

UTPOSTEN

NUMMER 6/7

1983

ÅRGANG 12

AV INNHOLDET:

MAGNE NYLENNA OG
FINN NILSSON skriver
om kommunehelsetjenesta. . . 1

TEMA: BARNEVERN

med artikler av
ØYSTEIN PEDERSEN
INGVILD TORP
KRISTIN SOLBERG
GYRID GYLSET 8

STEINAR WESTIN:
Hvorfor ikke la en kollega
se på din praksis 24

OVE J. LANGE:
Diagnostisk endoscopy
av gastrointestinaltraktus . . 26

PER STENSLAND:
Familiebehandling.
Referat fra seminar 31

NSAM'S spalter 18

OG MER!



Tegnet av
Kåre Håvard Torp, barnelege

TEMANUMMER OM BARNEVERN

Redaktører:

JON HILMAR IVERSEN, Eide på N.
FRODE HEIAN, Tingvoll
OLA LILLEHOLT, Rindal
MAGNE NYLENNA, Smøla
ØYSTEIN PEDERSEN, Molde

Redaksjonens adresse:

UTPOSTEN,
Distriktslegekontoret,
6657 Rindal.

UTPOSTEN

STARTET 1972

Tegninger:

Bjørn Kåre Huse

Layout:

Ulset form og profil

Abonnement:

Kr. 100,- pr. år.

Studenter og pensjonister:

Kr. 25,- pr. år

Trykk:

ST-Trykk a/s

7300 Orkanger

Bekymringene øker

Av Magne Nylenna

En av hovedintensjonene med lov om helsetjeneste i kommunene var å initiere en faglig opprustning av kommunehelsetjenesten. Dessuten skulle et kommunalt ansvar for sektoren gi en nærhet til problemet som skulle virke gunstig i den enkelte kommune. Et par måneder før loven skal tre i kraft synes det som om den bølge av entusiasme og forventning som skulle bære disse ideene frem er avløst av økende uro og bekymring.

Dette skyldes i hovedsak to forhold:

Mange kommuner, og særlig mindre landkommuner, opplever i disse dager en budsjettbehandling som avdekker store underskudd innen helsesektoren for 1984. En økt underbalanse omkring en million kroner er ikke uvanlig for kommuner med under 5000 innbyggere. Riktignok skal det foreligge en pott på 100 mill. kroner til fordeling i form av skatteutjevningssmidler, men dette er beløp som ikke kan medtaes i noe budsjett, og mange rådmenn spør seg hvor den lovede vekst på 17% nominelt er blitt av. Riktignok finnes det eksempler på kommuner som også kommer godt ut av budsjetteringen, men i de øvrige kommunene vil det ikke mangle på røster som vil minne om de kjente problemer når virksomhetsområder og ansvar flyttes fra stat til

kommuner. I en tid med hardt presset kommunal økonomi skal det ikke store økningen til før det virkelig svir.

I arbeidet med fastsettelsen av styringsstruktur for kommunehelsetjenesten har et mange steder oppstått uheldige profesjonskonflikter. Til tross for at kommunene en nærmest uinnskrenket frihet til å fastsette sin egen administrasjonsform, er likevel presset på kommunene betydelig fra flere hold. At de enkelte fagforeninger fremmer sine interesser er legitimt og blir nok både avslørt og forstått i kommunene. At sentrale myndigheter som Norske Kommuners Sentralforbund og Sosialdepartementet på den ene side går ut og priser kommunenes frihet samtidig som de på den annen side gir klare råd og anbefalinger er mindre forståelig. Nå synes det som om mange kommuner har valgt å overse Sentralforbundets anbefaling om "Organisering av helse- og sosialtjenesten", men de forslag til forskrifter for sykepleietjeneste, helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjeneste som er sendt ut til høring fra Sosialdepartementet er bekymringsfulle.

Det synes som om man vil søke å løse samarbeidsproblemer ved å innføre en profesjonsstruktur i stedet for en funksjonsstruktur. Dette truer det faglige innhold i

kommunehelsetjenesten og er ytterst bekymringsfullt.

Kombinasjonen av økonomiske vansker og profesjonsmotsetninger gjør at kommunehelsetjenesten i stedet for å bli mottatt med åpne armer allerede i utgangspunktet blir et kommunalt "problembarn" mange steder. Dette gjør at lovens intensjoner blir skjøvet i bakgrunnen, og at problemer og konflikter vil kunne dominere.

Her har de sentrale myndigheter et vesentlig ansvar. For at ikke kommunehelsetjenesten ikke skal kveles allerede i fødselen, må såvel Departementet som Sentralforbund nå ta "fornuften fangen" og skjære gjennom en del av de vansker som er oppstått. Kommunehelsetjenestens innhold må ikke ofres på fagforeningenes alter. Sentralforbundet må, som ansvarlig også for kommunehelsetjenestens faglige innhold, vise at den er noe mer enn en forhandlingsmotpart i denne saken. Et godt samarbeidsklima og en god etatsånd i kommunehelsetjenesten kommer ikke av seg selv, særlig ikke i dagens situasjon.

Og mens vi venter på initiativ og handling stiger bekymringen foran det som er kalt århundrets største forvaltningsmessige eksperiment.

