspirerte redaksjonen til å utlyse en essaykonkurranse også for -86.

Oppslutningen denne gang har vært mer moderat.

Det er minst to mulige forklaringer på dette:

1. Den forrige konkurransen utløste øyeblikkelig det som lå latent av egnede tanker så bearbeidde at de kom på papiret, og levnet lite stoff til en ny runde.

2. De gode, solide og ikke minst lange bidragene sist har tatt motet fra spirende essayister denne gang.

Vi holder på den siste forklaringen. Det motsatte er usannsynlig og ville dessuten være et nederlag for norsk almenmedisin. Det er mange uskrevne tanker i norsk almenmedisin ennå, og stadig nye fødes. UTPOSTEN har tatt på seg å være ett av veksthusene for disse tankene.

I ukuelig optimisme håper vi på godt klima (ikke dermed sagt innevær) for skrivende virksomhet og

UTSEPPER FRISTEN FOR
INNLEVERING TIL 25.8.86.

Ta pennen fatt, kjære kolleger. Et essay kan også være kortere enn dem vi har presentert, og det høye nivået som nødvendigvis måtte prege 1. runde må ikke skremme fra å bidra til å la de hundre blomster blomstre.



Nr 3 1986

INNHOOLD:

Anders Bærheim:

Hypnosebehandling av astma i almenpraksis s. 74

Odd Winge:

Nærradio, et spennende medium for helseopplysning s. 77

Legeforeninga på offensiven?

Helseseminar på Soria Moria s. 78

NSAMs spalter s. 80

Ole Mathis Hætta og Pål Kippenes: Primærhelsetjeneste i U-land s. 82

Bård Ingegerdson Freberg: Serumelektroforese i almenpraksis s. 88

Øyvind Bekkehus:

Rapport fra en trimring med en kondisjonsundersøkelse s. 92

Eirik Ekker Solberg:

På laget mot narkotika s. 95

Brev til Peter Hegglov 98

Bokanmeldelser s. 82 og 98

AND WHO'LL TAKE THE HI' ROAD ? AND WHO'LL TAKE THE LO' ROAD ?

Målet vårt er altså helse for alle i år 2000. For Europa har WHO modifisert dette dithen at det er ulikhetene i helsestatus både mellom land og folkegrupper innen hvert land skal reduseres med minst 25 %. Sjel om vi er enige om målet, så er det er vel ingen som på alvor tror at vi når fram.

Det følgende er noen private tanker om veivalget vesentlig inspirert av en ny publikasjon fra en serie storstilte forsøk utført av Rand Corporation i samarbeide med University of California (1). Fra midten av 1970-åra har de gjennomført randomiserte, kontrollerte forsøk med forskjellige helsetjenestetilbud og måter å finansiere disse på. Forsøket har omfattet ca. 2000 familier og 1200 "kontrollfamilier". Familiene som inngikk i forsøket ble fordelt til 16 forskjellige typer tilbud, halvparten i ca. tre år og og halvparten i ca. 5 år for å se om tidsfaktoren affiserte resultatene. I sin alminnelighet kan en si at ingen skulle bruke mer enn 15% av inntekta på helsetjenester, men under dette taket var det mange forskjellige mønstre. En del av familiene var tilmeldt "health maintenance organisations" (HMOs), dvs. de betalte et fast beløp på forskudd for det de mottok av helsetjenester.

10 år og ca. 100 millioner dollar senere er det kommet en serie publikasjoner fra prosjektet (2,3,4,5,6). Mange av funna er nokså trivielle:

Det var en direkte sammenheng mellom prisen på tjenestene og forbruket. Gratis tjenester medførte øket antall konsultasjoner, spesialistundersøkelser og innleggelse. Familiene som hadde gratis tilbud brukte også øyeblikkelig hjelp tilbud 40% mer enn de som måtte betale. Effektene på helse var beskjedne. For pasienter med redusert syn og for

pasienter med lav inntekt og høyt blodtrykk medførte gratis tjenester bedre status ved slutten av forsøksperioden. Det var ikke signifikant effekt på 8 andre parametre relatert til helsestatus og helsevaner. HMOs viste seg å være betydelig mer cost-effektive enn ordninger der pasientene betalte for tjenestene. HMOs kostet alt i alt 25% mindre, vesentlig fordi deres forbruk av innleggelse var 40% lavere enn i gruppen av betalende. Familier i HMOs hadde imidlertid like mange kontakter med helsetjenesta, bl.a. fordi de hadde flere konsultasjoner av forebyggende karakter.

Denne nyeste publikasjonen fra prosjektet forsøker å besvare spørsmålet om endelig helsestatus er best hos dem som er tilmeldt en forutbetalt HMO eller hos dem som betaler helsetjenestene etter hvert. Og her er det et interessant mønster:

1. For dem med god helse ved starten av forsøket er oppgjørordninga uten betydning. Trolig betyr det at de også har hatt god helse i de aktuelle 3-5 åra slik at det ikke er mulig å registrere effekter av forskjellige tilbud.

2a. De som var "rike" og syke ved forsøket start kom mest gunstig ut ved å melde seg til en HMO.

2b. De som var "fattige" og var i en høyrisk-gruppe gikk det best med om de gikk inn i en ordning med betaling for enkelttjenestene.

3. De fattige i høyrisk-gruppen som ble tilmeldt HMOs kom ut med dårligere helse og øket risiko for død etter eksperimentet.

Det er åpent for alle å søke etter forklaringer på disse funna: Er det slik at de "fattige" ikke vil eller greier å følge opp forebyggende tilbud? Eller har budskapet en slik form

at det ikke blir forstått? Eller er det slik at helsepersonellet i HMOs anstrenger seg mindre overfor "fattige" klienter?

Det er langt fra De Forente Stater til Norge, og vi kan naturligvis avvise disse funna som irrelevante for oss. Men vi vet at også hos oss gjelder naturlova: "En ulykke kommer sjelden alene" eller mer spesifikt for medisinen: "Rik og frisk, syk og fattig". I en brytningstid bør vi merke oss disse funna fra Rand Corporation: kanskje er ikke avstanden så stor fra California til Norge? Veiene framover leder bort fra det fornyerske helsevesen vi har vært i retning av en helsetjeneste som står i en dialog med brukerne.

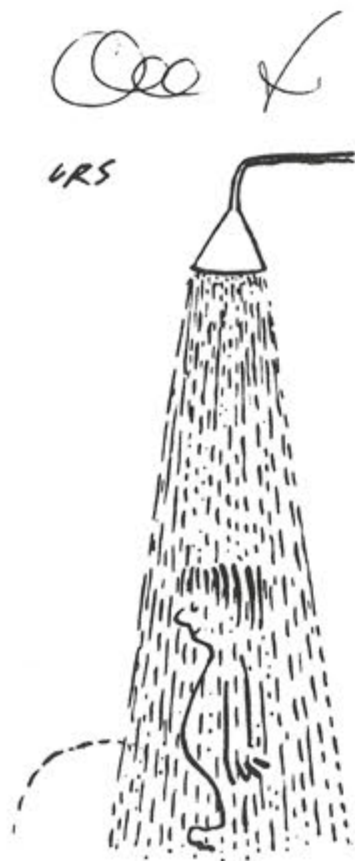
Dersom vi i samsvar med det som er funnet ønsket å høste maksimal helsegevinst av investeringer og driftsutgifter, skulle vi etablere to uavhengige tilbud i primærhelsetjenesta: ett forsikringspreget forebyggende og ett med betaling pr. tjeneste. Det siste har vi allerede etablert.

Private helseentreprenører har etablert HMOs på en del steder i landet. Det kan se ut til at bedriftshelsetjenesta mange steder har tatt mål av seg til å opptre som HMOs. Nå er det viktig at også kommunene og medarbeiderne i kommunehelsetjenesta maktet å legge om kursen og å kanalisere samfunnets innsats og midler til å bygge ut begge de to veiene framover: det vil forde en del omdisponering både av personell og budsjetter. Kanskje har vi etter 1984 i de små og middels store kommunene organisert oss for mye etter tradisjonelle aktiviteter med legeavdeling, heimesjukepleie, helsestøttertjeneste etc. mens vi har glømt en egen avdeling for forebyggende medisin med ansvar for helseopplysning, helsekontroller, miljøarbeide etc. ▶

Her er det ikke plass til å pensle ut detaljer, så jeg runder av med et: "Lykke til på veiene mot år 2000!" og Douglas MacArthurs ord: "I shall return"■

LITTERATUR

1. Ware JE et al. Comparison of health outcomes at a health maintenance organisation with those of fee-for service care. Lancet 1986; I:1017-1022.
2. Newhouse JP et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. N Engl J Med 1981; 305: 1501-07.
3. O'Grady KF, Manning WG, Newhouse JP, Brook RH. The impact of cost sharing on emergency department use. N Engl J Med 1985; 313: 484-490.
4. Brook RH et al. Does free care improve adults' health? N Engl J Med 1983; 309: 1426-34.
5. Valdez RB et al. Consequences of cost-sharing for children's health. Pediatrics 1985; 75: 952-961.
6. Manning WG, Leibowitz A, Goldberg GA, Rogers WH, Newhouse JP. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. N Engl J Med 1984; 310: 1505-1510.



Hypnosebehandling av astma i al

□ Anders Bærheim
kommunelege, 5363 Ågotnes

Hypnose er en behandlingsform som beherskes av snaut 40 norske leger, og kun noen få av disse er almenpraktikere.

Hypnoseindusert transe er en vanskelig definerbar tilstand, preget av på den ene siden en betydelig innsnevret bevissthetstilstand mens det på den andre siden foreligger en øket oppmerksomhet på visse felt. Det er sannsynligvis denne spesifikt økte oppmerksomheten som er grunnlaget for hovedinnfallsporten under hypnose; den økte suggestibiliteten.

Det er ikke vanskelig å indusere transe, og alle kolleger kan i prinsipp lære seg teknikken. Kontraindikasjonene er få, nevnes bør kun to: spesielt jeg-svake, psykotruede eller avhengige, hysterisk pregede personligheter bør ikke tilbys denne behandlingsformen.

Hypnose kan brukes til å skru opp takten innen psykoterapi, men de fleste almenpraktikere vil vel vike tilbake for dette; effekten, men også fallgrubene blir for store.

Hypnose er et meget potent middel i behandlingen av psykosomatiske tilstander av flere grunner. Psykosomatisk pregede (aleksityme) personlighetstyper er, på grunn av nedsatt emosjonell visualiseringsevne, spesielt utsatt for psykosomatiske problemer. Disse vil i hypnose kunne få stimulert sin visuelle fantasi. Resultatet vil kunne være større bredde i den intrapsyke problemløsningen med

andling lmenpraksis

mindre belastning av "målorganet" i kroppen (1).

Mennesker med angst og insuffisiensfølelse vil kunne profitere på egostyrkende induksjoner samt ikke minst på hypnosens generelt avslappende effekt, og store pasientgruppen er svært takknemlig å behandle. Pasienter med enuresis nocturna kan i hypnose instrueres i et treningsopplegg med vekt på mestring. Ikke minst skolebarn utgjør en viktig målgruppe.

Angst er hyppig ved astma som en naturlig ledsager til dyspnoe (2,3). Det er imidlertid vanskelig å påvise entydig at angst er en utløsende årsak til astma (4).

Hypnose vil lett via enkelte induksjoner kunne gi angstdemping. En antar videre at en ved visuelt preget påvirkning i transe kan influere på endel av kroppens funksjoner, hvilket jeg her vil prøve å belyse litt nærmere.

EGNE ERFARINGER

Undertegnede har de siste 3 årene hatt 3 pasienter med astma av en slik alvorlighetsgrad at de i tillegg til optimal medikamentell behandling ble tilbudt behandling i hypnose.

Induksjonsmetoden varierte fra pasient til pasient, slik at den var mest mulig tilpasset den enkeltes personlighet og alder. Etter at transe var oppnådd, ble de tre behandlet likt med suggestjoner om en behagelig avslappet følelse av ro og frihet, samt at pusten var rolig, ubesværet og fri. Dette ble koblet til egostyrkende suggestjoner, og alle tre fikk oppleve en fantasi-sekvens som fokuserte på mestring av en yndlingsaktivitet som ikke

minst ble mestret fordi pasienten og pusten føltes så ufri. Pasienten ble, under hypnose, instruert i at han, i selvhypnose daglig ville gjenoppleve de samme følelser og hendelser som ble opplevd i transen.

KASUISTIKKER

Pas.1: 18 år gammel gutt.

Flere tilfeller av astma og hørsnue på morsiden. 2 søstre har hatt astma. Selv har han hatt infeksjons- og anstrengelsesutløst astma siden 2 års alder. Polyvalent allergi er påvist. Men mot puberteten utviklet han tønneformet brystkasse på tross av optimal medikamentell behandling.

- august 1982 første gang akutt innlagt i lungeavdelinga.

- oktober 1982 på ny akutt innlagt, respiratorbehandlet.

- januar 1983 igjen akutt innlagt, respiratorbehandlet på intensivavdelingen.

Fra mars 1983 fikk han 3 hypnosebehandling. På grunn av uro hjemme greide han ikke å følge opp med selvhypnose. Han er nå i fullt arbeid på et gårdsbruk. Han har ikke vært hospitalisert siden første hypnosebehandling. 31 måneders observasjonstid.

Pas.2: 65 år gammel kvinne.

Astma siden 1960. Hun har i lange perioder hatt et betydelig steroidforbruk, i perioder kontinuerlig. Steroidindusert osteoporose er påvist fra 1970. Fra 1980 antydte Cushing-preg. Eksacerbasjoner stort sett på infeksjonstid.

- 1971 første opphold lungeavdelingen, ambulant behandlet til

- juni 1983. Annet opphold lungeavdelingen.

- fra juli 1983 til februar 1984 7 opphold på lungeavdelingen. I samme tidsrom fikk hun mens hun var hjemme, på grunn av akutte forverrelser, 10 doser aminophyllin i.v. over like mange uker, sist 18/3 1983.

20/3 1983 fikk hun den første av 5 hypnosebehandling. Hun praktiserte selvhypnose i flere måneder, og hun har siden denne datoen ikke vært hospitalisert eller hatt behov for akutt behandlingen hjemme. 30 måneders observasjonstid.

Pas.3: 63 år gammel mann.

Obstruktiv lungelidelse i familien. Hypertensjonsbehandlet siden 1970. Angsproblemer. Astma siden 1977, vesentlig infeksjonstid.

-1981 eneste innleggelse lungeavdelingen. Det ble påvist et betydelig emfysem.

På grunn av angst og stadige småanfall med dyspnoe fikk han desember 1982 fire hypnosebehandling. Han har senere ikke hatt astmatiske plager som han ikke selv har kunnet kupere med selvhypnose. 51 måneders observasjonstid.

KONKLUSJONER

Den dramatiske responsen, særlig i pasient 2, kan synes vanskelig å forklare. Det mest nærliggende er vel å tenke seg at huan var inne i en "ond sirkel" der hennes

angst og luftveienes økte irritabilitet gjensidig holdt tilstanden vedlike. Hypnosebehandlingen kan da ha vært det som brøt denne sirkelen, som fikk henne til å se fremover med mer tro på seg selv og sine evner. Kan trygghet og optimisme dempe bronkialsliminnes irritabilitet?

Eksperimentelle studier på hypnosebehandling av astma er få. Lewis og Tattersfield (5) undersøkte effekten av skrevne instruksjoner i en behandlerblind studie. Instruksjonene var av typen "de neste 5 inhalasjonene inneholder et stoff som får luftveiene til å trekke seg sammen slik at pusten blir pipende. Hver dose blir dobbelt så sterk som den forutgående." Disse antydningene vil nok være angstskapende, men de vil på ikkehypnotiserte mennesker ikke ha den samme dyptløyende effekten som en kunne forvente i transe. Forfatterne fant da heller ingen effekt av instruksjonene.

Thorne og Fisher (6) hypnotiserte 15 astmatikere og 19 friske og lot dem så gå gjennom et program med suggesjoner og vekselvis transe og vide luftveier. Forsøkspersonene ble fulgt med spørreskjemaer og lungefysiologiske parametre. En fant heller ikke her signifikante forandringer av VC eller FEV1 under eller etter hypnoser. Derimot var personers respons (i gradering av ubehag og ved reduksjon i VC og FEV1) økt med evnen til å gå dypt i transe, mens den var lite påvirket av deres anamnese med hensyn på astma.

I en undersøkelsesgruppe fra "The British Tuberculosis Society" (7) ble 127 astmatikere behandlet med hypnose. Kontrollgruppen på 125 astmatikere ble behandlet med pusteevelser og progressiv relaksasjon. I begge gruppene ble pasientene bedre både subjektivt, med hensyn på medikamentforbruk og med hensyn til lungefysiologiske parametre. Kvinnene i hypnosegruppen ble signifikant ($p < 0,05$) bedre enn de kontrollgruppen.

Maher-Loughan (8) gjorde to lignende kontrollerte, randomiserte studier på i alt vel 250 pasienter. Kontrollgruppen fikk også her pusteevelser og progressiv relaksasjon, mens hypnosegruppen i tillegg ble instruert i daglig hjemmebehandling med selvhypnose. Han fikk da signifikant ($p < 0,05$) bedre resultater i hypnosegruppen etter samme parametre som i undersøkelsen nevnt ovenfor.

Sett i sammenheng viser disse artiklene at mens rene, ikkehypnotiske suggesjoner ikke har noen terapeutisk virkning, så øker virkningen med økende bruk av hypnose per se i behandlingen. Således viser Maher-Loughan til de beste resultatene, og han forsterker virkningene av hypnosen med selvhypnose. Poenget med selvhypnose er følgende. Ved enhver hypnosebehandling av denne art står posthypnotiske suggesjoner sentralt. Pasienten får for eksempel vite at "den samme deilig avslappende følelsen som du når har, vil du, stadig sterkere, merke i tiden fremover". Daglig selvhypnose forsterker disse posthypnotiske suggesjonene.

Det finnes et rikholdig utvalg medikamenter til bruk via forskjellige administrasjonsveier for behandling av astma. Astma har dog en multifaktoriell etiologi, der såvel fysiske som psykiske faktorer har stor betydning. Det burde medføre at en la like stor vekt på behandling av sykdommens psykiske som fysiske aspekter.