ELLER BAKKE SOM BLE BRATT FOR UTPOSTEN:

Vi er lei for en professor Bratteteig som figurerte i forrige nummer av Utposten. Dette er naturligvis professor Leiv S. Bakketeig ved Institutt for samfunnsmedisin i Trondheim. Æres den som æres bør: Hermed følger komplette forfatterlister (i alfabetisk rekkefølge) til de to publikasjonene som var nevnt:

Bakketeig LS, Bergsjø P, Finne PH & Larssen KE: Perinatal service i Norge i 1970-årene. NIS-rapport 6/81.

Bakketeig LS, Bergsjø P, Finne PH, Hapnes C, Holt J, Knoff H, Larssen KE, Laurini R & Vogt H: Vurdering av perinatal service i Norge 1980. NIS-rapport 7/82.

NIS står altså for Norsk institutt for sykehusforskning som holder til i Trondheim. Navnet kan være noe misvisende. Instituttet driver helsetjenesteforskning og har gitt ut mange rapporter som angår distrikthelsetjenesta og norsk almenmedisin.

Dessverre var navnet på forfatteren av "Rutiner i almenpraksis" i forrige nr. falt ut. Innlegget om rutiner i svangerskapskontrollen var skrevet av ass. overlege Lillian Nordbø Berge ved KK, regionsykehuset i Tromsø. Hun har i flere år samarbeidet med primærhelsetjenesten lokalt, om dette tema.

Sosialdepartementets utvalg som vurderer tiltak under svangerskap, fødsel og i nyfødtperioden kommer ikke med sin innstilling i høst som skrevet i forrige nr. Underutvalgenes innstillinger er ventet ferdig i nov./des. i år, hovedinnstillingen blir sanns. ferdig i februar/mars -84.

Lov om helsetjeneste i kommunene

Finn Nilsson
Magne Nylenna



Finn Nilsson er cand. med. fra Oslo 1968. Distr.lege Sund 1970-79. Distr.lege Onsøy 1979 til dags dato. Forskningspermisjon ved Gruppe for helsetjenesteforskning fra 1981. Almenpraktiker Dnlf. Lærer i almenmedisin ved Universitetet i Bergen 1975-79. har skrevet artikler om legedekning, økonomiske spørsmål og praksisanalyser.

Rammetilskudd og vekst i kommunehelsetjenesten

Bekymrede kolleger i forskjellige deler av Distriktsnorge har gjennom Utposten klaget over problemer som oppstår ved at rammebevilgningene til kommunehelsetjenesta er så små at en utvilsomt må belage seg på å redusere aktiviteten. Av bevilgningsproposisjonen kan en lese at mange kommuner vil få større ressurser enn før: spesielt gjelder dette kommunene i Østfold. Finn Nilsson skisserer strategi for kolleger i kommuner som nå plutselig får adskillig mer å rutte med enn før. (Red.)

□ Finn Nilsson Onsøy Helseråd

Fordi rammetilskuddet er fastlagt slik som i St. prp. nr. 72 (1982-83) kan den enkelte kommune foreta beregninger av hvordan nyordningen virker økonomisk. I forbindelse med utregning av rammebevilgningen er 100 mill.

kroner holdt utenfor fordeling slik at veksten fra 1983 til 1984 vil være på 9.1% for den del av kommunene som ikke får skjønsmessig tillegg og i forhold til statlige overføringer i 1983. Dette vil ligge nær den forventede pris- og lønnsstigning, slik at det i kommuner som må greie seg med det foreslåtte rammetilskudd (uten skjønsmessig for-

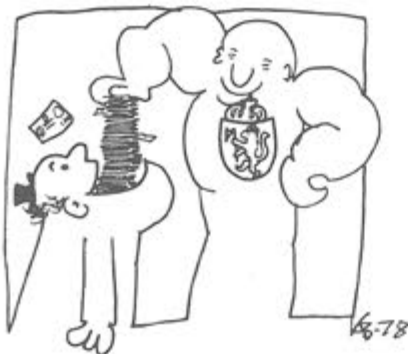
deling) vil ha vært nærmest nullvekst dersom beregningene hadde holdt.

Det er imidlertid andre forhold som bidrar til at kommunene etter all sannsynlighet kommer bedre ut av dette. Ved beregning av driftstilskudd har staten gått ut fra 35% egenandel, og når totalrammen på denne måten ble utregnet til 1328 mill. kroner er dette for høyt i forhold til en egenandel som takstsystemet gir grunnlag for (26.0%) eller den egenandel som blir oppkrevet (21.2%). Tallene i parentes gjelder de egenandeler vi i Gruppe for helsetjenesteforskning har funnet ved undersøkelse av takstbruk i 2. kvartal 1982.

Departementets utregning av samlede driftstilskudd på landsbasis kan lese ut fra St.prp.nr. 72 (1982-83) der driftstilskuddet er fastsatt til 40% av de beregnede inntekter. Dette blir 531.2 mill. kroner. Ved utregning etter 21.2 eller 26% egenandel blir denne sum fra 93 til 65 mill. kroner mindre. Det er grunn til å tro at driftstilskuddets størrelse bl.a. vil avgjøres av forhandlinger og der kjennskap til den enkelte praksis vil tillegges større vekt. Ved dette vil driftstilskuddet trolig bli liggende mellom 160 000 og 200 000 kroner i gjennomsnitt for heldags praksis. Dersom vi antar at 2200 leger får driftstilskudd i kommunehelsetjenesten (spesialister får av fylket), og at disse i gjennomsnitt har 0.8 av helt driftstilskudd, vil antallet driftstilskudd omregnet til hele årsverk bli 1760. Dersom vi går ut fra at denne komponenten i rammetilskuddet får samme andel som før, og holder skjønsmessig fordeling utenfor (dvs 9.1% nominell vekst), blir beløpet ca. 580 mill. kroner. Dersom dette samlede driftstilskudd skulle fordeles på de 1760 årsverk, vil dette bli 329545 kroner pr. helt årstilskudd. Differansen mellom dette og det driftstilskudd man forhandler seg frem til, vil være en styrkelse av kommuneøkonomien. Dette kan innebære relativt store beløp for den enkelte kommune, og det vil være kommunens eget valg om disse penger skal brukes til helsetjeneste eller til andre formål.

Kan kommunen klare å etablere en vekst som dette gir mulighet til?

La det først være sagt at endel kommuner vil få økonomiske problemer i forbindelse med nyordningen. Grunnen til dette er at kommunen allerede tidligere har hatt en sterkere utbygging enn gjennomsnittet, eller at det er



dyrere å drive helsetjeneste i denne kommunen enn i gjennomsnittet av landets kommuner. Dette betyr nødvendigvis at andre kommuner kommer godt ut av det. Jeg tror at kommuner som får et "overskudd" i forhold til tidligere vanskelig vil etablere vekst i helsetjenesten i det første år av nyordningen. For det første vil kommunene neppe være villig til å etablere nye tiltak som binder i mange år fremover før erfaring er vunnet med nyordningen, og for det andre har de fleste kommuner en anstrengt økonomi på alle sektorer slik at det er fristende å føre over fra en sektor som har det mer romslig.

Mange har hevdet at kommunen ikke har anledning til å overføre midler til en annen sektor. Dette er ikke riktig. Kommunen blir forpliktet til å bruke hele rammetilskuddet i i helsesektoren, men har mulighet til å endre på sine egne nettoutgifter til helseformål. Utgiftene på helsesektoren i kommunene dekkes idag av statlige overføringer og av egen kommunal finansiering. Det er viktig for helsetjenestens folk å sørge for at den kommunale egenfinansiering beholdes i samme omfang som tidligere.

Helsetjenestens budsjett for 1984 bør etter min mening settes opp som en ramme slik:

Kommunale bruttoutgifter i helsesektor 1983

- Statlige tilskudd 1983

= Kommunale nettoutgifter 1983

+ Forventet lønns- og prisstigning (7-8%)

= K0mmunale nettoutgifter 1984

+ Rammetilskudd slik det står i St.prp. 72.

= Kommunale bruttoutgifter 1984

I vurdering av den sum som fremkommer bør man være klar over endringer som påfører kommunen utgifter. I mange kommuner skal det skje en avregning mellom fylke og kommune vedrørende tannhelsetjeneste og helsesøstertjeneste, og kommunen får ansvar for distriktslegenes lønn og for driftstilskuddene. Det endelig oppsett må derfor vente til forhandlingene er sluttført mellom NKS, Staten og Lægeforeningen.

Den sum man kommer frem til er budsjettammen for 1984, og i denne blir det rom for vekst både som følge av vedtatt vekst i St.prp.nr. 72, og som følge av de beregningstekniske forhold som jeg har gjort rede for ovenfor. Jeg tror at mange kommuner vil komme ut med en gunstig balanse i dette regnestykke.

Mange har i vurdering av nyordningen funnet ut at rammetilskuddene ikke vil dekke helsetjenestens behov, og har klaget over dette. Det har ikke vært forutsetningen at rammetilskuddet alene skal dekke alle helse-tjenesteutgifter. Rammetilskuddet avløser de tidligere overføringer og har i tillegg tatt med en komponent for å dekke driftstilskudd, og det hele er gitt en vekst for å stimulere til øket innsats i helsetjenesten. Det er

de "kommunale bruttoutgifter 1984" slik det står i regnestykket som skal være sammenlikningsgrunnlag, og dersom budsjettet i 1984 viser mindre balanse enn dette har kommunen redusert sin innsats i helsesektoren stikk i strid med det som har vært Stortingets mening med nyordningen.

I sommer ble det fra NKS sendt rundt et skjema for ifylling av de relevante opplysninger som trengs for å sette opp dette regnestykket, og det bør etter min mening være prioritert oppgave for helsetjenestens folk å presentere dette regnestykke på en slik måte at kommunen vedtar å opprettholde sin innsats på samme nivå.

I de fleste kommuner er et udekkede behov for helsetjenester, og selv om det vanskelig å få kommunen til å etablere nye tiltak i sektoren som binder kommende års budsjetter, kan man argumentere med at pengene som blir disponible i enkelte kommuner blir satt av til investeringsformål i helsesektoren, og når kommunene vinner erfaring med nyordningene kan tiden være inne til å foreslå kapasitetsøkning, bemanningsøkning eller nye administrasjonsordninger som binder kommuneøkonomien over mange år i form av lønnsutbetalinger.



ORGANISERINGEN AV KOMMUNEHELSETJENESTEN FASTLEGGES:

Overraskende mange velger adskilt helse- og sosialadministrasjon

□ Av Magne Nylenna □

Til tross for anbefalinger fra Norske Kommuners Sentralforbund om å innføre en enhetlig helse- og sosialadministrasjon med en felles sjef, synes mange av landets kommuner å velge en modell med adskilte etatsjefer, mer i tråd med Lægeforeningens forslag. Særlig gjelder dette de mindre kommunene.

Så og si alle landets kommuner vil velge et felles helse- og sosialutvalg på linje med Sentralforbundets anbefaling.