Rose (9), en almenpraktiker fra USA, betoner hvor viktig det er å ta hånd om hele pasientens situasjon, og hvor ofte vi forsømmer å ta pasientens psykiske og sosiale situasjon med i betraktning. I denne sammenhengen blir hypnose en av mange innfallsporter som alle har det i seg, at vi ønsker å gi (astma)pasientene mindre angst, mere selvtillit og større mestringsevne.

Hypnose er en behandlingsform vel verd å innlemme i terapeutiske armatarium ■

LITTERATUR

1. Kleine MV. Hypnotherapy in the treatment of the alexithymic patient. In 3rd European congress of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine. Padova 1984.
2. Thomstad et al.. Angst som et symptom. Tidsskr Nor Lægeforen 1964; 84: 258.
3. Crocket JA. A psychosomatic aspect of asthma. Br Dis Chest 1959; 53: 128.
4. Warwick-Evans LA. Psychosomatic disorders: Theory and evidence. In Physiological correlates of human behavior. London 1983: 169-85.
5. Lewis RA, Lewis MN, Tattersfield AE. Asthma induced by suggestion: is it due to airway

cooling? Am Rev Respr Dis 1984; 129: 691-5.

6. Thorne DE, Fisher AG. Hypnotically suggested asthma. Int J Clin Exp Hypnosis 1978; 16(2): 92-103.

7. The British Tuberculosis Association. Hypnosis in asthma, a controlled trial. Br Med J 1968; 4: 71-6.

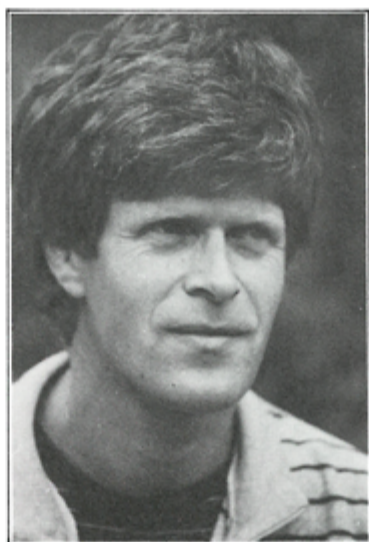
8. Maher-Loughnan GP. Hypnosis and autohypnosis for the treatment of asthma. Int J Clin Exp Hypnosis 1970; 1: 1-14.

9. Rose S: A general practitioner approach to the asthmatic patient. Am J Clin Hypnosis 1967; 10(1): 30-2.

Nærradio

-et spennende medium for helseopplyseren

□ Odd Winge
kommunelege, Stord



Odd W. er cand.med. fra Bergen 1970 og har 2 1/2 fra medisinsk avdeling ved Rana sykehus bak seg. Almenpraksis på Stord sia 1975. Distriktslege/kommunelege fra 1978.



Etter at Kringkastingsloven ble myket opp har det blomstret opp en hel flora av nærradiostasjoner. Mange av disse stasjonene har en betydelig lytterskare. Lov om helsetjenesten i kommunene påbyr at der skal drive helseopplysning. Ut fra dette startet vi et prøveprosjekt i Stord kommune for å høste erfaring med nærradio som et medium for helseopplysning.

Programserien begynte samtidig med starten for "Sunnhordland Radio" i mars 1985, og varte 16 uker med ett kvarters sending hver 14. dag. Programmene besto av et hovedemne med et mindre emne, blandet sammen med lett musikk. Hovedemnet handlet om alminnelige sykdomstilstander, om forebyggelse og egenomsorg. De mindre emnene omfattet korte helsenyheter, meddelelser fra helsekontoret o.s.v. Det kunne være om vaksinasjon, om kvitteringskort, om siste nytt om mosjon og koronarsykdom. Disse innslagene tjente også som annonsering av de ytelsene helse-tjenesten i kommunen har å tilby.

Å lage programmer var spennende, tidkrevende, og krevde hjelp fra sakkyndige, i hvert fall til å begynne med. Likevel, man kom raskt inn i systemet med alle spakene og knottene i kontrollrommet, slik at man etter en stund kunne produsere programmene uten tekniker. Det tok nokså meget tid å produsere programmer. Først skal man skrive manuskriptene, de skal så leses inn, og times. Deretter kommer arbeidet i studio med å mixe sammen verbale og musikalske innslag, og å få dem over på bånd. De første programmene tok det minst 4 timer å lage, men det gikk adskillig raskere etter hvert.

Nådde programmene fram til publikum? For å finne ut dette ble det gjort en liten Gallup. 100 personer over 18 år, tilfel-

dig utplukket, ble tilskrevet, dessverre svarte bare halvparten av dem. Men 70% hadde hørt ett eller flere av programmene, og den gjennomsnittlige lytterfrekvensen var 11%. D.v.s. av Stords befolkning på vel 13.000 innbyggere var det ca 1430 personer som hørte på hvert program. Vi må regne med at 11% er vel optimistisk, både fordi nærradioen var et nytt fenomen, og fordi vi ikke vet noe om de 50% som ikke svarte. Likevel, en så pass beskjedne lytterprosent som 5 representerer 650 personer i Stord kommune, og i hele nærradioen nedslagsfelt på 30-50.000 personer blir antallet ca. 2.000.

Gallupen prøvde også å klarlegge alder, kjønn og utdanningsnivå. Konklusjonen var at det var små variasjoner mellom gruppene, d.v.s. "alle" hører på helseopplysningsprogrammer i nærradioen.

Jeg tror nærradio er et av de viktigste media man bør satse på når det gjelder å formidle helseopplysning. Man har her muligheten til å nå befolkningsgrupper som er lite tilgjengelig for skriftlig informasjon. Så blir det opp til helseopplyseren å gi stoffet en form som gjør at det blir lyttet til, forstått, og ikke minst - at rådene man gir blir fulgt. Jeg vil tro at formen på programmene er avgjørende. De fleste som lytter på nærradio gjør dette mens de holder på med noe annet, lager mat eller kjører bil. Stoffet må derfor ikke være

tungt eller for akademisk. Innslagene bør være korte. Det skader heller ikke med litt pen innpakning, altså litt hyggemusikk mellom innslagene.

Sannsynligvis har nærradioen den fordelene framfor de andre etermedia ved at det er en kjent stemme som formidler stoffet. Folk lytter nok mer oppmerksomt når det er deres "egen" lege som er på lufta. Nærradioen har også den fordel at stoffet kan "skreddersys" den befolkning det er rettet mot. Videre er det lett å ta opp aktuelle emner når interessen er tilstede.

Det ser ut som nærradio er effektivt som medium for helseopplysning. Men det tar tid å lage programmer. Mesteparten av det tekniske arbeidet kan med fordel overlates til andre, slik at legens rolle blir å skrive manuskriptene og å lese dem inn på bånd.

En mer fullstendig rapport om nærradioprojektet kan fås ved henvendelse.



Helseseminar på Soria Moria:

Legeforeining



Utpostens utsending

■ Kvar kan sosialministeren oversette "prevention is better than cure" med "det er bedre å være frisk enn sjuk"? Kvar kan ein arbeidarpolitikar tale varmt for privatisering av norsk helsestell? Kvar kan Tore Koksvik trollbinde tilhørarane med ei personleg forteljing om legen og kallet? Og kvar kan ein høyre eit førtital foredrag på to dagar og likevel ønske seg meir?

- Jau, på helsepolitisk seminar i Den norske lægeforening.

Som eit ledd i 100 års jubileumsfeiringa skipa legeföreininga 2. og 3. april eit lukka seminar på Soria Moria med den ikkje heilt enkle tittelen "Om kvalitet, effektivitet (produktivitet), service og trivsel i helse-tjenesten". Programmet som var utsendt på førehand, inneheldt heile 45 foredrag, kvart på 10 minutt og med svært uklare titlar.

Til all lukke vart opphaldet i eventyrslottet i Holmenkollåsen langt meir spanande enn både seminartittelen og programmet kunne tyde på.

ga på offensiven?

KVA VAR DET SÅ SOM SKJEDDE?

Etter at Frøydis Langmark hadde opna seminaret på vegne av Helsepolitisk råd, som ho presenterte som legeföreninga sitt "raude" utval, fekk ei rad legar frå forskjellige delar av faget og landet sleppe til med hjertesukk om stoda i norsk helsestell i dag. Og sukka vart både djupe og mangfaldige.

Magne Nylenna heldt morgonandakt på vegne av kommunehelsetenesta, Ragnhild Husby skildra bemanninga i psykiatrien i Nord-Noreg og kravde ny beordringslov, Jak Jervell lovprisa Rikshospitalet og Roy Magnus Løken det private initiativ.

Mest inntrykk gjorde kanskje pasientane som sto fram med personlege forteljingar om korleis helsestellet kan opplevast frå "den andre sida". Kvifor er det først når legen sjølv vert pasient, at interessa for haldningar og omsorg blir vekt, spurde fleire.

PRESSA HAR SKULDA

Felles for legane som hadde ordet, var synet på presse og kringkasting som årsak til mykje av den misnøye med helsestellet som finst i dagens samfunn. Ord som svartmaling og forvrenging var brukt, og ingen treng tvile på at det er mykje aggresjon i den norske legestanden overfor journalistane.

STRATEGI OG TAKTIKK

Strategien for helsetenesta vart trekt opp av eit topptungt lag med sosialminister og helse- direktør i spissen. Inge Lønning skildra vanskane i norsk helse- stell som ei forventningskrise knytt til trua på at når noko gir eit gode, vil meir av det same gi eit enda større gode.

Ragnar Nesbakken etterlyste meir

taktikk og mindre strategi, Janne Carlzon og pyramideriving var stikkord for fleire av innlegga om leing og styring.

PRIVATISERING

Privatisering vart ikkje noko sentralt emne. Den av innleiarane som talte varmast for privatisering var Per Nyhus, tidlegare statssekretær for Arbeidspartiet og nyleg heimvendt USA-farar. Foredraget hans kunne tolkast som ei opning av neste valkamp - det einaste ein kunne undre seg på var for kva parti?

Motpolen i synet på privatisering var den unge Peter Hjort som representerte Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, og som med revolusjonær glød mante fram dei usosiale følgjene av høgeregjeringa sin liberale privatiseringspolitikk.

KVA STYRER UTVIKLINGA?

Torbjørn Gjerdal viste korleis tilfeldige hendingar ofte styrer utviklinga og organisering av helsetenestetilbodet. Sjølv vart han utpeika til å ta hand om diabetikarar i Østfold, mot ei stemme som han uttrykte det. Det var klart at dette var blitt ei givande oppgave for han, og han reiste spørsmålet om det verkeleg er slik at det er interessene til den einskilde lege meir enn behova til pasientane som bestemmer det medisinske tilbodet.

KVALITET

Kvalitetssikring vart omtalt av Bjørn Bache frå NIS, som peika på sikringsrutinene i luftfarten. Han spurde om helsestellet på same måte hadde vilje til å innføre rutiner for kvalitetskontroll og kvalitetssikring.

LEGEN OG KALLET

Og så til sist: Etter ein lang debatt om leing og haldningar, eller mangel på begge deler, kom sjølve prikken over i'en. Forma

som eit brev til ein av universitetslærarane sine heldt Tore Koksвик eit trettiminutters sjølvbiografisk innlegg der lege- rolla vart skildra nøkternt realistisk og varmt poetisk. Den mykje omtala knappnåla kunne ganske sikkert høyrest i den store salen, om nokon hadde hug til å sleppe henne.

Det hadde ingen. Til det var forteljinga til Tore for sterk og fengslende.

I EIN SUM

Visst vart mykje av innhaldet i seminaret springande og visst inneheldt mange innlegg gamle og velkjende tonar. Likevel: Mangt og mykje bar bod om evne til både sjølvransaking og offensiv tenking. Det er litt av ei gave til og frå legestanden i jubileumsåret.

Rett ut sagt vart det eit vellykka arrangement som legeföreninga skal ha all ære av. Seminaret vart ein nyttig leksjon i korleis norsk helsestell verkar, og ikkje verkar. Berre så synd at ikkje alle desse perlene kunne nådd langt fleire enn dei omlag ett hundre som hadde takka ja til invitasjonen.

Sjølv om vanskane i kommunehelsetenesta langt på veg drukna i alle sjukehusproblema, eller kanskje nettopp derfor, ville mange av UTPOSTEN sine lesarar ha funne dei to dagane på Soria Moria både interessante og lærerike. Rett nok har legeföreninga lova å mangfaldiggjere manuskripta, men det vert neppe det same som å høyre ei i "levande live".

Derfor denne oppmodinga: La oss få fleire slike seminar, også utanom jubileumsåra.

NSAM's referansegrupper

Sist år gikk NSAM ut med en invitasjon til å opprette såkalte referansegrupper. Almenmedisinen er vid, og dette var et forsøk på å formidle kontakt mellom kolleger med spesielle faglige interesser og som ønsket å utvikle dette sammen med andre. NSAM har håpet å høste gevinster av dette ved at en i almenmedisinerens rekke etter hvert ville få bygge opp miljøer som kunne tjene som ressurser i forbindelse med kurs, høringer etc.

Pr. idag er grupper for følgende emner etablert: diabetes, kreft, urinveissykdommer, klinisk kjemi i almenpraksis, svangerskapsomsorg, helseopplysning, somatoforme tilstander og sexologi.

I forbindelse med en utlysning sist år meldte det seg en eller to interesserte til følgende emner: diagnostikk/beslutningsteori, fysikalsk medisin, allergologi, barne-/ungdomspsykiatri, yrkesmedisin/attføring, øyesykdommer, EDB, medisinsk filosofi og geriatri. En eller to interesserte var for lite til at det ble etablert grupper i disse emnene, men kanskje er det flere som melder seg denne gangen?

Lista nedenfor er ment som en illustrasjon, og det er naturligvis fritt for å melde emner som ikke er kommet med på denne lista.

Jeg kan tenke meg å bli med i referansegruppe for:

alkoholproblemer	allergologi	attføring
diagnostikk/beslutningsteori	EDB/informatikk	eldreomsorg
endokrinologi	ernæring	farmakologi/farmakoterapi
forebyggende medisin	gastroenterologi	geriatri
gynekologi	helsekontroller	helseopplysning
helse/sosialjus	helsetjenesteforskning	helseøkonomi
hematologi	hygiene	hypertensjon
infeksjonssykdommer	kvalitetskontroll	medisinsk etikk
medisinsk filosofi	medisinsk genetik	medisinsk historie
medisinsk sosiologi	medisinsk statistikk	medisinsk teknologi
narkotikaproblemer	medisinsk videre- og etterutdannelse	onkologi
ortopedisk/fysikalsk medisin	paramedisin	pediatri
psykiatri	reumatologi	sosialmedisin
tobakksproblemer	tropemedisin/-hygiene	trygd og sosialhjelp
vitenskapsteori	øre-nese-hals-sykdommer	øyesykdommer

annet:

Navn:

Adresse:

Send kupongen til NSAMs sekretariat, Institutt for almenmedisin, Fr. Stangs gate 11/13, 8264 Oslo 2

NSAM's årsmøte og kurs i Alesund

Velkommen til A

Som annonsert i forrige nummer av UTPOSTEN vil det i forbindelse med NSAM's årsmøte bli holdt et kurs om følgende emner:

ALMENMEDISINSK KUNNSKAPSPRØVE

Dette vil bli arrangert i en stil inspirert av UTPOSTEN's problemserie fra noen år sia med et nokså stort antall spørsmål fra de forskjellige deler av almenmedisinen. Alle besvarelser vil bli gjennomgått anonymt, men på en slik måte at alle vil kunne sammenlikne sine egne svar med kollegenes.

MINISYMPOSIUM OM MIKROBÆKOLOGI

Dette vil handle om mikrobeøkologi i et vidt perspektiv: effekten av antibiotikabruk både hos den enkelte og i de populasjonene vi har ansvar for, både i institusjoner (f.eks. sjukeheimer) og i den alminnelige befolkninga. Det er her meninga å aktivisere kursdeltakerne noe med en enquete som vil bli gjennomgått under kurset.

INDIVIDUELL HELSERISIKO OG HELSEOPPLYSNING

Her er det meninga å ta utgangspunkt i arbeide som har vært gjort ved National Institutes of Disease Control i USA. Her er det lagt omfattende dataprogrammer for beregning av individuell helserisiko. Dette blir da brukt som utgangspunkt for individuell helseopplysning.

En av pionerene, Gordon Black, kommer fra Institute of Preventive Medicine ved Universitetet i Ohio for å forelese om dette utviklingsarbeidet. Dessuten har vi samlet flere hjemlige kolleger som har arbeidet med de samme problemstillingene.

Vi håper at dette symposiet skal bli en inspirasjon til å utvikle dette nye arbeidsredskapet til bruk også i det forebyggende arbeidet her i landet.

Norsk Selskap for Almenmedisins spalter

nd 16.-18. oktober:

Alesund!

Program for NSAM's årsmøte i Alesund 16.-18. oktober 1986

16. oktober

ALMENMEDISINSK KUNNSKAPSPRØVE

MINISYMPIOSIUM OM MIKROBEØKOLOGI ANNO 1986

Tore Midtvedt: "Bakterien er død, leve bakterien."

Wenche Telstad: Møtedeltakernes kontorrutiner. Gjennomgang av svar gitt i spørreskjema.

Kjell Hellum: Mikrobeøkologi i klinikken.

Om kvelden samvær på Fjellstua. Kåseri ved Harald Grytten.

17. oktober

SYMPOSIUM OM INDIVIDUELL HELSEPROFIL SOM UTGANGSPUNKT FOR RÅDGIVNING OG HELSEOPPLYSNING.

Gordon C. Black: The compilation and use of computerassisted individual health risk appraisal systems.

Sverre Langård: Yrkesrelatert helserisiko. Kvantitative aspekter i forhold til tradisjonelle risikofaktorer. Hvordan samle generaliserbare basisdata?

Kristian Midthjell: Risikofaktorer og intervensjon. Erfaringer fra Nord-Trøndelag - prosjektet.