Utredningsarbeidet omkring organisering og ledelse av kommunehelsetjenesten er nå inne i den avsluttende og avgjørende fase rundt om i landet, og aktiviteten er stor på lokalplanet. Resultatet blir sannsynligvis et mangfold av ordninger som vil gjøre det spennende å følge konsekvenser og utvikling.

BAKGRUNN

1. januar 1984 trer Lov om helse-tjeneste i kommunene i kraft. I henhold til denne loven skal den enkelte kommune sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.



Kommunene står i utgangspunktet fritt med hensyn til hvordan de vil organisere og drive sin helsetjeneste. I lovens kapittel 3 som omhandler organisasjon, ledelse og administrasjon heter det at: "Kommunestyret fastsetter organisasjonsform og ledelse for helsetjenesten i samsvar med lov og helseplan" (§ 3-1). Også i tilretteleggelsen av den politiske styringen står man fritt. I lovens § 3-2 heter det at "Kommunestyret kan opprette styre, utvalg eller nemd for bestemt saklig og/eller stedlig arbeidsområde innen helsetjenesten."

Rundt om i landets kommuner pågår det nå en intens debatt og tildels tautrekking mellom de forskjellige interessegrupper omkring disse spørsmålene. Det tillegges det enkelte kommunestyre å fatte vedtak i saken, og i de fleste kommuner vil et slikt vedtak bli fattet i løpet av kommende måned. Noen kommuner har allerede fastlagt organisasjonsformen av sin helsetjeneste, men de fleste steder er saken fortsatt på utrednings- eller innstillingsstadiet. I de fleste kommuner er det nedsatt et kommunalt utvalg som skal utrede de forskjellige sider av kommunens engasjement og ansvar i forbindelse med lov om kommunehelsetjeneste, og dette utvalget vil som regel også fremme forslag til administrasjonsordning og styringsstruktur for helsetjenesten. Dette forslag går så i neste omgang vanlig vei om rådmann og formannskap til kommunestyret.

Norske Kommuners Sentralforbund har overfor kommunene gitt anbefalinger om organiseringen av helse- og sosialtjenesten (Kommunalrapport nr. 5/1983), Sentralforbundet anbefaler kommunene å opprette et felles hovedutvalg for helsevern og sosial omsorg. Sentralforbundet går også inn for en modell hvor en leder er administrativt overordnet alle tjenester i helse- og sosialsektoren. Sentralforbundet presiserer likevel at hver kommune må komme frem til en organisasjonsform som tar hensyn til de lokale forhold, og at det ikke finnes en enhetlig ordning som passer alle landet kommuner.

De berørte faggruppene har engasjert seg sterkt i denne saken og har fremlagt sine synspunkter både overfor Sentralforbundet og overfor den enkelte kommune. Et sammendrag av de enkelte faggruppers standpunkter er gjengitt i forrige nummer av Utposten.

HVA SKJER?

Det er umulig å få en total over-

sikt over alle landets 454 kommuner. det finnes ingen sentral instans som kan gi opplysninger om hvor langt den enkelte kommune har kommet i utredningsarbeidet, og om hvilke ordninger som synes å bli valgt. Etter hvert vil disse ordningene nedfelles i den enkelte kommunes helseplan, som i neste omgang skal godkjennes av fylkeslegen, men foreløbig må informasjon søkes ute i den enkelte kommune.

Kontakt med en rekke av landets kommuner tyder på at det er stor aktivitet i de kommunale utvalgene som har ansvar for å komme med forslag til styringsstruktur. De fleste steder er det berørte fagpersonell med i dette arbeid, og fagforeningene har intensivt sitt arbeid for å påvirke disse utvalgene. I særlig grad gjelder dette Norsk Sykepleierforbund som har utvist en enorm aktivitet på lokalplanet for å få gjennomslag for sitt syn om en egen sykepleieretat i kommunene.

Fysioterapeutene står i en særstilling i planleggingsarbeidet i og med at de mangler offentlig tilknytning i de fleste kommuner. Faglig sekretær Siri Bøgh i Norske fysioterapeuters Forbund sier til Utposten at dette gjør det vanskelig å komme med i planarbeidet: hun mener også at det generelt er en manglende informasjon om fysioterapi i kommunene og at dette preger forberedelsene til kommunehelsetjenesten.

Alt tyder på at de kommunale planutvalgene arbeider fritt og føler seg ubundet av sentrale anbefalinger. Det synes som utvalgene i stor grad legger de lokale forhold til grunn og velger administrasjonsordninger ut i fra eget opplevet behov. Når det gjelder hensynet til de berørte faggruppene, virker det som om lokale erfaringer med de forskjellige grupper helse- og sosialpersonell har langt større betydning enn de forskjellige fagforeningers henstillinger. Det samarbeidet som har vært mellom kommuneadministrasjonen og de personer som idag bekler de forskjellige "helsestillingene" i kommunene vil nok danne grunnlaget både for valg av administrasjonsform og for hvem som skal bli etatssjef.

I tillegg virker det som de fleste kommunene tenker på de økonomiske konsekvenser av de forskjellige administrasjonsformer. Nyopprettede stillinger er kostbare, og et øket byråkrati ansees av mange som en av farene ved et kommunalt helseansvar. Dette forhindrer likevel ikke at det i selv små landkommuner opp-

Luster kommune

Helse- og sosialsjef

Stillinga vert lyst ledig for tilsetjing snarast. Til stillinga vert kravd søkerar med økonomisk/administrativ utdanning frå kommunal- og sosialhøgskule, distrikthøgskule, relevant høgare utdanning eller tilsvarende. Søkarane bør ha reynsle frå off. forvaltning. Stillinga vert løna etter l. tr. 25-28 etter kvalifikasjonar. Søknafrist 1. oktober 1983. Søkna vert å senda Luster kommune, formannskapskontoret, 5820 Gaupne. Fullstendig utlysing i Norsk lysingsblad nr. 201 av 1.9.83.