Anders Grimsmo: Sosiale forhold som risiko i forhold til sykkelighet. Om konstruksjon av sosiale indekser.

Gjennomgang av svar på den almenmedisinske kunnskapsprøven.

Om kvelden festmiddag med utdeling av priser.

18. oktober

Årsmøte i NSAM

Løvetann- prisen

ANMELD EN KOLLEGA I DAG!
(I morgen kan det være for sent!)

Tenk deg at bindersens var oppfunnet, men at du ikke visste om det! - eller gummistrikken, eller dusjen, eller sommerferien - eller dundyna!

Hjelp oss å få almenmedisinsens binders og dundynner fram i lyset! Over hele landet driver almenpraktikere med sitt fag og sitt praktiske håndverk. Mange har ideer, opplegg og praktiske tiltak som hever det faglige nivå og/eller gjør den praktiske hverdagen enklere.

Derfor: send oss noen linjer om en kollega som har klekket ut noe ekstra lurt eller klokt. Blant de innkomne forslag vil vi finne fram til den som har gjort seg fortjent til

LØVETANNPRISEN
på kr. 1000,-
og
NSAM's spesielle
LØVETANNTRYKK

Prisen vil bli utdelt årlig på NSAM's årsmøte.

Forslag kan innsendes hele året til:

NSAM, Institutt for Almenmedisin
Fredrik Stangsgt. 11/13
0264 Oslo 2

- men gjør det I DAG, så du ikke glemmer det.

OG:
- det er sov til å anmelde seg selv (såkalt selvangivelse).

Nordisk almenpraktikermøte om belastningssykdommer

Soria Moria 30.3. - 1.4.1987

Institutt for almenmedisin i Oslo, København, Lund og Uppsala vil i samarbeid med Norsk selskap for almenmedisin arrangere et nordisk møte om belastningssykdommer (sykdommer i skjelett/

muskelsystemet) beregnet på almenpraktikere. Det er opprettet en nordisk komite og et norsk arbeidsutvalg, det siste bestående av Dag Bruusgaard, Jens Eskerud og Chr. Borchgrevink.

Det vil bli begrenset deltagelse med kvote fra hvert land.

forts. side 82

forts. fra side 81

I tillegg til foredrag gitt av nordiske almenpraktikere og enkelte spesialister, vil meget av møtet foregå i arbeidsgrupper, geografisk sammensatt med 10-15 i hver gruppe.

Det er meningen at foredragene og rapportene fra arbeidsgruppene

skal utgis i bokform, forhåpentligvis i "Almenpraktikerbibliotek-serien".

Nærmere opplysninger med det endelige program, kursavgift og påmeldingsfrist vil bli gitt senere.

Notiser
Notiser

Den umodne mann

Noen vil kanskje huske en entusiastisk omtale av boka "The Peter Pan Syndrome" i nr. 6 sist år. Det ble etterlyst en skandinavisk oversettelse. Utpostens mest trofaste leser i Sverige, Børje Wallheden i Wårgårda ringte forleden og rapporterte at boka

nå er å få på svensk. Den er utgitt av Norstedts forlag og har fått titelen "Pojken som inte ville bli stor. Om Peter Pan-syndromet". Bokhandelen min har skaffet meg denne utgaven av boka for Nkr. 132,50: det er billig! (Ola L.).

Samordning i helse- og sosialtjenesten:

Obligatorisk lesestoff!

For et par måneder sia kom NOU i 1986:4, Samordning i helse- og sosialtjenesten. Dette er et dokument som har sitt utgangspunkt i at mange klient- og pasientgrupper står i fare for å bli kasteballer mellom kommuner, fylkeskommuner og stat. Vi har allerede kunnet observere en del konkrete tilfeller, og dette er åpenbart bare starten på et problem som er innebakt i den strukturen vi har gitt helse- og sosialtjenestene våre.

Dette dokumentet er så mangeslunget at det ikke er mulig å yte det rettferdighet i en kort notis. En må kunne konstatere at utvalget har gjort et svært grundig arbeide, og at problemene de beskriver er betydelige og voksende. Mange av anbefalingene er svært dyptgripende og vil fordre mange års arbeide med informasjon etc. før de ulike administrative organa i fylkeskommuner og kommuner ville være modne for å sette dem i verk.

En utredning er ingen lov, men får betraktes som en analyse og en skisse av ideer til løsninger på problemer vi alle ser rundt oss. I et slikt perspektiv må denne utredninga kunne karakteriseres som svært inspirerende ved at den bringer fram en mengde konkrete forslag til nyordninger. Det vil være aktuelt å gå tilbake og bruke dette dokumentet som et diskusjonsgrunnlag og en ressurs i mange år framover.

Stein Østres vedlegg om helseøkonomi er spesielt interessant og fortjener oppmerksomhet fra et større publikum enn bare dem som leser denne utredninga.

Flest mulig av Utpostens lesere bør studere denne utredninga. Den bør være kjent for alle som ønsker å delta i diskusjoner om helsepolitikk og helseøkonomi. Den kan bestilles i bokhandelen, og her får en virkelig mye for pengene.

Har vi noe å lære?
Har vi noe å bidra med?

Prima i utvi

Ole Mathis Hetta
Pål Kippenes



OLE MATHIS HETTA
MPH (Berkeley), DTM&H (Liverpool)
Tidligere distriktslege, Karasjok.
78 - 83 Helsekoordinator, Kirkens Nødhjelp, Sør - Sudan.
-84 Master of Public Health, Berkeley, USA.
85 - 86 Direktør for "Health Education & Community Participation Project" i Tanzania

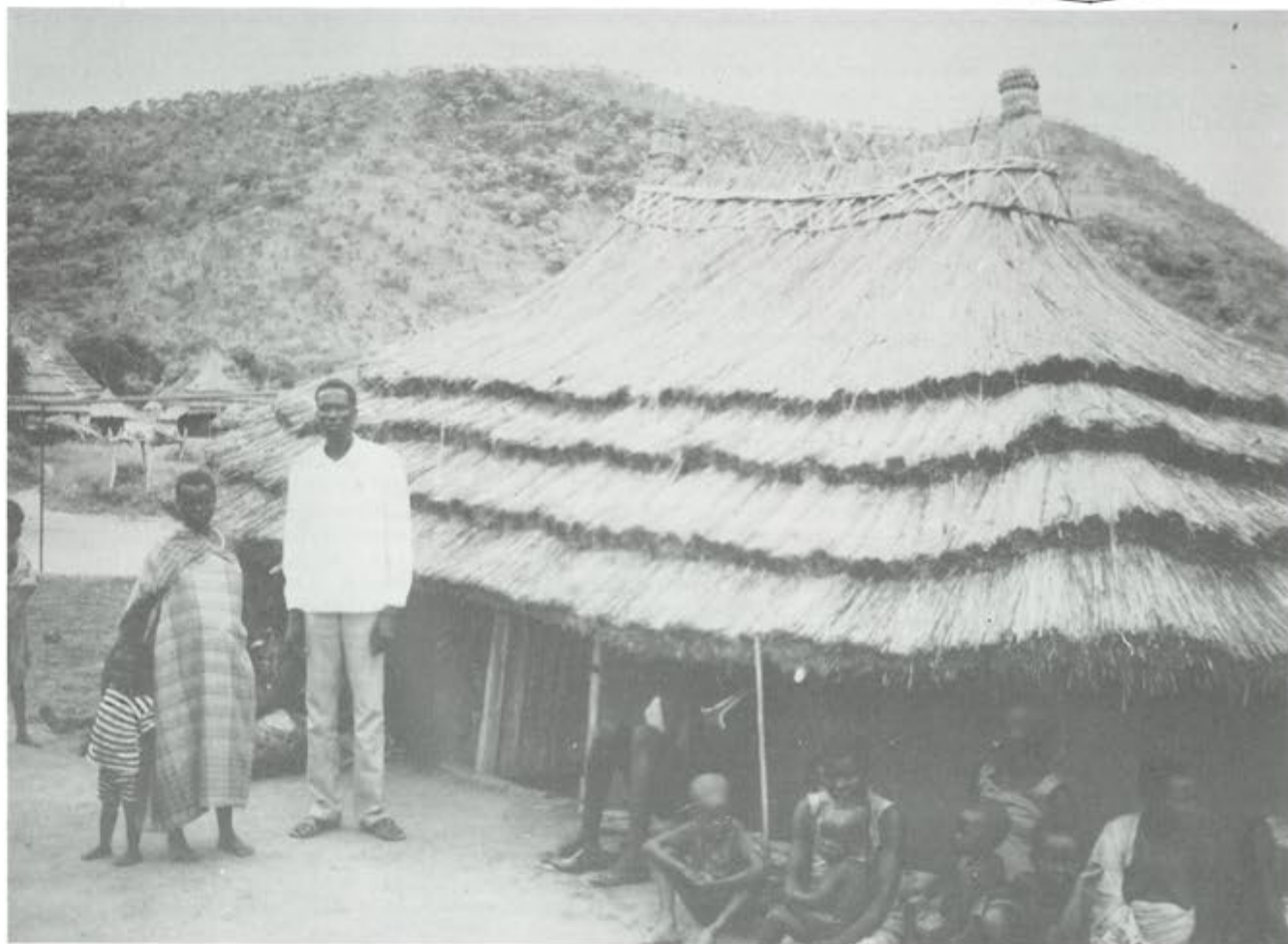


PÅL KIPPENES
Almenpraktiker DNLF,
DTM & H (Liverpool)
Bydelselege, Oslo
82 - 85 Prosjektlege, senere helsekoordinator, Kirkens Nødhjelp, Sør - Sudan

Primerhelsetjeneste i utviklingsland

Noen erfaringer fra Kirkens Nødhjelps helseprosjekt i Sør-Sudan 1978-1985.

En sudanesisk landsbyhelsearbeider, "Community Health Worker", foran sin klinikk, og noen av hans pasienter.



INTERNASJONAL (PRIMÆR)HELSETJENESTE

har fått en viss vind i seilene siden Alma-Ata erklæringen fra 1978. Grunnleggende helsetjenester i katastrofesammenheng eller som del av generell utviklingshjelp blir trukket fram som viktig og nødvendig. Også innen norske helsefaglige miljøer er det økende interesse for internasjonalt helsearbeid. Imidlertid synes det i "Utposten's" spalter å være liten oppmerksomhet på disse temaer, med et par hederlige unntak, bl.a. Knut Arne Holtedals innlegg i nr. 8, 1984. Det er nå på tide å minne hverandre om vårt globale ansvar som mennesker og som fagfolk. Norske helseproblemer er vesentlige og må ikke forsømmes. Men de blir ofte små i et internasjonalt og særlig i et u-landsperspektiv.

ALMA ATA ERKLÆRINGEN

definerer som kjent primærhelsetjeneste som helsetjenester tilgjengelig for alle individer og familier i lokalsamfunnet. Den skal utformes på en måte som er akseptabel for lokalbefolkningen ved at de selv er delaktig i utformingen av den. Kostnadene må være i samsvar med lokalsamfunnets og landets ressurser. Primærhelsetjenesten skal utgjøre



Helseopplysning ved hjelp av enkle men funksjonelle media gir resultater.

Norsk sosionom i samtale med sudanesiske landsbyjordmødre. Her er det om å gjøre å vise gjensidig respekt og forståelse.



en integrert del av landets samlede helsetjeneste samt den generelle sosioøkonomiske samfunnsutvikling. I det følgende vil vi beskrive noen erfaringer fra vår virksomhet i et av verdens fattigste land, Sudan.

EN SAMMENHENGENDE KONFLIKT

har eksistert mellom Nord- og Sør-Sudan siden midt i 50-årene. De sørlige regioner har alltid vært den svakeste del av landet ressursmessig, og stod helt på bar bakke i 1972, ved slutten av den 17 år lange borgerkrigen. Helsetjenester var så å si ikke-eksisterende, i likhet med en rekke andre samfunnsoppgaver. Kirkens Nødhjelp (KN) deltok med ren nødhjelp fra 1972, men bidro fra 1975 med en integrert oppbygning av helse, jordbruk, vannforsyning, samvirke, utdanning etc. innenfor et område på størrelse med Finnmark fylke og med ca. 400.000 innbyggere, de fleste på landsbygda.

TRADISJONELLE HELSE-TJENESTER

i en rekke u-land har vært konsentrert omkring større hospitaler og poliklinikker i urbane strøk. Sør-Sudan foretok her viktige omprioriteringer idet man fra 1975/76 iverksatte et omfattende primærhelsetjenesteprogram (PHCP) i samsvar med WHO-ideer og på bekostning av avansert sykehusutbygging.

PHCP er omfattende og ambisiøs, og derfor noe urealistisk sett i lys av landets meget begrensede ressurser. Likevel må vi innrømme at Sudan har vært et foregangsland i sin helseplanlegging så langt.

FULL INTEGRERING

av KN's helseprosjekt i et regionale helseprogram har vært gjennomført fra starten av. En har ikke ønsket å bygge opp separate helseservice-tilbud men i stedet gått inn med aktiv støtte og assistanse til det eksisterende helsevesen.

Det laveste nivået i systemet er en landsby-helsestasjon (Primary Health Care Unit, PHCU). Den er bemannet med en Community Health Worker, CHW, som har en helseutdannelse på 9 mnd. Opplæringen foregår på egne skoler (6 i Sør-Sudan). En PHCU skal betjene en befolkning på ca. 4 000 innenfor en radius på ca. 16 km. 4 - 5 PHCU's danner sammen med et dispenseri et såkalt primærhelsetjenestekompleks. Dispensieriet er referanseenheter for landsbystasjonen, og bemannes normalt med en legeassistent (Medical Assistant, 5 års utdanning) en eller to sykepleiere (3 års utdanning ved sykehus) en landsbyjordmor (9 mnd. jordmorkurs) samt av og til en hygieneinspektør. Neste nivå i strukturen er et helsesenter, som dekker nærmere 70.000 innbyggere. Det var meningen å bemanne disse med en lege foruten annet personell, men

p.g.a. stor legemangel har man måttet bruke erfarne Medical Assistants i disse stillinger. Ved helsesentrene er det noen få sengeplasser for kortvarige innleggelser, fødsler etc. Noen har spesialservice for langtidsbehandling av tuberkulose og sovesyke. På neste trinn finner vi sykehus av forskjellig kategori. Felles for dem alle er en katastrofal mangel på kvalifisert personell, utstyr og medisiner. Manglende vedlikehold og elendig hygienisk standard bidrar til å gjøre disse sykehusene svært lite attraktive både for pasienter og personalet.

LANDSBYHELSEARBEIDERNE

forblir meget viktige nøkkelpersoner i denne situasjonen. De blir valgt fra sin egen landsby etter bestemte kriterier. Minstekravet er visse språk- og regnekunnskaper. Kravet om minst 6 års grunnskole måtte frafalles da det ikke var mulig å finne kandidater fra alle landsbyer som oppfylte dette krav. På den annen side har enkelte inntil 12 års skolegang, slik at kunnskapsnivået varierer betraktelig. Likevel er det ikke alltid slik at teoretisk utdanning og viten gjenspeiles i kvaliteten i det arbeidet som gjøres. Egenskaper som ærlighet, ansvarsfølelse og positiv holdning til sitt lokalmiljø er minst like avgjørende. Vedkommende bør også være et veletablert og stabilt medlem av sitt lokalsamfunn.



ARBEIDSBESKRIVELSEN

for CHW's tilsier at de skal bruke 60-70 % av sin tid til forebyggende tiltak og helseundervisning. (Hvilken prosent-sats gjelder her for en gjennomsnittlig norsk almenpraktiker, tro?) Resten av tiden skal så brukes til undersøkelse og behandling av enkle sykdomstilfelle blant lokalbefolkningen. De lærer ved skolen å gjenkjenne og behandle 13 av de vanligste sykdommene. Mer kompliserte tilfelle skal de henvise til nærmeste referanse-enhet. Videre skal de drive helsetjenester for mor-barn samt, hvis mulig, gjennomføre et vaksinasjonsprogram for barn og gravide. En CHW får også opplæring i grunnleggende omgivelseshygiene, betydningen av rent drikkevann etc.

HVORDAN FUNGERER SÅ DETTE

i praksis? Det er et stykke igjen før målet er nådd. Ut-dannelsen i undervisningsteknikk og kommunikasjon er nokså mangelfull, det er derfor ikke så enkelt å gjennomføre et vellykket helseundervisningsprogram som når fram til landsbyene. Mange CHW's gjør likevel en imponerende innsats både på den forebyggende sektor og i diagnostikk og behandling av pasienter. Flere steder ser man nå en gjennomgripende holdningsendring hos befolkningene i spørsmål om hygiene, rent vann, ernæring etc. Men dette er en lang prosess.

Tålmodighet i utviklingshjelp er en dyd av nødvendighet. Problemer i form av alkohol-misbruk, fravær fra arbeidet, svinn av medikamenter og utstyr forekommer, og er noe man til stadighet må kjempe imot.

SYKEPLEIERUTDANNELSEN

er nokså irrelevant i forhold til oppgaver innen primærhelsetjenesten. Likevel brukes sykepleiere og -studenter i utstrakt grad ved helsestasjonene. De har adgang til å håndtere mange slags medikamenter på egen hånd, en praksis som ofte går på liv og helse løs. Det ligger store utfordringer i en revisjon og nytilpassning av sykepleieutdannelsen.

MEDICAL ASSISTANTS

er utdannet ved egne institusjoner der hovedvekten blir lagt på kurativ medisin. Han blir ofte gitt et stort behandlingsansvar, unntatt for kvinnesykdommer og fødselshjelp, som blir overlatt til jordmødrene. Kunnskapsnivå og faglig standard er svært varierende. MA's skal også fungere som administrative ledere for sitt kompleks. Han har ansvar for undervisning og supervisjon av sine underordnede, men grunnutdannelsen gir ham ingen opplæring i hvordan dette skal gjøres.

HVILKEN ROLLE SPILLER KIRKENS NØDHJELPS HELSEPROSJEKT ?

Foruten den integrerte utviklingsmodell som er fulgt, har man forsøkt å tilegne seg kunnskaper om lokal kultur, sosialt nettverk, kommunikasjonskanaler og beslutningsmekanismer. En egen avdeling har arbeidet med studier av disse elementer, som har kommet det praktiske arbeid til gode i møtet med lokal-samfunnet. Lokalt tilpassende media (plakater, kassettprogrammer, lysbildeserier, drama osv.) er utviklet og tatt i bruk. Helseprosjektets hovedmålsetting er å drive undervisning (kursvirksomhet) individuell veiledning og i en viss utstrekning hjelpe til med medikament-forsyning. Fra 1983 har man også opprustet et 100 sengers lokalsykehus og gitt en viss assistanse i form av personell og utstyr.

Årlige seminarer, kurs og "workshops" har vært holdt for flertallet av de ca. 280 helsearbeiderne som bemanner 70 helsestasjoner innen programrådet.

Videre avholdes månedlige kompleksmøter, og hver enkelt helsearbeider blir besøkt jevnlig med praktisk og teoretisk veiledning.

Sentralt i all undervisning står Health Education, dvs. helseopplysning til landsbybefolkningen som ledd i helseforebyggende arbeid. Kunnskaper om kommunikasjon og effektiv formidling av budskapet slik at det når fram til mottageren er viktig og krever studier av lokale forhold.

Mor/barn-arbeid med svangerskapskontroll, vaksinasjoner, vekst og ernæring av barn, tidlig diagnostikk og behandling av vanlige barnesykdommer vil ha dramatisk innflytelse på barnedødeligheten, som enkelte steder har vært oppe i 50% før fylte 5 år.

Kirkens Nødhjelps helseprosjekt har hatt opptil 11 heltidsansatte (4 leger foruten sykepleiere, helsesøster og jordmødre).

LEGENES ROLLE/FUNKSJON

kan sammenfattes slik:

1. Undervisning av forskjellige kategorier helsepersonell i elementær undersøkelsesteknikk, diagnostikk og behandling av vanlige sykdommer (som er vanlige overalt i verden) samt enkelte spesielle tropesykdommer.

2. Undervisning i forebyggende medisin. En må satse på spredningseffekten ved først å lære opp helsearbeiderne som i sin tur må oppmuntres til å formidle budskapet videre ut. Enkelte kampanjer har vist seg å være svært vellykkede ("Village Workshop" o.l. der nesten hele landsbybefolkningen mobiliseres og deltar entusiastisk).

3. Utarbeidelse av standard rutiner for undersøkelse og behandling. Store lærebøker blir sjelden brukt. I 1984-85 ble enkle retningslinjer for medikamentell behandling utarbeidet og distribuert i form av et lite hefte. Likedan fikk vi laget en veiledning i vaksinasjon.

4. Opplæring i lokal helseadministrasjon for Medical Assistants. Planlegging, rapportering, supervisjon, medikamentkontroll og distribusjon, personaladministrasjon er sentrale emner. Denne undervisning har nå pågått i nærmere 3 år og bør fortsette ennå en tid.

5. Innsamling av medisinsk statistiske data og enkle epidemiologiske rutiner og tiltak. Helsestatistikk har vært så godt

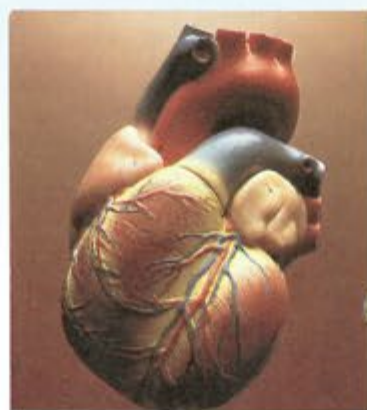
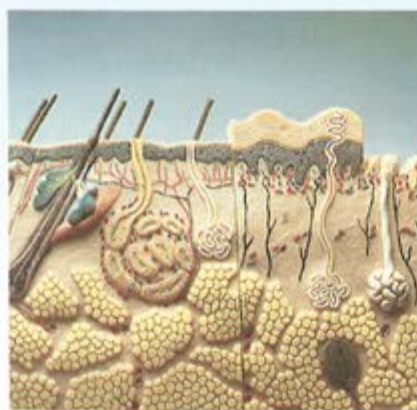
Forts. side 87



Marvelon® med desogestrel

DESOGESTREL OG ETINYLÖSTRADIOL

- det nye p-pillegesta nærmest naturligt pro



Monofasisk, enkel for patienten og utmerket sikkerhet.

(Pearl index: Metodefeil 0,0 (0,0-0,2).
Pasientfeil 0,1 (0,0-0,4).^{1,3}

Ingen androgen effekt forventes^{19, 20, 21, 22} og bedring av eksisterende androgene symptomer er rapportert^{21, 21a, 21b}

Gunstig lipidprofil med positiv virkning på HDL.^{39, 40, 41}

Marvelon «Organon»

Antikonseptjonsmiddel

TABLETTER: Hver tablett inneholder Desogestrel 0,150 mg, etinylöstradiol 0,030 mg. Constat, o.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Monofasisk østrogen/gestagen kombinasjon med god sykkykkontroll. God antikonseptiv sikkerhet. Pearl index: Metodefeil 0,0 (0,0-0,2). Pasientfeil 0,1 (0,0-0,4). Ingen androgen effekt forventes, og bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert. Normal størrelse eller ingen vektforandring. Ingen plasmakonsentrasjon av HDL-cholesterol.

Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulasjon. 2. Påvirkning av cervikalsekretet slik at spermernes passage vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon. **Adsorpsjon:** Hurtig. Maksimal plasmakonsentrasjon Desogestrel: 0,8-1,3 timer. Etinylöstradiol: Ca. 1 time. Halveringstid Desogestrel: ca. 1,5 time. 3-æsto-desogestrel (aktiv metabolitt): 16-21 timer. Etinylöstradiol: ca. 26 timer. **Metabolisme:** Både etinylöstradiol og desogestrel metaboiseres i leveren. Utskillelse: Via urin og feces. **Utgang i morsmelk:** Man har påvist både østrogen og gestagen i morsmelk.

INDIKASJONER: Antikonseptjon

KONTRAINDIKASJONER: Absolutte: Trombofleitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dubin-Johnson's syndrom,Rotor-syndrom, graviditetssterus i anamnesen (gjennomgått hepatitt med normaliser leverfunksjon er ikke kontraindisert). Venfåsar eller mistenkt cancer mammae, venfåsar eller mistenkt østrogenavhengige tumorer, udiagnostisert genitalblødning, graviditet, arteriell hypertensjon, Sickle-cell anemi, porfyri, herpes gestationes i anamnesen. Relativt: Ikke etablert menstruasjon.

BIVIRKNINGER: Avtvingte bivirkninger som tromboembolier (hjerte, hjerne, lungene, dybe vener) forekommer. Andre bivirkninger er sløkt blodtrykk, kvalme, vektstigning, mastalg, kvalme, hodepine, migræne og mentale forstyrrelser (søvnproblemer), samt synstørrelsesforstyrrelser. Endring av vekt, libido, samt kinakviskøse normalverdier og tester. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Oppstår tegn på ikterus, ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal medikasjonen straks avbrytes. Tiltaler av leverforandringer (adenom, lokalt nodulær hyperplasi) er beskrevet hos kvinner som har brukt p-piller. Forandringene kan settes i forbindelse med østrogen eller tegn på intra-abdominell blødning.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling innføres grundig gynekologisk undersøkelse inkludert mammaundersøkelse, sukker i urinen, blodtrykkmåling. Kvinner som bruker preparatet bør kontrolleres hvert halvår. Ved disse undersøkelsene bør spesielt oppmerksomhet rettes mot cyclulendige, knogelvekst, blodtrykk, bryst- og bekkenorganer, ben og hud. Cytologiske prøver skal tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år. Bruk av perorale antikonseptjonsmidler eller risikoen for hjerte-kar sykdom. Denne risikoen er størst hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonseptjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Oppstår tegn på tromboembolier under behandlingen, skal preparatet umiddelbart seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av prevensjonstabletter må avbrytes 14 dager før kirurgisk inngrep, som kan tenkes å medføre økt trombooserisiko. Prevensjonstabletter kan reduserte glykosemetabolismen, og diabetikere bør stå under streng legekontroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller svigrere. Ulike kvinner med ikke-stabiliserte sykter, samt kvinner med oligomenoré eller sekundær amenoré bør helst anvende annen form for prevensjon. Uunge kvinner bør ha etablert fysiske sykter før prevensjonstabletter forskrives. Prevensjonstabletter kan forverke blodtrykk hos disponerte kvinner, og blodtrykket bør derfor kontrolleres regelmessig. Ved markant blodtrykkstigning bør preparatet seponeres. Ved ubestemt bortfallbehandling bør man undersøke om graviditet foreligger, og ved positiv test skal tablettinntaket avbrytes. Det er viktig å kontrollere hvor mange tabletter kvinnen har glemt å ta. Et bortfallbehandlingstilfelle 2 pålver andre legemidler, skal graviditetstest alltid utføres. Preparatets effekt kan bli redusert ved oppkast og diaré. Andre ikke-hormonelle antikonseptjonsmidler bør da benyttes.

INTERAKSJONER: Samtidig inntak av andre legemidler som rifampicin, barbiturater og hyttansindolider minsker preparatets pålitelighet.

DOSEERING: 1 tablett daglig 21 dager fra menstruasjonsens første dag. Etter 7 tablettfrie dager påbegynnes en ny serie med 21 tabletter. Hvis en tablett av en eller annen årsak ikke tas om kvelden, skal den tas neste morgen. Neste tablett tas som vanlig om kvelden samme dag. Har 36 timer eller mer gått siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon anvendes i tillegg den første uke.

PAKNINGER OG PRISER:

3 x 21 Kr. 58,70, 6 x 21 Kr. 129,50

1.10.1995

genet gesteron



Normalt liten
eller ingen
vektforandring¹³

God cykluskontroll

88,1% i tredje og 90,9%
i sjette cyklus hadde ingen
uregelmessige blødninger.¹³



REFERANSER

13. Weijers M. J. *Clinical Therapeutics* 1982, 4 No 5, 359-366.
19. Gullberg, G. et al. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1982, 111, 47-54
20. Hammond, G. L. et al. *Fertility and Sterility* 1984, 42, 44-51
21. Palatsi, R. et al. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1984, 64, 517-523
21. a) Dewis, P. et al. *Clin Endocrinol* 1985, 22, 29-36
21. b) Gullberg, G. et al. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985, 64, 195-202
22. Gullberg, G. et al. *Contraception* 1982, 26, 229-243
39. Bergink, E. W. et al. *Contraception* 1982, 25, 477-485
40. Bergink, E. W. et al. *Contraception* 1984, 30, 61-72
41. Samsioe, G. *Contraception*, 1982, 25, 487-504

ORGANON A/S - POSTBOKS 325 - 1371 ASKER - TLF. (02) 78 43 65



som ikke-eksisterende, så her er nye gjort, selv om en har kommet godt igang med et meldesystem.

6. Samarbeid/integrering/koordinering med andre utviklings tiltak. Aktiviteter innenfor jordbruk, utdanning, vannforsyning, kvinnearbeid osv. er vesentlige virkemidler for å bedre folkehelsen. Langsiktig sosio-økonomisk stimulering og vekst vil gi større resultater enn mange enkelt-tiltak.

7. Samarbeid og koordinering med lokale og regionale helsemyndigheter. Alt arbeid må rettes inn mot det mål å gjøre hjelp utenfra overflødig. Aktiv støtte og deltakelse i planlegging og videreutvikling av PHCP har vært og er en viktig del av vårt ansvar. Vi har også i stor utstrekning hatt kontakt og samarbeid med nasjonale og internasjonale utviklingsorganisasjoner, inkludert WHO, UNICEF og andre. Konkrete resultater til nå i dette arbeidet har vært bl.a. utarbeidelse av standard medikamentlister for henholdsvis distriktssykehus, helsesentra, dispenserier og PHCU's. Planer for et ikke-kommersielt medikamentforsynings-system (kooperativt drevet apotekvesen) har vært forsøkt utarbeidet men ennå ikke realisert.

8. Kurativ virksomhet. Diagnostikk og behandling av pasienter henvist fra lokale helsearbeidere har tilhørt den daglige rutine, og har gitt anledning til både å opprettholde ens egne kliniske ferdigheter og samtidig drive praktisk rettet undervisning. Ved vårt prosjekt i Sør-Sudan har vi også hatt det medisinske ansvar for 200 norske voksne og barn, i et typisk tropeklime og med netto 3 timers flyreise til nærmeste tilfredsstillende sykehus.

9. Nødhjelp. I visse perioder har det vært prekær matmangel som følge av tørke, med omfattende sult og underernæring særlig av barn. Det har vært nødvendig med kortsiktige katastrofetiltak, med matutdeling og matstasjoner for barn. I sør-vest har vi måttet gi omfattende assistanse til ca. 40 000 ugandesiske flyktninger.

10. Forskning. Mulighetene for forskningsmessig arbeid er uten ende. Hittil har vi bare hatt kapasitet til mindre undersøkelser med konkrete formål. Eksempelvis er det gjort en del ernæringsundersøkelser for å evaluere behovet for matprogrammer. Helsearbeidernes bruk av oralt rehydrerings salt framfor antibiotika i behand-

lingen av diaretilstander er undersøkt og publisert ("Tropical Doctor", 1984) Spe- og småbarnsdødelighet er undersøkt i 8-10 landsbyer. En intervju-undersøkelse av 100 lokale fødsels- og hjelpere er gjennomført med det formål å utarbeide egen opplæringsprogrammer for denne kategori helsearbeidere.

SER VI RESULTATER?

Det er på det rene at de befolkningsgrupper der KN har drevet utviklingsarbeid de siste 10 årene har nådd lenger enn i nabo-områdene. Det er vanskelig å måle bedring av helsetilstanden, selv om tilgang på rent vann og økt tilgjengelighet av visse helsetjenester nokså sannsynlig har gitt en viss reduksjon av sykkelighet og dødelighet.

Mange mennesker i området vet nå at videre utvikling i stor grad er avhengig av deres egen innsats og medvirkning. Likevel vil det være behov for assistanse utenfra i flere år framover.

MILITÆRE UROLIGHETER

har dessværre forstyrret programmet i vesentlig grad de siste år. Økende geriljavirksomhet innenfor programområdet førte i 1985 til at de fleste norske familier måtte evakuere til nabolandet Kenya. Programmet går likevel videre takket være høyt kvalifiserte og idealistiske sudanesere som har tatt mye av ansvaret for den videre drift.

La oss håpe på fred og fordragselighet slik at viktig oppbygging og utvikling kan fortsette for fullt.

TILSLUTT ET HJERTESUKK

Hvor blir det av den fulle forståelse her hjemme for omfattende u-landstjeneste utført av norsk hjelpepersonell?

Når skal vi få oppleve at virksomhet innenfor internasjonalt helsearbeid anerkjennes som en verdifull erfaring som også kan komme norsk primærhelsetjeneste til gode??

La oss som norske leger utvide horisonten ytterligere og sammen arbeide for å oppnå "HELSE FOR ALLE INNEN ÅR 2000" ■



"Ich habe vöellig vergesssen, worum es bei diesem Experiment geht."

Serum i alme

□ Bård Ingegerdsson Freberg □



Bård I. F. studerer medisin ved Universitetet i Trondheim. Artikkelen er basert på hans studentavhandling ved Avdeling for klinisk kjemi: "Hvilken praktisk klinisk betydning har serum-elektroforese i almenpraksis?"

Elektroforese i praksis

BAKGRUNN FOR STUDIEN/ PROBLEMSTILLING

■ Serumproteinelektroforese er den aller mest vanlig benyttede klinisk-kjemisk undersøkelsen for å vurdere enkeltproteiner og proteinmønstre, og metoden er standard ved de fleste større klinisk-kjemiske laboratorier.

Ved Regionsykehuset i Trondheim utføres årlig ca. 6000 serum-elektroforeser, hvorav knapt halvparten for primærhelsetjenesten. Hva er den praktisk kliniske betydningen av alle disse undersøkelsene? Er det noen rimelig sammenheng mellom indikasjonsstilling og funn, dvs. står nytteverdien i noe forhold til innsats/ressursforbruk?

MATERIALE

Materialet består av i alt 476 proteinelektroforeseundersøkelser utført ved Avdeling for klinisk kjemi, Regionssykehuset i Trondheim i en to måneders periode (medio februar til medio april 1985.) Samtlige prøver ble undersøkt innen 48 timer fra prøvetaking av pasienten. Materialet omfatter kun tilsendte prøver. Serumproteinelektroforeser fra pasienter inneliggende ved sykehusets avdelinger er ikke tatt med. Rekvirertene er således kun distrikts-/kommuneleger med tilknytning til laboratoriet ved Regionsykehuset. Indikasjon for proteinelektroforese baserer seg på opplysninger gitt av rekvirertene på rekvisisjonsskjemaet. I de tilfelle hvor dette ikke framgikk ble det i første omgang tatt kontakt med rekvirerten telefonisk. Hvor en ikke nådde fram sendte en skriftlig anmodning om en kort redegjørelse om indikasjonen for undersøkelsen.

FORKASTEDE UNDER- SØKELSER/DROP OUTS.

I alt ble resultatene fra 28 serumproteinelektroforeser forkastet fordi det ikke var mulig å få rede på indikasjonskriteriene. Av disse 28 undersøkelsene viste 20 verdier innenfor referanseområdet, 7 viste marginale verdier og en sikker patologi (gammaglobulin 3,2 g/l).

EVALUERING AV UNDER- SØKELSENE

Normalverdier og øvrige kriterier for evaluering er satt opp i Tabell 1 og 2.

GRUPPEINDELING

Proteinelektroforese er gruppert etter oppgitt indikasjon for undersøkelse. I alt 25 hovedindikasjoner er oppgitt.

RESULTATER

Resultatene er gitt i tabell 3 og er gruppert etter indikasjonsstilling med resultatene oppgitt i antall normale, marginale verdier samt sikre patologiske forandringer. Av de 476 undersøkelsene finnes normale mønstre og normale verdier hos 305 pasienter (ca. 64%). Marginale verdier fantes hos 151 (ca. 32%) hovedsakelig alfa-2-globulin og beta-globulin i øvre normalområde og gamma-globulin i nedre.