SKI KOMMUNE HELSE- OG SOCIALSJEF

Stilling som helse- og sosialsjef i Ski kommune. Stillinga er løna etter l. tr. 25-28 eller så snart som mulig etter denne. 3 ml sønest for Oslo og har ca. 21 000 innbyggjarar. Stillinga er godt utbygget helse- og sosialtjeneste.

Søker skal være øverste administrative leder i helse- og sosialsektoren. Helse- og sosialtjenesten for helse- og sosialtjenesten med tale- og innstillingsplikt i alle andre saker enn de som gjelder til kommunale eller til sosialkontorets til kommunale eller til sosialtjenesten.

Søker bør ha økonomisk/administrativ utdanning og relevant faglig kompetanse. Søker bør ha økonomisk/administrativ praksis med økonomisk/administrativt arbeid og metodisk skap til planleggingsarbeid og metodeegenskaper vil bli tillagt vekt.

Stillingen er lønsplassert i l. tr. 32 i kr. 207 787,- pr. år.

Ansettelse i stillingen skjer for øvrig på de av lover, reglement og vedtatte tariffavtale i kommunens pensjonsordning. Helse- og endringer i arbeids- og ansvarsområde som måtte vedta.

Stillingen innehar gis alminnelig samtykke til og vil få kommunal tjenestetelefon med medlemsavgiften.

Kommunen vil, om nødvendig, hjelpe til med stille byggeklar tomt til disposisjon til søkeren.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved å skrive til: Rådmannen, tlf. 02/87 12 60.

Søknader med kopier av attester og vitnemål sendes til: Rådmannen, tlf. 02/87 12 60.

Søknader med kopier av attester og vitnemål sendes til: Rådmannen, tlf. 02/87 12 60.

RÅDMANNEN

stillingene mange steder, men det er åpent for mange lokale overraskelser. Av kommuner som allerede har eller vil få felles helse- og sosialsjef, kan nevnes landkommunene Lørenskog (20000), Ski (20000) og Ås (12000) i Akershus, Sandnes (40000) i Rogaland, Ringerike (30000) i Buskerud, Bamble (12000) i Telemark, Rauma (10000) i Møre og Romsdal, Evinger (15000) i Nord-Trøndelag og bykommunene Drammen (50000), Gjøvik (25000), Steinkjer (20000) og Hamar (16000). I disse kommunene vil det måtte oppbygges en egen ny etatsadministrasjon der etatsjeflønneren nok bare er en del av de kommunale utgifter. Årlige driftsutgifter av en slik etatsadministrasjon på 5-600000 kroner er nok ikke et urimelig anslag. Spørsmålet er så i hvor stor grad dette kan avlaste de administrative gjøremål som likevel vil tilligge leder for sosialkontor eller kommunal lege.

HVA SÅ MED HELSE-ETATEN INTERNT?

Til tross for et usedvanlig sterkt engasjement, bl.a. med flere turneer av forbundsledelsen, synes ikke Sykepleierforbundet å ha fått gjennomslag for sine krav om egen sykepleieretat med en sykepleiesjef likestillet med sosialsjef og lege. Mange steder har konflikten mellom sykepleiere og leger totalt overskygget interessekonflikten mellom helseetaten og sosialetaten. I en kommentar til Utposten sier nestleder i Norsk Sykepleierforbund, Anne Karin Brokhaug, at det er for tidlig å uttale seg om Forbundets gjennomslag for sine synspunkter. Hun uttrykker tilfredssettelse over at sykepleierne har kommet med i utredningsarbeidet. Anne Karin Brokhaug opplyser at Sykepleierforbundet ikke kan si seg tilfreds med resultatet i de fleste kommuner som har fattet et formelt vedtak, men nevner et par kommuner i Nord-Trøndelag som eksempler på gjennomslag for Sykepleierforbundets linje. Hun sier eller at sykepleierne vil følge saksgangen helt frem i den enkelte kommune, og hun håper på fortsatt forståelse for deres syn.

Det synes å være et gjennomgående trekk at helsesektoren organiseres mer etter funksjon enn etter profesjon. Det er imidlertid en viss sammenheng idet legene vil få en helt sentral plass i det kurative arbeid, mens sykepleierne vil få en tilsvarende posisjon i den pleiemessige sektor. En ren profesjonsinndeling er det imidlertid få kom-

muner som har gått inn for.

I en del kommuner er det foreslått etablert fagråd innen helsevesnet. Disse fagrådene bygger mange steder på de eksisterende sosialmedisinske team og skal være rådgivende for den administrative ledelse.

I mange kommuner fremheves betydningen av såkalt fullført saksbehandling innen helsesektoren. Dvs. at en saksbehandler forbereder en sak helt frem til det politiske organ. Dette vil kunne sikre kommunikasjonen mellom politikere og de enkelte faggrupper og representerer således et "pustehull" i systemet.

Forskjellen i den interne helsevesenstrukturen er stor, og mange spennende samarbeidsmodeller er foreslått.

HVA BLIR KONSEKVENSENSENE?