Sikre patologiske funn finnes hos 20 pasienter (ca. 4%) utelukkende i gamma-globulinfraksjonen, hovedsakelig M-komponenter.

DISKUSJON

Flere studier (1,2,3,4,5,6,7) er gjort for bl.a. å belyse bruken

av laboratorieprøver i almenpraksis. Borchgrevink (4) konstaterer i sine arbeider en svær variasjon fra lege til lege i solopraksis. Rutle og Wium (5) peker på nødvendigheten av selvkontroll når de viser til norske primærlegers 10 millioner rekvirerte prøver fordelt på 10 millioner pasientkonsultasjoner pr. år. I et arbeid fra Nesna legedistrikt, Helgeland, viser Telje (6) til andel rekvirerte prøver 1029 (56,8%) av 1755 konsultasjoner. Praktisk talt samme forhold mellom rekvirerte prøver og konsultasjoner fant Borchgrevink (4) og Fugelli (7) på såvidt ulike steder som Oslo og Værøy og Røst. Antall rekvirerte undersøkelser i forhold til patologiske funn og praktisk klinisk konsekvens er ikke innbefattet i disse arbeidene (4,5,6,7). I dette materialet ialt 476 serum-elektroforeseundersøkelser finnes sikker patologi i 20 tilfelle, marginalt patologiske verdier i 151 og normale 305. I hvilken grad funnene i gruppen "marginale verdier" kunne vist "sikker patologi" avhenger selvsagt i noen grad av de enkelte klinisk-kjemiske laboratoriers referanseverdier. Verdiene benyttet ved Fylkessykehuset i Ålesund ville gitt en vesentlig høyere andel "normale". Derimot i forhold til Landspitalinn Reykjavik ville endringene vært få (riktignok tenkte tilfelle hvis begge laboratoriene fant samme verdier som oss). Svakheter i studien er bl.a. at såvel antallet undersøkelser som indikasjonsområdene er forholdsvis begrenset. En annen svakheter gjelder de enkelte indikasjonene. Muligheter for at oppgitt indikasjonsstilling er noe upresis og kanskje ikke alltid representerer den faktiske indikasjonen.

Det har heller ikke i noen grad fremgått om pasienten har møtt til undersøkelse fastende, gravid, medisinert etc..

Slike forhold kan ha vesentlig utslag på undersøkelsesresultatet (13). De marginale verdiene viste i hovedtrekk alfa-2-globulin og beta-globulin i øvre normalområde og gammaglobulin i nedre. En lett økning av alfa-2-globulin er vanlig ved lettere infeksjoner og kan således sies å være normalt tilstedeværende hos en rekke mennesker. Lettere infeksjoner er vanlig i vintermånedene da undersøkelsen ble utført. De økte alfa-2-globulin verdiene i materialet er så nær normalverdiene at de alene og på bakgrunn av en serumelektroforeseundersøkelse ikke kan danne grunnlag for konklusjoner i retning av sikre diagnoser. I

tilfelle med alfa-2-globulin i øvre normalområde sammen med gammaglobulinøkning har man sannsynligvis en lav-aktiv prosess med reaksjoner fra plasma og retikkel-celler. Mønsteret finner man igjen i noen få tilfelle i dette materialet, men må også sies å være et normalt funn ved lettere infeksjoner. Ved mer komplekse/marginale funn, f.eks. hos 75 år gammel mann: albumin 33 g/l, alfa-2-globulin 10,5, beta-globulin 10,6 og polyklonal gamma 17,0 g/l, må en vurdere de enkelte verdier mot hverandre. Ingen av enkeltverdiene er i seg selv sikker patologi, og heller ikke verdiene summert tilsammen. Serumelektroforesemønstre som her eksemplifisert er ikke typisk for noen sikker diagnose. Andelen av hypogammaglobulinemi i gruppen "marginale verdier" finner en f.eks. i hovedgruppene "rutinekontroll", "uklart sjukdomsbilde", "hudlidelser", "andre årsaker". Et "normalt" funn i de fleste hovedgruppene og med marginale verdier nært opp til referanseverdiene og uten praktisk kliniske konsekvenser.

Funn av sikker patologi i 20 av undersøkelsene viser utelukkende forandringer i gammaglobulin fraksjonen. 10 tilfelle viser funn av M-komponent og er tegn på tilstedeværelse av malign prosess. M-komponent ved tilstander som makroglobulinemia/Waldenstrøm og myelomatose svarer til forventet funn. Tilstedeværelse av M-komponent øker som kjent med alderen og finnes hos 3% av alle over 70 år (9) slik at en "benign" form kan være tilstede. I denne undersøkelsen fantes M-komponent hos 5 pasienter hvor indikasjonsstillingen ikke var myelomatose eller makroglobulinemia Waldenstrøm. Tre av disse var kvinner over 70 år hvor indikasjonsstillingen var høy senkning, en var en 85 år gammel mann med mistenkt lever/galle/pancreassjukdom og en var en 77 år gammel kvinne med indikasjonsstilling hypertensjon. Av disse fem pasientene fikk jeg informasjon om den kliniske konsekvens hos to pasienter. Serumelektroforeseundersøkelsen hadde imidlertid ingen betydning for den kliniske diagnosen. Gjennomsnittsalder for pasienter med M-komponent i dette materialet er 75,2 og står i forhold til forventet funn av M-komponent i en befolkning. Yngste pasient med M-komponent var 62 år og fikk diagnosen myelomatose. Funn av M-komponent hos en pasient kvinne 77 år i hovedgruppen "andre årsaker" (struma/angst/fractur/hydrops/angina o.a.) må sies å være et tilfeldig funn hvis ikke rekvisenten reelt har hatt andre

grunner for rekvirering av serumelektroforese enn oppgitt indikasjonsstilling "hypertensjon". Lave gammaglobulinverdier i 8 tilfelle varierende fra 4,2 til 4,9 g/l gir i seg selv liten eller ingen informasjon (9). Å utelukke malign tilstand kan en imidlertid ikke. Her gjelder også at en serumelektroforeseundersøkelse i seg selv og med bare en patologisk fraksjon ikke kan danne grunnlag for noen som helst sikker diagnose.

Arvelige faktorer og verdier av medikamenter/metabolitter i serum med hypogammaglobulinemi som følge må også vurderes. Sterkt nedsatt gammaglobulinverdi ser man ofte ved maligne lidelser spesielt i relasjon til det hemopoietiske og immunologiske system. En kan ikke utelukke patologiske forandringer i disse eller assosierte systemer hos dette materialets pasienter.

Imidlertid sees hypogammaglobulinemi ved recidiverende infeksjonssjukdommer og ved immunodepressive tilstander som f.eks. kronisk lymfatisk levkemi og AIDS. Polyklonal gammaglobulin som hos 2 pasienter i hovedgruppen "anemi" står ikke i rimelig forhold til indikasjonsgrunnlag. Anemiske tilstander kan imidlertid være en følge av kroniske og maligne tilstander med stimulering av det immunologiske system som følge. Polyklonal gammaglobulin i høye konsentrasjoner ville være mer naturlig å finne i tilfelle ved f.eks. gjennomgått infeksjon med sterk reaksjon fra plasma og retikkelceller f.eks. mononukleose og hepatitt. Høye polyklonale gammaglobulinverdier er og relativt vanlig ved revmatoid artritt. Resultatene i dette arbeidet viser imidlertid at så ikke er tilfelle.

En sitter igjen med spørsmålet i hvilken grad rekvisenten har utelatt opplysninger på rekvisisjonsskjemaet som ville bestyrket berettigelsen av serumelektroforese. Tvilsomt er det vel å rekvirere denne kostbare form for undersøkelse ved indikasjonsgrunnlag som f.eks. angina, fractur, hydrops genu og angst.

I hvor mange tilfelle med "sikker patologi" kunne andre og rimeligere undersøkelser gitt almenpraktikeren bedre diagnostisk hjelp?

På den annen side, ivaretar laboratoriene sine informasjonsforpliktelser? I det hele: er samarbeidet mellom laboratoriene og det's brukere i alle henseende ideelt?

KONKLUSJON

Rekvirering av serumelektroforese i almenpraksis kan i relasjon til resultatene slik de fremkommer i dette arbeidet ikke sies å stå i et rimelig forhold til nytteverdien.

Studien viser sikker patologi i 20 tilfelle (ca. 4%) og da som M-komponent hos 10 pasienter, polyklonal gammaøkning hos 2 pasienter og hypogammaglobulin hos 8 pasienter. Hos 8 av disse pasientene fikk jeg informasjon om den praktisk klinisk betydning av serumelektroforeseundersøkelsen. Vesentlig betydning fikk funnet kun for 2 pasienter hvor serumelektroforesen viste myelomatose som på forhånd ikke var kjent. Hos en pasient ble myelomatosemistanke avkrefte, en var kontroll av tidligere kjent myelomatose. Den praktisk kliniske betydningen av "sikker patologi" er således liten. Mistanke om myelomatose er tyngstveiende ved rekvirering av serumelektroforese - om ikke det eneste reelle indikasjonsgrunnlag.

LITTERATUR

1. Graadal Ø. Laboratorieprøver som screening. Tidsskr nor lægefor 1985; 105: 1795-1799.
2. Zieve L. Misinterpretation and abuse of laboratory tests by clinicians. Ann N Y Acad Sci 1966; 134.
3. Sandler G.: Costs of unnecessary tests. Br Med J 1979; 2: 21-24.
4. Borchrevink CF. Bruk av laboratoriet i almenpraksis. Tidsskr nor lægefor 1973; 93: 1486-1490.
5. Rutle O, Wium P. Kvalitetskontroll av almenpraksis. Tidsskr nor lægefor 1980; 100, 292-296.
6. Telje J. Praksisregistrering i et nordnorsk legedistrikt. Tidsskr nor lægefor 1976; 96: 77-81.
7. Fugelli P. Værøy og Røst-prosjektet-1. Tidsskr nor lægefor 1979; 27: 1326-1330.
8. Farstad M, Palmer H. Vurdering av klinisk-kjemiske laboratorieundersøkelser. Tidsskr nor lægefor 1966; 86: 1202-1205.
9. Thompson RA. The practice of clinical immunology. Edward Arnold, 2.ed. 1978, 97-99.

Tabell 1:

Referanseverdier for serumelektroforeseundersøkelse ved Avdeling for klinisk kjemi Regionspsykehuset i Trondheim pr. 1985

Albumin:	35 - 55 g/l.
Alfa-1-globulin:	1 - 4 g/l.
Alfa-2-globulin:	3 - 9 g/l.
Beta-globulin:	4 - 10 g/l.
Gamma-globulin:	7 - 15 g/l.
Totalprotein:	
Voksne:	60 - 80 g/l.
Barn, nyfødte, navlestrengsblod.	46 - 70 g/l.
Barn, 1-6 mnd.	48 - 70 g/l.
Barn, 7 mnd. - 5 år:	60 - 78 g/l.

Verdier utenfor disse grensene er definert som "marginale" eller "sikker patologi".

Tabell 2:

Sikre patologiske verdier er definert ved følgende tall:

Albumin:	<30,0 g/l.
Alfa-1-globulin:	< 0,5 g/l.
Gamma-polyklonal:	>20,0 g/l.
Gamma-nomoklonal:	>10,0 g/l.
Gammaglobulin:	< 5,0 g/l.

Tilstedeværelse av M - en komponent.

Tabell 3:

Hovedgruppe	Norm.	Marg. patologi	Sikker	Tot.
Rutinekontroll:	2	3	ingen	5
Uklart sjukdomsbilde:	17	7	1	25
Nedsatt almentilstand	18	6	1	25
Betennelse:	10	4	ingen	14
Feber:	3	4	ingen	7
Vekttap:	3	5	ingen	8
Anemi:	10	6	2	18
SR 50mm/t:	16	24	2	42
Høy SR (økt opp til 50 mm/t):	29	14	2	45

forts.

Uklare abdominalsymptomer	19	10	2	31
Lever/galle/pancreassjukdom	12	5	2	19
Obs. malign sjukdom:19	7	ingen		26
Kontroll av tidl. patologi:	7	2	ingen	9
Mononukleose	2	0	ingen	2
Alkoholmisbruk:	1	2	ingen	3
Hudlidelser:	15	6	ingen	21
Ødem:	4	1	ingen	5
Revmatiske plager:	54	9	1	64
Muskelsmerter:	3	4	1	8
Ledd-smerter/-plager:	18	5	ingen	23
Ryggsmerter:	7	5	ingen	12
Osteoporose:	1	0	ingen	1
Makroglobulinemia/Waldenström:	0	0	1	1
Myelomatose:	1	0	4	5
Andre årsaker (struma, angst, angina o.a.):	34	22	1	57



med kond

Øyvind Bekkehus
kommunelege, Søndre Land



Øyvind B. er cand. med. fra Bergen 1959. Turnus Ålesund og Lesja/Dovre. Kurs i USA i dykke/ubåtmedisin og 1 år ved Håkonsvern som båt/dykkelege. Verkslege Fosdalen bergverk, Malm, 1963-66. Privatpraksis i Moss 1966-77. Fra 1977 distrikslege/kommunelege i Søndre Land. Spesialist i almenmedisin fra 1985.

Rapport fra en trimring kondisjonsundersøkelse

I Oppland har vi våren 1985 hatt igang ca. 60 trimringer. I vår kommune, Søndre Land, startet vi i januar. Vi koplete en ergometersykkeltest til trimringen vår i Hov for å undersøke om et uformelt opplegg som en trimring virkelig ville bedre den fysiske kondisjonen. De fleste forsøk for å kontrollere effekt av trening er gjort under svært kontrollerte betingelser. Vårt trimringopplegg var svært lite kontrollert, både når det gjaldt intensitet, hyppighet og varighet av treningen. Det er vist at et 40 minutters gå-program 4 ganger pr. uke gir en likeverdig kondisjonsforbedring med 30 minutters program 3 ganger pr. uke med moderat intens løping. (1).

TRIMRINGENS HISTORIE OG INNHOLD

I forbindelse med en stort anlagt hjerte/karundersøkelse i Oppland, Finnmark og Sogn og Fjordane har fylkets helsemyndigheter arbeidet for å få til mosjonstiltak utover i kommunene utover det som konkurranseidretten hittil har gitt. Oppland Idrettskrets har tatt opp utfordringen, har ansatt trimkonsulent og har utarbeidet materiale til bruk i trimringer. Det er rådgivning om hvordan tidligere utrenede kan bedre kondisjonen ved sykling, svømming, skigange og løping.

I Hov tok helsesøster og kommunelege initiativet til innkalling til trimring. Fra Oppland Idrettskrets fikk vi rådgivning, hjelp til innkalling og brosjyrer. Etter at vi hadde kommet i gang i Hov, ble det dessuten trimringer andre steder i bygda, både i Fluberg og Odnes.

Til trimringen i Hov møtte det fram over 70 personer, de fleste

slike som ellers ikke deltar i trening. Det praktiske opplegget var: Tirsdag kl. 18.00 fram møte ved helse- og sosialsenteret der man noterte seg på liste. Kommunelegen ga tilbud om å være med på korte kåserier om helse og fysisk aktivitet. Han gav også tilbud om helseundersøkelse som stort sett bestod i: Samtale, vurdering av hjertetilstand, blodtrykksmåling. Videre rådgivning og behandling av eventuelle skader som oppsto under trening. Helsesøster gav tilbud om kondisjonstesting på ergometersykel. Det var stor interesse for å høre på kåseriene, mange ville også ha en test. 42 lot seg førstegangsteste, men til kontrolltesten etter 3-4 måneder stilte bare 25. Av disse 25 hadde tre ikke fått trent av ulike årsaker og er tatt ut av materialet for kondisjonsundersøkelsen.

Hovedsaken med fram møtet var trimturen. Folk gikk eller jogget etter veien i 30 til 50 minutter. De fleste, iallefall de eldre, syntes det var best å gå. Instruksjonen var tatt fra "Aktivitetsleder kurs TRIM, teori-del", Norges Idrettsforbund 1981, avsnittet "Mosjonsløype for eldre og utrente". Treningen ble da instruert slik:

1. Oppvarming ved gange i rolig tempo 5 minutter.
2. Langintervalltrening i 15-20 minutter (utover i programmet 25-30 minutter) ved hurtig gange 2 til 4 minutter, hvile/gå rolig ca. 2 minutter.
3. Uttøyning.

De yngre fulgte i høyere grad en folder om joggeprogram for begynnere, utgitt av Oppland Idrettskrets.

Torsdag var det også fram møte ved helse- og sosialsenteret, men ikke helsepersonell til stede da. Samme trening som på tirsdag.

Ring-deltagerne var videre oppfordret til å bruke en av dagene i ukenslutt til å gå, eventuelt på ski, eller sykle.

5 til 6 deltakere benyttet lysløypa til skiprogram for begynnere, og ca. 10 stykker fikk benytte skolens svømmebasseng 1 gang pr. uke til et svømme-program.

Bare 1 ville ha hatt innetrening om tilbudet hadde vært der. Dette skyldtes kanskje at friundervisningen hadde gående et bra besøkt kurs i "aerobics", rett nok bare med kvinnelige deltakere.

1. MÅLSETTING

Gi fysisk trening til en gruppe mennesker som ellers ikke trener. Hvorfor det? Jo, det er grunn til å anta at et minimum på 38 til 45 ml. oksygenopptaksevne pr. kilo pr. minutt er nødvendig for god helse. I allefall gjelder dette for menn mellom 20 og 60. Kvinner klarer seg med 10 til 20% mindre (1).

De 11 menn som ble testet ved begynnelsen av treningsperioden hadde oksygenopptak (VO₂) på 34,7 i gjennomsnitt. De 4 karene som ikke kom tilbake til kontrolltesting etter treningsperioden hadde høyere utgangsverdi enn de 7 som fulgte opp med test. Gjennomsnittet hos de 4 som ikke møtte 2. gang lå på 40 ml pr. kilo pr. minutt. 31 kvinner møtte til 1. gangs test og de hadde 34 i gjennomsnitt. De 13 som ikke kom til ny test, hadde 32,5 i gjennomsnitt, med spredning fra 19 til 42.

Dette vil si at man i både manns- og kvinnegruppa fanget inn mange personer med så dårlig fysisk form at det må gå utover deres daglige trivsel.

2. MÅLSETTING

Å gi helseopplysning.

Når folk møtes til en trimring, så er de innstilt på å gjøre noe aktivt for sin egen trivsel. Flere motiver er nok medvirkende til fram møtet: slanking, menneskelig kontakt også videre, men helsemotivet er nok med hos de fleste. Derfor er det en fin forsamling å drive helseopplysning i.

3. MÅLSETTING

Bekjempe overvekt. ▶

Mye av svenskene friskvårdsbevegelse begynte ved at man trente som ledd i slankeprogram (2). Slankingen var et godt stimulus for å få folk til å møte fram til trening. Pollock har vist at selv om man kan bedre kondisjonen ved to treningsøkter pr. uke, så må det 3 økter til av en intensitet som minst forbrenner ca. 300 kilokalorier for å gi innvirkning på overvekt.

Vi har, kanskje med urette, benyttet den mulige slankeeffekten mindre i markedsføringen enn svenskene har gjort.

Vi ville altså undersøke om en uformell trening uten instruktører og uten overvåkning, bare med rådgivning via brosjyrer og samtale i grupper kunne gi effekt på kondisjon og vekt.

Den eneste kontrollen som var med treningen, var at folk noterte seg på ei liste på helsehuset når de møtte fram, noen førte treningsdagbok, og de med flest kryss på treningslista fikk noen ekstra premier på avslutningsfesten i juni.

Vi benyttet Åstrands metode til bestemmelse av oksygenopptak (tabellarisk utregning av maks. VO_2 på grunnlag av pulshastighet ved en submaksimal belastning). Siemens elektronisk avbremsede testsykel ble brukt (Siemens Ergomed 740), og til pulstelling ble også elektronikk benyttet: "Heart rate computer" fra Escotec Ky, Finland.

RESULTATER

42 personer møtte til testing før treningsperioden, 25 møtte til ny test etter 3-4 måneders trening. Av disse hadde 3 ikke trent, og inngår ikke i materialet. (Alle 3 hadde forøvrig en beskjeden nedgang i VO_2). 15 kvinner i alder 31 til 76 år og 7 menn i alder 38 til 68 år inngår. Kvinnenes gjennomsnittsalder er 46,3 år. Mennenes gjennomsnittsalder 52,8 år.

Kvinnene viste kondisjonsforbedring fra 2,35% (gruppe 40 til 49 år) til over 20% (gruppe 50 til 59 år). Mennene kondisjonsforbedret seg fra 4% (gruppe 40 til 49 år) til over 27% (gruppe under 40 år).

VEKTUTVIKLING:

Hos kvinnene kom det ingen forandring i gruppe 40 til 49 år, og opptil 2,15 kilo i gjennomsnitt for gruppe under 40 år. Tilsammen mistet kvinnene 21 kg.

Hos mennene fikk vi vektøkning

1,2 kg i gruppe over 60 år og vekttap 2 kilo for gruppe under 40 år. Tilsammen mistet mennene 4 kilo fett.

Sykdom eller skade som følge av trening utover det bagatellmessige er ikke registrert.

En mann på 70 år i trimringen, ikke testet på grunn av hjerte-flimmer, døde brått dagen etter en rask gåtur. Det er vanlig med mors subita ved flimmer, og umulig å si om han kunne levd lenger uten trim.

KONKLUSJON

Trening på et moderat nivå uten sikte på konkurranse, gjerne kalt trim, gav i denne undersøkelsen utrente mennesker en forbedring av deres oksygenopptak i størrelsesorden 10% i løpet av 3 til 4 måneder.

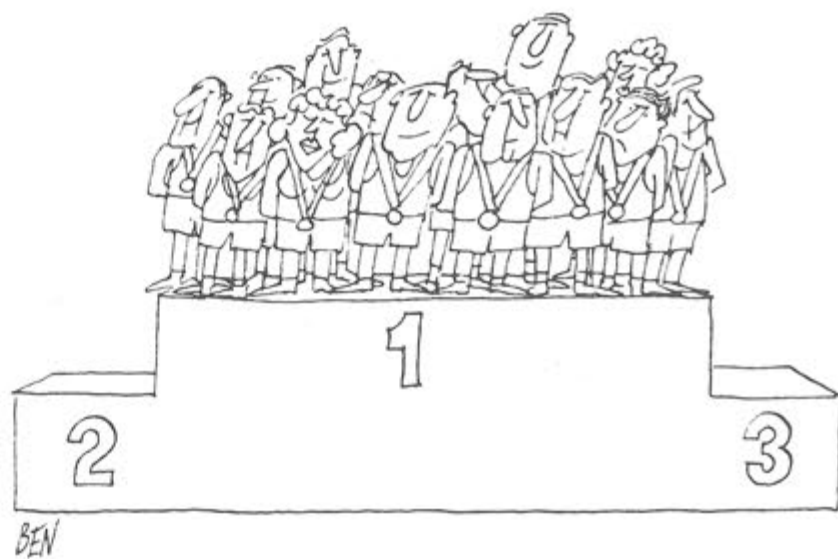
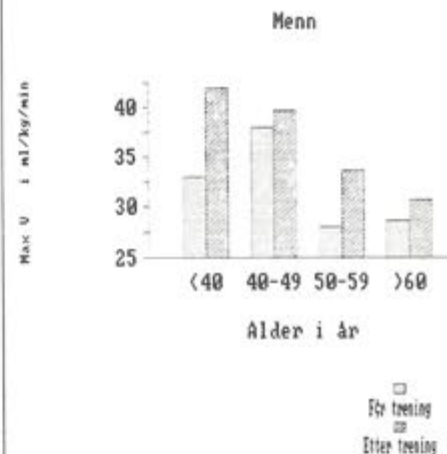
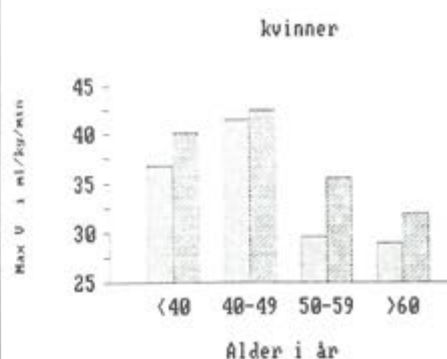
I samme periode hadde de fleste trimdeltakerne et fall i kroppsvekt, men dette fallet traff ikke hos alle, og det kom ikke alltid hos dem som forbedret seg mest kondisjonsmessig.

Undersøkelsen tyder på at et uformell trimprogram som det beskrevne vil klare seg hos de fleste for å oppnå et kondisjonsnivå forenlig med god helse. Større undersøkelser bør gjøres før sikre konklusjoner kan trekkes.

LITTERATUR

1. Pollock ML. How much Exercise Is Enough? The Physician and Sportsmedicine June 1978; 50-64.
2. Karlstrømmer U. Framgångsrik friskvård enligt Hedemodellen. Stockholm. Almquist & Wiksell forlag AB. 1979.

PERSONOPPLYSNINGER



På laget mot narkotika

Almenpraktikeren - en glemt reserve

□ Eirik Ekker Solberg □
Diakonhjemmet sykehus,
Oslo

Erik E. S. er cand. med. fra Oslo 1979 og har psykologi grunnfag fra 1972. Turnus ved Buskerud Sentralsykehus og har senere bl.a. arbeidet ved Ullevål sykehus, avd. VIII, psykiatrisk avd. Sentralsykehuset i Akershus og som bydelslege i Oslo. I øyeblikket kombinerer han jobb ved Diakonhjemmet og studier i psykologi.



Hvilken rolle spiller almenpraktikeren i narkotikaomsorgen? Går man til litteraturen for å finne svar, vender man relativt tomhendt tilbake. Det er nesten ikke skrevet noe i Norge om dette. En bibliografi over norsk almenmedisinsk forskning frem til 1983 inneholder ingen artikler om emnet. Lehmanns (1) forslag til behandlingsprogram for stoffbrukere i almenpraksis er et unntak i så måte. I internasjonal litteratur får en heller ikke særlig utfyllende svar (2),(3),(4).

MEDIA

Media har derimot vært opptatt av problemet. Dagbladet (5) har flere artikler de siste årene hvor almenpraktikeren er beskrevet i sammenheng med stoffmisbruk. Man kan legge merke til at legen ikke befinner seg i den

autoritære legerollen så kritisert på 60-70-tallet. Nei, han er nærmere offerets rolle, truet med kniv, presset for medisiner, o.s.v..

PROBLEMETS OMFANG

Hva er omfanget av narkotika-problemer i almenpraksis?

Det vet vi ikke. Øgars (6) undersøkelse skiller ikke ut brukerne av illegale stoffer som egen gruppe. Antall stoffbrukere i Norge vet vi heller ikke eksakt. Spesielt kan man lure hvor stort mørketallet er, også av de såkalte selskapsbrukere. Epidemiologiske undersøkelser (7) viser at omtrent en av fem ungdommer har prøvd stoff. Man kan også se på politiets beslag for å få en pekepinn.

STOFFBRUKERE - ET KLINISK PROBLEM?

Opplever almenpraktikeren stoff-

brukere som et klinisk problem?

Ihvertfall møter vi disse pasientene enten vi liker det eller ikke. De kommer for å få hjelp med somatiske plager, nervøse lidelser eller for å få medikamenter. Legen har også en del av et marked for stoffbrukerne. Medikamentene i legekofferten og på legekantoret er en potensiell kilde til rus. Så vi må ta stilling til denne pasientgruppen.

Almenpraktikeren representerer en glemt ressurs i arbeidet mot narkotika. Vi er som gruppe antagelig i kontakt med relativt mange stoffbrukere og har derfor ihvertfall en anledning til å gripe inn overfor dette viktige helseproblemet, såvel diagnostisk, i behandling, i behandling som forebyggende.

Disse pasienter kommer ikke som "klassiske" pasienter. De søker sjelden hjelp for sitt

stoffbruk. De kan være truende og farlige. Ofte ser vi vel heller ikke at det er stoffbruk det dreier seg om. Vårt almenmedisinske fagmiljø har heller ikke på en skikkelig måte drøftet retningslinjer for hvordan man skal takle disse pasientene i praksis. Dette er nå nødvendig for videre arbeid i feltet.

ER STOFFBRUK HELSESKADELIG ?

Forskningsarbeidene særlig omkring cannabis har i de siste årene stadig sterkere konkludert med at stoffet gir alvorlige skadevirkninger. Arbeidene er dog uklare i sine konklusjoner om hvilke doser som gir skadevirkninger, over hvor lang tid stoffet må tas før skade inntreffer og om skaden er reversibel. Jeg nevner cannabis spesielt fordi det kort tid tilbake ble ansett å være relativt ufarlig, og ihvertfall i noen land, nærmest en del av en akseptert ruskultur.

Cannabis utskilles sent i kroppen og er målbart i urinen flere uker etter inntak. Man må også huske at det hittil kjente aktive stoffet i cannabis, THC (tetrahydrocannabinol), ble syntetisert så sent som 1964. Man har således ikke hatt lang tid på seg til å teste ut stoffets kliniske virkninger.

Men rapporten fra den nordiske medisinske ekspertgruppe som utredet problemet omkring cannabis og medisinske skader (8), konkluderer med at stoffet gir somatiske skader...

- fører til betennelsestilstander i luftveiene
- kan gi opphav til precancerøse lungeforandringer
- gir pulsøkning
- senker mengden av testosteron
- minsker antall spermier
- nedsetter blodgjennomstrømmingen i hjernebarken (9)

Cannabis gir psykologiske skadevirkninger...

- stemningsleiet forandres
- tankevirksomheten endres
- korttidshukommelsen svekkes
- innlæringsvevnen minsker
- stoffet fremmer passivitet og kan føre til såkalte amotivasjonssyndromet

- stoffet kan fremkalle psykoser

ALMENPRAKTIKERENS ROLLE

Hva kan almenpraktikeren gjøre overfor stoffbrukere? Det er et spørsmål om vilje, holdning, kunnskap og mulighet i det forebyggende, i diagnostikk og kanskje i behandling.

Forebyggelse

Normer, en kilde til motstand og opprør, men kan også være gode rettesnorer å leve etter.

På mange felter i livet synes det ikke å føre frem å ha for sterke normer. Men i forhold til stoffbruk tror jeg man vil være tjent med et sterkt normsett som avviser stoffbruk. Forskning (10) har også vist at et svekket nærmiljø fører til økning i misbruk.

Vårt fellesskap har akseptert enkelte sterke normsett fordi genvinsten er åpenbar. De fleste av oss kjører ikke på rødt lys fordi alle oppmerksomme på fordelen ved det. Straffer setter ytterligere sanksjoner bak dette normsettet. På linje med respekten for det røde trafikklyset, er det viktig å få sterke normsett mot narkotika som preger kulturen fra de formelle autoritetene og ned til vennekretsen.

Jeg tror almenpraktikeren har en viktig funksjon i å markere normer mot stoffbruk.

Kulturkamp mot narkotika

En kulturs forhold til rusmidler synes så komplisert, at man til tider i et arbeid mot narkotika kan oppleve at man står i en kamp med tildels mange uklare fronter. Selv om man vel de siste årene har opplevd en dreining i retning av mer rusfrie miljøer? Stoffbruk synes i dag mindre akseptert i en del ungdomsmiljøer.

Jeg tror det er riktig å se kampen mot narkotika som en kulturkamp. Legen kan utvide sin radius fra den tradisjonelle diagnostikeren/behandleren, til også å delta i denne kampen med sin faglige ekspertise.

Legen kan være støttespiller for institusjonene, vennekretsen, foreldrene, skolen og ikke minst de frivillige organisasjonene som mange gjør en betydelig innsats. Politi, sosialetat og apotek er pillarer i dette arbeidet og samarbeidspartnere. Man kan engasjere seg på ulike hold, holde foredrag, skrive i avis eller på annen måte markere holdning.



Det er vel dokumentert at cannabis nedsetter nærhukommelsen og svekker innlæringsevnen. Jeg synes f.eks. at det er verdt å merke seg at dette ikke blir tydeligere påpekt i skolen og høyere læresteder.

Diagnostikk

Cannabisrøking gir konjunktivale reaksjoner og store pupiller. I USA heter det at man tidlig bør rette oppmerksomheten på cannabisrøking som differensialdiagnose ved bronchittsymptomer hos unge.

Opiater gir miotiske pupiller. Ved grove intoksikasjoner er det som regel opplagt at pasienten har ruset seg.

Legen bør være orientert om de objektive diagnosemetoder, som regel urinprøve på narkotiske stoffer.

Et kriterium på stoffbruk er selvfølgelig at ungdom er i rus. Et annet er at cannabis synes å utvikle det såkalte amotivasjonssyndrom. Stoffbrukeren mister interesse for det hun eller han har holdt på med, og er mer opp-tatt av rus og rusens gevinster framfor deltakelse i livet. Foreldre og andre i nærmiljøet ser ofte tegn på misbruk. Almenpraktikeren kan være med på å definere at det er rusproblem det dreier seg om.

Behandling

Vi har lite erfaring og tradisjon i å behandle denne pasientgruppen. I følge Lehmann (2) kan almenpraktikeren muligens ha stoffbrukere til jevnlig behandling hvor man går inn i strukturerte tilbud for å bryte både misbruket og kontakten med stoffmiljøet.

Retningslinjer

Legene har ikke lært mye om stoffmisbruk i studiet. Det er mulig at det vil være hensiktsmessig å samle handlingsrettet klinisk nyttig informasjon om problemet lettfattelig i en manual.

En slik veiledning kunne inneholde kort informasjon om stoffene, diagnostiske kriterier for stoffbruk, detaljert informasjon om tilgjengelige prøver: prøvetaking, takst, forsendelse, swarens validitet. Videre kan den strukturere mulige samarbeidsalternativer både i forhold til sosialetat, politi, apotek eller andre. Det kunne gi råd om medikamentpolitikk, abstinensplager, gravide narko-

mane, samt opplyse om hepatitt og AIDS: smittefare, diagnostiske kriterier og tiltak. Den kunne inneholde en oversikt over henvisningsinstanser, hvordan man når disse og deres inntakskriterier. Det kunne kanskje også vært nyttig å ha en oversikt over aktuelle lovregler, narkotikakulturens språk og telefonliste over samarbeidspartnere.

En slik veiledning burde støtte seg på en grundig drøftelse i vårt fagmiljø.

ALMENPRAKTIKEREN PÅ SIDELINJEN

Hvorfor har vi markert oss såpass lite overfor stoffbruk?

Det kan være mange grunner. Kanskje er ikke stoffbruk et problem i almenpraksis? Det tror jeg ikke stemmer. Kanskje har vi bortdefinert problemet? Stoffbruk er sosialarbeidernes og psykiaterens bord.

Vi har kanskje ikke definert stoffbruk som "sykdom", som vi forholder oss til som noe uønsket vi prøver å fjerne? Pasientene definerer seg jo heller ikke som vi er vant til.

Noen av oss yngre leger har vokst opp med stoffbruk som en del av vår idealiserte ungdomskultur og har kanskje ikke i tilstrekkelig grad tatt avstand fra det? Det er heller ikke så lenge siden at fagfolk, også i Norge (11), uttalte seg optimistisk om LSD brukt i terapeutisk øyemed.

Vi beveger oss også her inn i en vanskelig og utfordrende gråsoner: Den individuelle frihet. Retten til å velge livsstil, også helse-skadelig, og til å nyte rusmidlene man ønsker.

Forskning har vist at livsstil har avgjørende innflytelse på store viktige sykdomsgrupper. Tidligere var det teologene og filosofenes domene å rettledde om livsstil, på religiøst og filosofisk grunnlag. Nå står legene foran den samme utfordringen, på faglig grunnlag. Dette er ikke så lett. Det er et uklart skille mellom hva som er moral og hva som er faglighet. Likeledes berøres egen livsstil, holdninger og autoritetsproblematikk.

Men i forhold til narkotikamisbruk er det kanskje lettere enn overfor røyking, alkohol, kostholdet eller mosjon. De narkotiske stoffene er idag alment lite akseptert og illegale. Vi medisinerer har således også loven i ryggen når vi markerer negative holdninger til dem.