Fordelen med et slikt uttalt selvstyre som Lov om kommunehelsetjeneste legger opp til, er at den enkelte kommune teoretisk sett kan skreddersy en organisasjonsform som passer det lokale behov. Imidlertid vil presset fra interessegrupper ofte gjøre valgmulighetene små. Et mangfold av ordninger vil gjøre en oppfølging og evaluering spennende. På mange måter er jo hele loven et gedigent eksperiment, og konsekvensene vil først kunne bedømmes etter en tid.

Kommunene synes så velge en administrasjonsform basert på de erfaringer og det kjennskap de har til dagens helse- og sosialpersonell i kommunene. Dette er på mange måter positivt, men faren er at avgjørelsene blir for personavhengige, og at vedtak ut i fra dagens sosialsjef eller dagens distriktslege blir avgjørende også for fremtidens administrasjonsform. Det er tankevekkende at såvidt mange kommuner synes å velge adskilte administrative ordninger til tross for klare anbefalinger fra Norske Kommuners Sentralforbund. En av årsakene til dette er nok en bekymring for et økende kommunalt helsebyråkrati. Nyopprettede helse- og sosialsjefstillinger kan bli kostbare for kommunene, og erfaringer fra sykehusvesnet skremmer. Hvor mye helse man får ut av en slik kommunal administrasjon kan diskuteres, og en avventende holdning som mange kommuner har tatt, kan vise seg fornuftig. Allerede uten nye administrasjonstillinger vil nok mange kommuner finne det vanskelig å finne dekning for de obli-

Gjøkunger i sjefsregulativet?
Hva alle disse kommuner spør om...
Det er omorgan og sosialtjenesten som åpner mulighetene rundt i kommunen og forvirring...
Kraftig sju protest mot
Ikke nødvendigvis leger som skal lede

HELSE- FRATA

sje kan bli et forkl om i våre 454 kom -jurister, økonomer mer kan ryke sa- t i selslagsmål. Det lende toppfigurer, en helse og sosialsjef opp mot 200 000 kroner i lønnsklasse, og un- der ham kan det bli plass for en helse- sjef, en sosialsjef, en sykepleiesjef, - og fremdeles vil fylster knurre enkelte steder...
Sykepleierne mener... deres utdannelse også er akse- bel for stillingen som helse- sjef, mens legene nok har en noe annen oppfatning i så måte.
Sosionomer med «strikk-budsjett»
Stillingene som helse- og sosial- sjefer rundt om blir nok likevel det mest omstridte beinet, og me- ningen om hvilken utdanning er å foretrekke er sterkt be- tenkningsfull fra Norske Kommuners Sentralforbund sterkt at man bør administrative o- slietter, ut- faglig be- sekt...

NYE FETE TOPPSTILLINGER I
Nødvendige eller kostbare

Sykepleierne for å erobre

ring av helse-
kommunene
for omfat-
tinal admini-
strasjon med vek-
st i komm-
vondig? Blir

Sjukepleiere protesterer

Sjukepleier- helseplan

helse-etaten i kommunene

SJEF

COMMUNAL HELSETJENESTE

administratører
gjør-unger?

nødvendigvis lege

- Skal så være et
for denne tjenesten i kom-
ne?

- Vårt poeng er at det i
nødvendigvis skal være en leg-
stik mange kommuneadmini-
strasjoner ser ut til å mene og tro.
Men vi har som kvinner og som
sjukepleiere vanskelig for å bli
tatt alvorlig. Det ser ut til å være

vil slåss
sjefsstoler

«Sykepleierne
driver legehets»

gatoriske helsetiltak, og i høstens helsedebatter må det ventes harde utfall mot de sentrale myndigheter i forbindelse med Lovens gjennomføring. Det synes som om det særlig er de små utkankommunene som kommer dårligst ut økonomisk, og det kan da også forklare at det nettopp er disse kommunene som innstiller seg på pragmatiske organisasjonsløsninger basert på dagens system.

At kommunene ville velge et felles politisk utvalg for helse- og sosialsektoren var ventet. Dette er en oppfølging av hovedutvalgsprinsippet som tar sikte på å samle kommunens nemder i fire hovedutvalg. Om kommunene samtidig har vurdert den enorme saksmengden som vil måtte tilflyte et slikt helse- og sosialutvalg er uklart. Et utvalg som både skal

behandle klientsaker etter Lov om sosial omsorg, helserådssaker, budsjett- og personalsaker og kanskje også fungere som barnevernsnemnd og edruskapsnemnd er i realiteten vanskelig å tenke seg. En oppdeling i underutvalg blir sannsynligvis den eneste utvei, men da med hovedutvalget i plenum som ansvarlig for budsjett og planlegging samt samordning av de forskjellige sektorer.

Valget av forskjellige organisasjonsformer og styringsstrukturer av kommunehelsetjenesten vil kunne danne grunnlaget for spennende og interessante sammenligninger i tiden som kommer. Spørsmålet om hvilken administrasjonsform som gir den beste kommunehelsetjenesten får man i hvert fall ikke svaret på før i beste fall etter flere år.



TEMA:

Barneneve

NOU 1982: 26

BARNEMISHANDLING OG OMSORGSSVIKT.