LAGSPILL

I en drøftelse om almenpraktikerens rolle i narkotikaomsorgen, mangler man forskningsbasert kunnskap om det meste. Jeg tror at almenpraktikeren med sin solide forankring i nærmiljøet, kan være en ressurs i arbeidet mot narkotika. Narkotikaproblemet er så mangesidig at man antagelig er best tjent med et fellesskap, helsefagfolk og befolkning, opptretter samlet i å tilby hjelp og markere grenser. Almenpraktikeren bør inn fra sidelinjen og med på dette lagspillet mot narkotika.

LITTERATUR

1. Lehman EH. Pasienter med stoffproblem. Invitasjon til samarbeide. Utposten, 1985, årg. 14, 22.
2. Webster IW. Recognizing and helping narcotic addicts in general practice. Aust Physician, 1978; 10, 1225-9.
3. Flavigny H. The role of the general practitioner with respect to young drug users and their parents. Acquis Med Recent, 1978; 105-19.
4. Tylden D. What the GP can do? Lancet, 1983, 34, 1155-6.
5. Dagbladet, 1982: 15/2, 11/3 1983: 27/1, 28/1, 2/6, 3/6.
6. Øgar B. Pasienter i norsk almenpraksis. Tidsskr nor lægefor 1977; 97, 491-504.
7. SIFA
8. NAD-publikasjon nr. 9 1984: Cannabis och medisinska skador - en nordisk verdering.
9. Kjerstin Tunving (pers.med.)
10. Bl.a. Narroll R.: "The moral order"
11. Robak OH. LSD-25 som psyko-terapeutisk hjelpemiddel. En redegjørelse om preliminær meddelelse. Tidsskr nor lægefor 1962; 82, 1360-3.

Brev til Peter Hegglov

Inspirert av Peter Hegglovs essay i Utposten 1/86 skrev Steinar Westin dette brevet til Peter H.. Ettersom utpostenredaktør Ola L. ganske riktig også fornemmer noe av de samme vibrasjoner ved lesning av Harry Martinsons Aniara, tar vi inn både brevet og en prøve fra Aniara. For de uinnvidde kan vi kort referere at Aniara er en science fictionbok på vers. Aniara er navnet på et stort romskip som med mange tusen emigranter skal gå en rutinetur fra Jorda til Mars etter at Jorda er blitt ubeboelig etter en atomkrig ("stenene gråt"). Aniara

kommer ut av sin bane og forsvinner ut av solsystemet i retning av stjernebildet Lyren. Boka handler om livet ombord i dette romskipet: noen hengir seg til forskjellige løsslupne tidtrøyter, andre leter etter redning, håp o.a., for såvidt ikke så ulikt livet på vårt eget romskip, Jorda. "Goptaverket" er romskipets store datamaskin. Isagel er den ombord som bl.a. betjener goptaverket. Dessverre kan vi bare ta med dette ene diktet.

Her er først Steinar W.'s brev:

Kjære Peter Hegglov

Jeg har med undring og stor respekt lest ditt essay i Utposten. Flere ganger underveis gled tankene mine over til Harry Martinsons Aniara. (En interesse jeg forresten deler med Utpostenredaktøren Ola Lilleholt) Sender deg tre av de diktene som jeg berører ditt essay - men du har vel lest dem allerede? Takk for din artikkel i alle fall!

Steinar Westin

ANIARA

En talmängdsfilosof och mystiker av aleftalens skola kommer ofta med ifyllt frågekort till goptaverket. han bugar tyst för Isagel, den klara och tassar sedan ut i Aniara.

Och Isagel som finner frågan rimlig tar in hans formelflock och ställer om den för goptabordets tredje tankeställ.

Och när hon transformerat talgruppsskaran och omsorgsfullt gopterat tensorklassen hon för dem vidare till goptavagnen varpå hon spänner rymdbetjänten Robert vår hjärntrusts trogna ök för talmängdslassen.

När talmängdsfilosofen återkommer har Isagel att säga som det är, trots alla Roberts ivriga besvär. kan ingen gopta svära på det där. Ty frågan gellde underverksfrekvensen I Alltet tenkt som talmängdsuniversum. Den synes sammenfalla så med Slumpen att slump och underverk har samma källa, och samma svar för båda synes gälla.

Och talmängds mannen, som vi honom kallar, gör tyst en bugning, sorgsen undergiven och tassar bort i Aniaras hallar.

BOK OG TIDSSKRIFTANMELDELSER

Svangerskapsomsorg i almenpraksis

Almen- praktiker biblioteket

Bergsjø P, Sjøli SI, Thesen J, Telje J. 175 s. Oslo: Universitetsforlaget 1985.

Denne bokanmeldelsen ble tatt med tang etter lang overtidighet, fullbåren som den var allerede lenge før jul.

Uheldige omstendigheter gjorde at den ikke kom med i det nummeret den var tiltenkt, og når den først kom med sto den helt på hodet. Det fortjener i hvert fall ikke boka, og anmeldelsen bringes her korrigeret.

F.H.

Frode Heian

■ Som de andre bøkene i almenpraktikerbiblioteket retter boken seg til almenpraktikere. Intensjonen er likevel å være en veileder for alle som driver svangerskapsomsorg, og spesielt i primærhelse-

tjenesten.

Flere av forfatterne står også bak NOU 84:17 Perinatal omsorg og boken er en tilrettelegging av delutredningen Handlingsprogram for svangerskapsomsorgen. Innholdet dekker spørsmål om: organisering, arbeids-/ansvars-

PROFDOC A/S

PROFDOC's dataprogram for leger er PC-basert. Ved flerbukerløsning kobles maskinene sammen med nettverk.

- Laget av en lege.
- Laget for å lette legens arbeide og fjerne unødvendige rutiner.
- Over ett års brukererfaring av flere leger.
- Programmet er menystyrt med logiske valg og forklarende tekst.
- Lettlært og krever ingen forhåndskunnskaper om data for å brukes.
- Skriver ut på resepter og skjema som benyttes i dag.
- Liten omlegging av arbeidsrutiner for å starte med data.
- Frihet til å benytte de rutiner man selv ønsker.
- Man trenger ikke legge inn noe data på forhånd for å starte.
- Gir oversikt over praksisen.
- Dekker behovet ved legekontorer, poliklinikker og legevakter.

Kontakt PROFDOC A/S for mer informasjon og referanser.



fordeling, lover og forskrifter, normal og patologisk svangerskapsutvikling, og et detaljert kontrollprogram. Den avsluttende diskusjonsdelen berører spørsmålet om ultralydundersøkelse (som forfatterne mener bør utføres på vid indikasjon men ikke rutinemessig), og såvidt muligheten å overlate store deler av kontrollen til den gravide selv.

Forfatterne har etter min mening klart den vanskelige grenseoppgangen mot en vanlig lærebok i obstetikk. Boka balanserer godt mellom det å formidle faktakunnskap og klare retningslinjer, og inngi gode holdninger uten å være påtrengende autoritær.

Jeg kunne tenkt meg noe mer om pedagogiske prinsipper, dvs. mer detaljert om hvordan og ikke minst når i svangerskapet det er mest gunstig med forskjellige former for helsepåvirkning. Som kjent er tidspunktet (-ene) for alkoholinntak i svangerskapet like avgjørende som størrelsen av misbruket, og røykeråd i 3. trimester har vel ikke annen effekt enn å skape dårlig samvittighet. De nærmere 60 litteraturhenvisningene kunne gjerne vært supplert med litt fyldige omtaler av andre lesverdige bøker for interesserte. Det gjelder både fag- og holdningskapende litteratur som kan gi ytterligere dimensjoner til forståelsen av det klientellet vi har med å gjøre.

Det gode og oversiktlige kontrollprogrammet med retningslinjer ved ulike funn kunne med fordel vært ført over på medfølgende stivt papir eller papp til å henge på veggen e.l. som huskeliste ved hver enkelt kontroll. Vi vet alle hvor lett det er å glemme viktige ting når det er mye vi skal gjennom.

Alt i alt er boka en god (og nødvendig) lærebok for ferske og erfarne og det er en oversiktlig oppslagsbok som bør stå langt framme i bokhylla og blas i til stadighet (tåler den det?). Den bør anskaffes av alle helsestasjoner, leger (som driver svangerskapskontroll) og jordmødre, med respekt for seg selv.

Kunngjøring



Tegning: Frode Heian

Undertegnede skal i regi av Helsedirektoratet/Gruppe for helsetjenesteeffektivisering i kommunene, lede arbeidet med utarbeidelsen av:

- a. Metodebok for skolehelsetjenesten (A. Grimsmo)
- b. ny Helsestasjonshåndbok. (F. Heian)

Bøkene vil forhåpentlig også kunne gi plass til korte omtaler av arbeidsoppgaver og arbeidsmetoder som helsestasjons- og skolehelsepersonell har gode erfaringer med.

Vi tror det er mange som "sitter på" slike erfaringer som ikke er alment kjent og henvender oss bl.a. til UTPOSTEN's lesere for å få nyttige tips om:

- personer som kan være spesielt interessert i vårt arbeid og som kan ha noe å bidra med.
- lokalt utarbeidde brosjyrer, rutiner og annet av interesse.

Håper dette kan gi støtet til en diskusjonsrunde lokalt for å frembringe mulige aktualiteter.

Arbeidet med disse bøkene er godt i gang og det ville være fint med en respons så snart som mulig, og i hvert fall i løpet av sommeren.

Anders Grimsmo
6650 Surnadal
(sign)

Frode Heian
6630 Tingvoll
(sign)



Tetralsal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

ATC nr.: J01A A04

KAPSLER 150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneh.: Lymecyclin, aeqv. tetracyclin, 150 mg, resp. 300 mg.

Egenskaper: Klassifisering: Bredspektrert antibiotikum. Virkningsmekanisme: Bakteriostatisk effekt ved hemming av mikroorganismenes proteinsyntese. Absorpsjon: Absorberes raskt. Terapeutiske serumkonsentrasjoner > 1,0 ug/ml oppnås innen 1 time og er maksimale (2-3 ug/ml) innen 2-3 timer. Dobbel dose gir 80 % økning av serumkonsentrasjonen. Proteinbinding: Ca. 45 %. Halveringstid: Ca. 10-12 timer. Metabolisme/Utskillelse: Metaboliseres i liten grad. Ca. 60 % av peroral dose utskilles i aktiv form via urinen. (Ved normal dosering ca. 300 ug/ml) Ved doubling av dosen oppnås 60 % økning av utskillelsen. Overgang i placenta: Passerer placenta. Overgang i morsmelk: Går over i morsmelk i så små mengder at barnets døgndose blir noen få mg. Den teoretiske mulighet for påvirkning av barnet er hittil ikke bekreftet med noe observert tilfelle.

Indikasjoner: Infeksjoner forårsaket av tetracyclinfølsomme aerobe og anaerobe Gram-positive og Gram-negative mikrober, chlamydier, mycoplasmer, spirochæter, ricettsier og actinomyces.

Kontraindikasjoner: Tetracyclinfølsomhet. Nedsatt nyre- og leverfunksjon. Pyelonefritt ved mistanke om nedsatt nyrefunksjon. Graviditet.

Bivirkninger: Kan gi gastrointestinalt besvær. Overvekt av resistente mikroorganismer kan forekomme og gi glossitt, stomatitt, proktitt og vaginitt. Allergiske reaksjoner og fotosensibilisering kan forekomme.

Forsiktighetsregler: Kan pga. sin affinitet til voksende benvev, tenner og tannanlegg gi irreversible forandringer i emalje og tannsubstans, og reversible forandringer av benvev. Effekten er størst i siste halvdel av svangerskapet og hos barn under 12 år, hvor preparatet bare må brukes unntaksvis og på klare indikasjoner. For øvrig frarådes bruk av tetracykliner i hele svangerskapet.

Interaksjoner: To- og treverdige metallioner som jern, magnesium og kalsium danner tungt løselige forbindelser med tetracykliner og gir nedsatt absorpsjon. Tas derfor 1 time før eller 2-3 timer etter preparater med slike innholdsstoffer. Gjelder også måltid (spesielt melkeprodukter). Evt. jernmedikasjon bør om mulig seponeres under kortere tetracyclinkurer (1-2 uker). Diuretika, metoksyfluran, probenecid. (I:10e, 23e)

Dosering: Voksne: Normalt 1 kapsel à 300 mg 2 ganger daglig, eller 1 kapsel à 150 mg 4 ganger daglig. (Behandlingstid fra en uke og oppover). Hvis preparatet må gis til barn: Vanlig dosering 8-10 mg pr. kg legemsvekt pr. dag. Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Pakninger og priser: 150 mg: 25 stk. kr. 62,50. 100 stk. kr. 162,50. 300 mg: 14 stk. kr. 68,25. 20 stk. enpac, kr. 93,60. 30 stk. kr. 126,90. 50 stk. kr. 147,55. 100 stk. kr. 284,40.

Vi slår også fast!

1. Tetralsal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjon i ekstravaskulære foci. (2).
2. Behandling blir også rimelig for pasienten med Tetralsal x 2:
 - a) For pasient + partner v/chlamydia-infeksjoner 7 - 10 dager (1).
pr. person kr. 63,45 $\left(\frac{30 \text{ pkn}}{2}\right)$
til kr. 93,60 (20 pkn) pr. person.
 - b) Bronkitt 10 dager: kr. 93,60 (20 pkn) (3)
 - c) Salpingitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (5)
 - d) Sinusitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (4)

Doseringsintervall:

Lymecyclin - doxycyclin

$\left(\begin{array}{l} \text{Vibramycin} \\ = \text{Doxilin} \\ \text{Dumoxin} \end{array}\right)$

(=Tetralsal)

Lymecyclin/doxycyclin - farmakokinetikk:

C max (mg/l) t max (h) t 1/2 (h) AUC (mgh/l)

l	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske parametre ved steady-state for lymecyclin og doxycyclin etter p.o. dosering med standardregime, Resultater:

Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjon i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).

① Mårdh. Møller, Paaavonen: Chlamydia trachomatis in Genital and Related Infections, Scandinavian Journal of Inf. Diseases, Suppl. 32 May 14-16, 1981. ② Schreiner A. et al.: Pharmacokinetics of lymecyclin and doxycyclin in serum and suction blister fluid. Chemotherapy 31: 261-65, 1985. ③ A. Pines et al.: Antibiot. Regimes in Severe and Acute Purulent Exacerbations of Chronic Bronchitis, British Medical Journal 1968, 2, 735-738. ④ Carenfelt & Lundberg: Aspects of the Treatment of Maxillary Sinusitis, Scand. J. Infect. Dis. Supply 9 78-81, 1976. ⑤ L. Forslin & Danielson et al.: Antibiotic Treatment of Acute Salpingitis, Acta Obstet. Gyn, Scand. 61 s. 59-64, 1982.

RUTLE, OLAV
Slettmark 2
2050 JESSHEIM

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Det finnes to betablokkerere...

som kan doseres
én gang daglig
både ved hypertensjon og angina pectoris



... begge er resultater av ICI's
originale legemiddelforskning



For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen.

REGISTER FOR UTPOSTEN
1983-85

SAKSREGISTER:

- Akupunktur:** 1983;1:8
- Alkohol:** 1985;2:76
- Allergiske sykdommer:** 1984;3:62, 1984;3:66, 1984;3:67
- Alma Ata-deklarasjonen:** 1984;3:81
- Almennedisin - spesialiteten:** 1983; 5:7, 1985;8:261
- Almennedisinen i andre land:**
Danmark: 1984;2:58
England: 1984;2:58
Portugal: 1984;2:57
Sovjet: 1984;6:178
- Almennedisinsk forskningsutvalg:** 1983;3-4:16
- Aplf:** 1984;1:21, 1985;8:257
- Barnevern:** 1983;5:27, 1983;6-7:8, 1983;6-7:10, 1983;6-7:13, 1983;6-7:16, 1984;1:14, 1985;3:91
- Bedriftslege Dnlf.:** 1985;2:1, 1985;4-5:143
- Beslutningsteori:** 1985;6:156, 1985;6:158, 1985;6:161, 1985;6:164
- Celleterapi:** 1983;1:3, 1983;1:5
- Diabetes mellitus:** 1983;3-4:2, 1983;3-4:3, 1983;3-4:6, 1983;3-4:10, 1985;3:110
- Diagnostikk:** 1983;2:14, 1983;6-7:26, 1984;1:23, 1984;4:124, 1984;7:209, 1985;4-5:142
- DSAM:** 1984;2:53
- EDB:** 1983;3-4:30, 1983;8:35, 1983;8:37, 1984;1:17, 1984;2:43, 1984;3:88, 1985;1:1, 1985;4-5:117, 1985;6:154, 1985;8:267, 1985;8:266, 1985;8:270
- Eldreomsorg:** 1984;6:161, 1985;8:266
- Etterutdannelse:** 1983;2:15, 1983;2:17, 1983;2:18, 1983;5:3, 1983;5:28, 1983;6-7:19, 1983, 6-7:30, 1983;8:43, 1984;3:84, 1984;4:89, 1984;5:125, 1984;5:142, 1984;6:157, 1985;2:75, 1985;3:112, 1985;4-5:144
- Farmasøytisk industri:** 1985;2_74, 1985;7:189
- Forebyggende medisin:** 1983;3-4:22, 1984;6:161, 1985;1:30, 1985;3:98, 1985;7:201, 1985;8:259
- Forskning i almenpraksis:** 1983;3-4:16, 1983;3-4:18, 1983;3-4:26, 1983;8:45, 1983;1:18, 1985;2:74
- Fysioterapi:** 1984;1:4, 1985;8:243, 1985;8:250
- Gastroenterologi:** 1983;6-7:26
- Gynekologi/obstetikk:** 1983;2:14
- Handlingsprogrammer:** 1985;6:151
- Helsekontroller:** 1983;5:16, 1985;3:92
- Helseopplysning:** 1983;2:22, 1983;3-4:22, 1983;8:4, 1983;8:5, 1983;8:9, 1983;8:15, 1983;8:17, 1983;8:18, 1983;8:20, 1983;8:21, 1983;8:25, 1983;8:29, 1983;8:32, 1984;1:25, 1984;7:189, 1985;2:64, 1985;3:98, 1985;3:106, 1985;3:110, 1985;4-5:140, 1985;8:255
- Helsepolitikk:** 1983;3-4:21, 1983;5:0, 1983;8:32, 1984;2:46, 1984;3:81, 1985;1:40, 1985;6:179
- Helseøkonomi:** 1983;2:10, 1983;8:1, 1985;6:152
- Idrettsmedisin:** 1985;3:105
- Infeksjonssykdommer:** 1985;4-5:138
- Infertilitet:** 1983;2:14
- Journalen:** 1984;2:34, 1984;2:37, 1984;2:40, 1984;2:43
- Kommuned diagnose:** 1984;8:238
- Kommunehelsetjenesta:**
Generelt: 1983;2:12, 1983;2:13, 1983;6-7:0, 1983;8:41, 1984;1:1, 1984;2:49, 1984;6:158, 1985;4-5:132
Administrasjon: 1983;5:11, 1983;6-7:3
Samarbeide: 1983;5:8, 1984;1:3, 1984;1:4, 1984;1:6, 1984;1:8, 1984;2:46, 1984;4:116
Økonomi: 1983;8:1, 1985;6:149, 1985;6:150
- Konsultasjonen:** 1985;1:31, 1985;2:66, 1985;3:98, 1985;7:190, 1985;7:191, 1985;7:196, 1985;7:197, 1985;7:201, 1985;7:205, 1985;7:223
- Kontorrutiner:** 1983;5:30, 1983;6-7:24, 1984;1:26, 1984;2:50, 1985;4-5:129, 1985;4-5:146, 1985;7:223, 1985;8:246
- Kreftomsorg:** 1983;8:17
- Kvalitetskontroll:** 1983;6-7:19, 1983;6-7:24, 1984;2:53, 1985;3:82, 1985;6:184, 1985;7:223, 1985;8:223, 1985;8:237, 1985;8:239, 1985;8:243, 1985;8:246
- Legehets:** 1984;2:33
- Legerollen:** 1983;5:13, 1985;7:226
- Lov om kommunehelsetjenesten:** 1983;2:10, 1983;2:13, 1983;6-7:0, 1983;6-7:1, 1984;1:8, 1985;2:43
- Løgeforeningen:** 1983;5:5
- Medisinsk filosofi:** 1985;1:27, 1985;6:174, 1985;7:226
- Medisinsk historie:** 1984;8:245, 1985;2:71, 1985;2:73, 1985;3:91
- Medisinsk studium:** 1983;1:5, 1983;3-4:28, 1983;8:38, 1984;6:165
- Medisinsk-faglig ansvar:** 1984;2:46, 1984;3:61
- Narkotika:** 1985;1:29, 1985;3:90, 1985;3:103
- NSAM:** 1983;2:6, 1983;2:5, 1983;3-4:16, 1983;5:2, 1983;8:46, 1984;1:15, 1984;2:52, 1984;5:147, 1984;7:218, 1984;8:224, 1985;4-5:135, 1985;7:230
- OLL:** 1985;1:39
- Ortopedisk medisin:** 1983;3-4:32
- Paramedisin:** 1983;1:3, 1983;1:5, 1983;1:8, 1983;1:5, 1983;8:44
- Perinatal omsorg:** 1983;5:18, 1984;5:152, 1984;6:168
- Praksisbefaring:** 1985;8:246
- Private helsetilbud:** 1984;8:232
- Psykometri:** 1983;6-7:31, 1985;1:37
- Royal College of General Practitioners:** 1983;3-4:20, 1985;2:72
- Samarbeide med spesialister:** 1985;3:81
- Samfunnsmedisin - spesialiteten:** 1983;5:7
- Sosialmedisin:** 1983;6-7:28, 1983;8:30
- Statlig tilsyn:** 1985;6:184, 1985;8:233, 1985;8:237, 1985;8:239, 1985;8:243, 1985;8:245
- Svangerskapsomsorg:** 1983;5:18, 1983;5:23, 1983;5:24
- Sykebesøk:** 1984;1:26
- Sykepleietjeneste:** 1984;1:3, 1985;8:245
- Søvn:** 1984;4:90, 1984;4:92, 1984;4:95, 1984;4:97, 1984;4:99, 1984;4:101, 1984;4:104, 1984;4:106, 1984;4:108, 1984;4:111, 1984;4:123, 1985;2:57, 1985;2:62, 1985;7:212
- Terminal omsorg:** 1985;6:183
- Terminologi:** 1983;2:16, 1984;7:214
- Turnustjenesta:** 1983;2:15

PERSONREGISTER:

- Aadland, Gunn: 1985;8:259
- Aaneland, Torgils: 1984;4:120
- Aanjesen, Trygve: 1985;8:246
- Aaras, Ivar: 1984;5:147
- Aas, Kjell: 1984;3:67
- Anker, Herman: 1984;1:28, 1984;2:57, 1984;5:142
- Anvik, Tor: 1983;5:2, 1983;5:3, 1984;2:58, 1984;4:122, 1984;5:145, 1984;6:184
- Balsvik, Dagfinn: 1983;8:43
- Bassøe, Carl Fredrik: 1985;1:10
- Bentze, Georg: 1983;1:8
- Bentzen, Niels: 1984;1:26
- Berge, Asbjørn: 1984;1:8, 1984;2:40
- Billington, Sonja: 1984;7:200, 1985;8:250
- Bjertnes, Aage: 1985;7:196, 1985;8:267, 1985;1:22, 1985;7:196, 1985;8:267
- Bjørkhaug, Peter Odd: 1985;1:5
- Bolle, Roald: 1984;3:62, 1984;3:66
- Boonstra, Eelco: 1983;5:24
- Borchgrevink, Christian: 1983;2:6, 1983;3-4:16, 1983;3-4:20, 1984;1:15, 1984;1:28, 1984;6:165
- Bratland, Svein Zander: 1983;5:23
- Bratlie, Eli Berg: 1985;4-5:119
- Brekke, Dag: 1983;5:11, 1985;7:221
- Brekke, Mette: 1985;2:45, 1985;2:51
- Brodwall, Jon: 1985;8:266
- Brunvand, Leif: 1985;2:55, 1985;2:71
- Bruusgaard, Dag: 1984;3:81, 1985;3:98
- Bøe, Terje: 1985;4-5:138
- Christie, Marit: 1983;8:5
- Daltveit, Bernt: 1985;3:100
- Dolmen, Trude: 1983;1:5
- Drøsdal, Harald H.: 1983;2:18, 1984;4:122, 1984;5:145
- Ebeltoft, Arne: 1984;1:11
- Ekeli, Britt Vigdis: 1984;7:202
- Eldøen, Olav: 1984;4:116
- Ellingsen, Magnhild K.: 1985;8:255
- Eskeland, Kari Os: 1985;8:255
- Eskerud, Jens R.: 1985;8:257, 1985;8:266
- Evensen, Asa Rytter: 1983;8:20
- Flottorp, Signe: 1984;8:244, 1985;7:219
- Fosse, Henning: 1984;1:4
- Heian, Frode: 1983;3-4:3, 1983;3-4:6, 1983;5:8, 1983;5:18, 1983;5:27, 1983;8:4, 1983;8:15, 1983;8:29, 1984;1:1, 1984;1:25, 1984;2:55, 1984;3:67, 1984;3:70, 1984;5:152, 1984;6:168, 1984;6:172, 1984;6:179, 1984;6:184, 1984;7:190, 1984;7:191, 1985;3:81, 1985;3:112, 1985;6:149, 1985;7:190, 1985;7:198
- Fugelli, Per: 1983;1:5, 1983;3-4:16, 1983;6-7:19, 1983;8:17, 1984;1:18
- Fylkesnes, Knut: 1983;8:9
- Gjerstad, Elin: 1983;2:16
- Godtlibsen, Ole B.: 1984;4:111
- Graafjeld, Georg: 1983;3-4:11
- Griensmo, Anders: 1984;8:231, 1985;7:201
- Griestad, Ottar: 1983;2:12, 1984;7:211
- Grund, Jan: 1985;6:152
- Grønstad, Victor: 1985;1:37, 1985;3:106
- Gulbrandsen, Pål: 1985;7:226
- Gunnari, Birgit: 1984;7:200
- Gylseth, Gyrid: 1983;6-7:16
- Halvorsen, Lisbet: 1983;8:15
- Hansen, Hans Atle: 1985;2:53
- Hasvold, Toralf: 1983;8:37, 1984;2:43, 1984;5:147, 1985;1:13
- Haug, Tone: 1985;7:231
- Haaugen, Liv: 1985;1:31
- Hensrud, Anne: 1985;4-5:135
- Herland, Bjørn: 1984;5:144
- Hesla, Per Egil: 1984;4:104, 1984;4:106, 1984;4:108
- Hjortdal, Per: 1984;5:128, 1984;8:243, 1985;3:85, 1985;3:87, 1985;7:197
- Hjulstad, Anna: 1985;8:243
- Hoem, Per Jan: 1985;7:220
- Holte, Martin: 1985;1:22
- Holtedal, Knut: 1984;8:227
- Husby, Ingeborg Skjelstad: 1984;6:172
- Huse, Kåre Bjørn: 1985;3:114
- Høivik, Bjørn: 1985;6:154
- Høvding, Gunnar: 1984;3:70
- Indergaard, Tone: 1985;1:30
- Ingvaldsen, Inger Anne: n1984;4:116
- Iversen, Jon Hilmar: 1983;3-4:30, 1983;3-4:31, 1983;8:0, 1983;8:35, 1984;1:6, 1984;1:7, 1984;7:219, 1984;8:238, 1985;1:1, 1985;4-5:132, 1985;6:149, 1985;8:233
- Jacobsen, Carl Ditlef: 1984;5:146, 1984;6:172, 1985;4-5:140
- Jacobsen, Geir: 1983;5:4, 1984;6:165, 1984;7:214
- Johansen, Birgit Heier: 1985;4-5:122
- Johnsen, Nils: 1984;5:134
- Jørgensen, Jørgen: 1984;5:150, 1984;6:163, 1984;7:212, 1985;2:76, 1985;3:90, 1985;3:91, 1985;3:111, 1985;6:171, 1985;6:174
- Kahn, Henriette: 1985;8:261
- Kayed, Khalil: 1984;4:95, 1984;4:97, 1984;4:99, 1984;4:104
- Kayser, Johan Fr.: 1983;5:24
- Kluge, Rolv: 1983;8:26
- Kongelf, Bård: 1985;8:266
- Kristiansen, Ivar Sønbe: 1983;5:5, 1984;1:17, 1984;2:46, 1984;4:140
- Krogh, Hans von: 1985;2:74
- Krohn, Johan Fredrik: 1985;8:270
- Krüger, Marit Bjartveit: 1985;2:66
- Krüger, Øystein: 1985;1:23, 1985;2:45, 1985;2:67, 1985;2:69
- Kvamme, Jan Ivar: 1985;1:18
- Kvernhusvik, Arne: 1985;8:259
- Kvien, Tore: 1984;7:195, 1984;7:207
- Langballe, Fredrik: 1983;2:13
- Lange, Ove J.: 1983;6-7:26
- Larssen, Arne Victor: 1985;8:239
- Leer, John: 1985;8:270
- Lehmann, Egil: 1985;1:29, 1985;3:103
- Lie, Arne: 1985;4-5:144
- Lilleholt, Ola: 1983;2:2, 1983;3-4:13, 1983;3-4, 32, 1983;6-7:20, 1983;6-7:28, 1983;8:44, 1983;8:46, 1984;1:30, 1984;2:33, 1984;3:61, 1984;4:89, 1984;4:90, 1984;4:123, 1984;5:125, 1984;5:126, 1984;6:177, 1984;6:178, 1984;7:209, 1984;7:218, 1985;1:2, 1985;2:1, 1985;2:75, 1985;3:114, 1985;4-5:139, 1985;4-5:142, 1985;6:161, 1985;6:171, 1985;6:186, 1985;7:189, 1985;7:230
- Lindholm, Knut: 1985;3:103

Lunde, Kjell Harald: 1983;8:25
Lerum, Even: 1983;8:38
Lønberg, Nils: 1983;2:17,
1984;2:37, 1984;7:215, 1985;6:180
Maartman-Moe Kjell: 1985;1:15
Malterud, Kirsti: 1984;5:128,
1984;5:130
Moe, Peter Johan: 1983;1:3
Mork, Torbjørn: 1985;1:2
Måseide, Torbjørn: 1985;3:105
Nessa, John: 1985;7:205
Nilsson, Finn: 1983;6-7:1
Nissen, Adam Egede: 1985;7:198
Njølstad, Inger: 1984;2:50
Nordby, Kjell: 1985;4-5:128
Nordviste, Ola: 1984;3:84,
1985;3:110
Nylenna, Magne: 1983;2:6,
1983;2:5, 1983;2:9, 1983;3-4:26,
1983;5:0, 1983;6-7:0, 1983;6-7:3,
1983;8:1, 1983;8:17, 1983;8:42,
1983;8:45, 1984;1:29, 1984;2:34,
1984;2:49, 1984;5:143,
1984;5:150, 1984;6:157,
1984;6:158, 1984;7:218,
1984;8:231, 1984;8:232, 1985;1:2,
1985;1:36, 1985;1:39,
1985;4-5:117, 1985;4-5:129,
1985;6:151, 1985;6:156,
1985;6:183, 1985;7:216
Olsen, Berit: 1983;8:32,
1984;2:54, 1984;6:161,
1984;7:211, 1985;2:43, 1985;2:45,
1985;2:57, 1985;2:59, 1985;2:62,
1985;2:64, 1985;4-5:140,
1985;7:212
Pedersen, Øystein: 1983;3-4:2,
1983;6-7:8, 1984;3:62,
1984;7:189, 1985;4-5:118,
1985;6:164, 1985;7:223,
1985;8:259
Petterson, Synnøve: 1984;3:79
Quivey, Martha: 1985;8:237,
1985;8:245
Ree, Arnt: 1983;2:10
Roksund, Gisle: 1984;5:144
Rosenberg, Sigurd: 1985;7:193
Rutle, Olav: 1984;2:52,
1984;2:53, 1985;3:82
Rytter, Eilif: 1985;1:40,
1985;e:110
Rørtveit, Sverre: 1983;8:41
Schjønby, Hans Petter:
1984;8:238
Sem, Stine Wohl: 1983;8:27
Seyffarth, Henrik: 1984;8:250
Shetelig, Anne Wyller: 1984;3:87,
1984;5:138
Siem, Harald: 1983;5:16,
1983;6-7:19, 1984;4:118,
1985;1:30
Sigurdsson, Johann A: 1983;8:18
Sivertsen, Jens Smith:
1985;4-5:143

Sjönell, Göran: 1984;4:118
Skjelstad Husby, Ingeborg:
1984;6:172
Smith Anders: 1985;1:17
Snoek, Wolfgang: 1984;7:196
Solberg, Erik E.: 1983;3-4:18,
1983;3-4:21
Solberg, Kristin: 1983;6-7:13,
1984;1:14
Solberg, Martin: 1983;2:14
Staff, Per H: 1984;8:234,
1985;4-5:119
Steinsvoll, Per Steinar:
1984;8:247, 1983;6-7:31,
1985;1:31, 1985;4-5:148,
1985;6:184, 1985;7:191
Stokke, Øyvind: 1984;7:204,
1985;4-5:124
Stokstad, Ingvar: 1984;3:84
Storås, Egil: 1985;6:150
Støre, Bjørn: 1985;8:250
Størvold, Gunnar: 1984;1:23,
1984;4:124
Sæther, Eva Walderhaug: 1984;1:3
Setrang, Tone: 1984;4:116
Søgaard, Anne Johanne: 1983;8:9
Sørli, Inger Lise: 1984;1:7
Søvik, Dag H.: 1983;5:7
Tansem, Bjørn: 1983;5:28
Telje, Jo: 1984;1:15, 1984;7:215,
1985;7:219
Tellnes, Gunnar: 1983;2:22,
1983;3-4:22, 1983;8:30,
1984;6:185, 1984;8:245
Thaulow, Joh. Fr.: 1984;5:130
Thesen, Janecke: 1985;4-5:133
Thorsen, Olav: 1985;4-5:146,
1985;6:179
Tornquist, Eline: 1984;7:192
Torp, Ingvild: 1983;6-7:10
Torp, Kåre H.: 1985;2:73
Tveit, Berit: 1983;5:13,
1985;1:27
Tveit, Tone: 1985;2:55
Urnvik, Jan-Richard: 1984;1:21
Ursin, Alf: 1983;2:14
Ursin, Reidun: 1984;4:92,
1984;4:101
Vatten, Lars: 1984;5:133,
1984;5:151
Westin, Steinar: 1983;2:15,
1983;3-4:28, 1983;5:30,
1983;6-7:24, 1984;3:74,
1984;5:138, 1985;2:72,
1985;6:1158
Wickstrøm, Egil: 1984;4:111
Wohrm, Atle: 1983;8:21

Ødegård, Jørn: 1985;3:92
Øgar, Petter: 1983;6-7:30
Øverby, Bjørn Johan: 1983;1:5
Øydvin, Kåre: 1983;6-7:19

TEMANUMMER 1983-85.
1983;1: Alternativ medisin
1983;3-4: Diabetes mellitus hos
almenlegen
1983;6-7: Barnevern
1983;8: Helseopplysning
1984;1: Samarbeid i kommune-
helsetjenesten
1984;2: Journalen i almenpraksis
1984;3: Allergi i almenpraksis
1984;4: Søvn og søvnrelaterte
sykdommer
1984;5: Når legen blir pasient
1984;7: Smarter i korsryggen
1984;8: Samfunnsmedisinsk arbeid
i kommunehelsetjenesten
1985;1: EDB i primær-
helsetjenesten
1985;2: "Finnmarksnummer"
1985;2: Vondt i halsen
1985;4-5: Nakkesmerter
1985;6: Kliniske handlings-
programmer
1985;7: Konsultasjonen i
almenpraksis
1985;8: Statlig tilsyn med
helsetjenesten