☐ Av Øystein Pedersen ☐

I mai -79 ble det av Sosialdepartementet oppnevnt et utvalg (med overlege Jens Steen som formann) med oppgave å fremme forslag til tiltak for å forebygge barnemishandling. På bakgrunn av problemets omfang og årsaker, slik vi kjenner det i dag, skulle utvalget bl.a. legge frem forslag til organisering av arbeidet med å forebygge og behandle barnemishandling. Utvalgets utredning forelå i juni -82, men har vakt ufortjent lite oppmerksomhet i medisinske kretser. Utredningen fremmer flere forslag som direkte angår alle leger som arbeider med barn, og beskriver et sosialt/medisinsk problemområde som kanskje er et av de viktigste og samtidig mest forsømte innen dagens helse- og sosialvern.

DAGENS SITUASJON.

C. 12.000 norske barn lever under alvorlig sviktende omsorg. Ytterligere 14.000 barn lever under forhold som gir grunn til alvorlig bekymring. Barnemishandling begynner som regel tidlig og oppdages sent. For hvert barn som registreres p.g.a. mishandling eller omsorgssvikt finnes det 9 barn i like alvorlig fare som ikke registreres. Hyppigheten av registrert mishandling og omsorgssvikt øker ved økende kunnskap og oppmerksomhet om tilstanden. Vårt hjelpeapparat er ikke til-

strekkelig utbygget til å kunne møte problemer av dette omfang: Den tilstanden som utvikler seg i en familie der mishandling forekommer, er mer urovekkende enn noen annen tilstand det ytes hjelp for i vårt helse- og sosialvern. Denne tilstanden er skjermet av privatlivet og kan bestå i flere år uten at noen får kjennskap til den.

"Det er behov for mer oppmerksomhet og bedre registrering av problemet."

HVORFOR ER DET SLIK?

I følge utvalget er det spesielt tre forhold som hindrer at barn og deres familier får den hjelp som er nødvendig:

1. Manglende oversikt over hvor mange og hvilke barn som lever under sviktende omsorg.
2. Hjelpeapparatets nøling med å gripe inn overfor en bekymringsfull situasjon.
3. Uklarhet m.h.t. hvem som skal påta seg ansvaret for inngrep.

Barnevernsarbeid er også vanskelig av en rekke andre grunner:

- Utviklingsproblemer, psykiske vansker og fysiske symptomer kan ha mange årsaker som nødvendigvis ikke har noe med mishandling eller omsorgssvikt å gjøre.
- De såkalte "faresignaler" hos barn i fare, slik som angst,

ern

usikkerhet og uro er alminnelige vansker hos barn, og det kan være vanskelig å vurdere når disse er tegn på alvorlige problemer i forhold til foreldrene. Også når barnets adferd gir grunn til bekymring kan det være mange og komplekse årsaksforhold.

- Hva er skadelig for et barn ? Det er svært varierende syn på hva som er vanlig akseptert oppdragelse og hva som er overgrep som setter barnets fysiske eller psykiske helse og utvikling i fare.

- Det er vanskelig å gi klare retningslinjer og objektive kriterier for når hensynet til barnet gjør det nødvendig å gripe inn. Det er alltid vanskelig å forutsi noe på lang sikt m.h.t. barnets utvikling.

- En del av de profesjoner som har med barn å gjøre mangler dels kompetanse og kunnskap til å oppdage omsorgssvikt/mishandling, dels mangler de kapasitet og ressurser til å gjøre noe med de registrerte problemene.

Utvalget peker også på at barnevernsarbeidet i dag preges av:

Oppsplittede etater og profesjoner, manglende kommunikasjon, sviktende koordinering, uavklarte ansvarsforhold.

NOEN AV UTVALGETS FORSLAG TIL FORBEDRINGER INNEN BARNEVERNET.

Innføring av obligatorisk helsekontroll for alle barn (den nåværende helsestasjonskontroll er frivillig).

Lovhjemlet adgang til hjemmet for helsesøster.

Innføring av meldeplikt bl.a. for

leger ved mistanke om barnemishandling eller omsorgssvikt.

M.h.t. tverrfaglig samarbeid foreslås at taushetsplikten ikke skal være til hinder for at leger o.a. kan gi relevante opplysninger og delta i drøftelser i saker om barnemishandling og omsorgssvikt.

Det foreslås en generell opprustning av barnevernet med ca. 1000 nye stillinger, og oppretting av egne barnevernsavdelinger og saksbehandlere i kommunene.

EN VURDERING AV LEGENS ROLLE I BARNEVERNSARBEIDET.

Som primærleger, helsestasjonsleger og skoleleger kommer vi i kontakt med alle barn før de er fylt 8 år. I følge utvalget ser det ut til at omsorgssvikt og barnemishandling er det mest oversette helseproblem blant barn.

Hvorfor ser vi ikke barnevernsproblemerne ?

Det kan tenkes mange forklaringer på dette:

Vi fokuserer på den konkrete somatiske problemstillingen vi blir kontaktet for og avgrenser oss til det --- ?

Vi møter foreldre med barn, kommuniserer oftest med foreldrene ut fra at vår service er et tilbud med grunnleggende elementer av tillit og frivillighet.

Vi vil ikke belaste forholdet til foreldrene med mistanke, melding til barnevern o.l. - ?

Vi kjenner risikofamilier med risikobarn, og vi ser kanskje faresignaler hos barnet, men det er vanskelig å ta opp fordi:

- Vi mangler viten om hva vi kan/bør gjøre.
- Vi mangler evne, kapasitet og tid til å ta det opp.
- Vi nøler i det lengste med å gripe inn overfor en bekymringsfull situasjon.
- Vi bagatelliserer alvoret i situasjonen - håper at ting vil ordne seg uten vår inngripen.
- Vi mangler faste rutiner i arbeid med saker av denne art. Barnemishandling er en vanskelig diagnose og motvillige foreldre med behandlingstrengende barn er et vanskelig utgangspunkt for behandling. Kanskje føler vi også at vår generelle taushetsplikt gjør det vanskelig å drøfte vår mistanke med noen, og at vi



derfor er forsiktige med å ta initiativ i barnevernssaker ?

Som utvalget påpeker er det i dag ofte uklarhet m.h.t. ansvarsforhold og sviktende koordinering i arbeidet med barnevernssaker. Dette medfører unødvendige problemer og unødvendig høy terskel før man tar initiativ til barnevernsoppgaver. Dette rammer i siste instans de barn hvis fysiske og psykiske utvikling og helse vi har som arbeid å overvåke ved våre kontorer, helsestasjoner og skoler. I følge utvalget gjør vi ingen god jobb her !

Det er ingen enkel forklaring på barnemishandling og omsorgssvikt, og heller ingen enkel løsning på problemet, verken kurativt eller forebyggende. P.g.a. problemenes sammensatte karakter er tverrfaglig samarbeid den nødvendige arbeidsform i de aller fleste barnevernssaker.

For noen leger utgjør tverrfagligheten et av de største hinder for engasjement i familie- og barnevernssaker. Vi er vant til å være solo-spillere, der vi på vårt beskyttede kontor tar selvstendige beslutninger vedrørende

våre pasienters liv og helse. Klarer vi å omstille oss til å møte andre fagprofesjoner på lik linje- eller kanskje til og med som læregutter - ansikt til ansikt i et tverrfaglig team-møte ??

Skulle den tverrfaglige arbeidsform bli et uoverstigelig hinder, er det like fullt viktig at vi ikke holder vår bekymring eller mistanke for oss selv. Vi kan varsle barnevernsnemnda vedrørende uro for et barns situasjon, uten derved å forplikte oss til å delta i det påfølgende arbeid med familien. I praksis er det sosialkontorene som fungerer som naturlig "meldestasjon" i barnevernssaker, og de har lov- hjemlet plikt til å følge opp saken videre.

Det er i de fleste saker bedre å varsle fra ved mistanke enn å vente til det foreligger bevis for mishandling. Hovedhensikten med å følge opp en melding om barnemishandling/omsorgssvikt er ikke å bevise at dette finner sted, men med forebyggende tiltak å sikre en om nødvendig bedre fremtidig omsorg for barnet.

HVORDAN ARBEIDER BARNE- VERNET I KOMMUNENE ?

Barnevernsnemnda har formelt ansvar.

Det kommunale barnevernet har en sentral plass i arbeidet med omsorgssvikt og barnemishandling. Barnevernsnemndas ansvar er slått fast i barnevernsloven, der det heter at nemnda snarest skal foreta nærmere undersøkelser, bl.a

"når barnet blir slik behandlet eller lever under slike forhold at dets helse (fysisk - psykisk) eller utvikling utsettes for skade eller alvorlig fare". (Barnevernsloven, p.grf.16)

Hvem er barneverns- nemnda ?

Barnevernsnemnda består av 5 folkevalgte legfolk. I det praktiske arbeid er det imidlertid sosialkontoret, i egenskap av barnevernsnemndas utøvende organ, som får ansvaret for å følge opp barnevernsakene. Saksbehandlerne her vil oftest være sosionomer eller barnevernspedagoger i i kuratorstillinger.

"Innen barnevernslovens ramme"

Sosialkontorets arbeid med barnevernsaker foregår innen barnevernslovens ramme. Det innebærer at sakene hele tiden må vurderes under en juridisk såvel som terapeutisk synsvinkel. Det må legges vekt på formelle saksbehandlingsregler og rettssikkerhetshensyn.

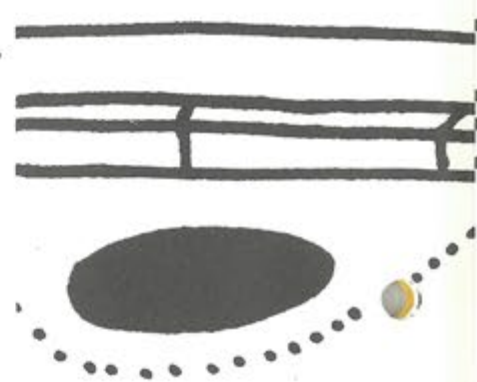
Dette gjør at sosialkontoret får et noe annet utgangspunkt for sitt arbeid enn andre, mer rent behandlingsorienterte instanser. Det er viktig at andre instanser er klar over dette forhold når de samarbeider med sosialkontor/barnevernsnemnd.

Samarbeid med foreldrene.

Barnevernslovens forutsetning er at sosialkontoret i sitt arbeid skal basere seg på samarbeid med foreldrene så langt råd er. Barnevernsloven lister opp en lang rekke tiltak som kan settes i verk for å bedre forholdene for det enkelte barn og den enkelte familie. (Barnev.loven pgf. 18)

☐ Av Ingvild Torp

Ingvild Torp er sosionom, 33 år, barnevernksulent i Møre og Romsdal.



"Forebyggende tiltak"

Familien kan få økonomisk hjelp, husmorvikar, barnehageplass etc. Det kan etableres støttekontakt-ordning for barnet eller det kan opprettes tilsyn med hjemmet. "Tilsyn" vil si at en person blir oppnevnt som tilsynsfører for barnet, med den oppgave å holde kontakten med familien, prøve å hjelpe dem til å "bedre på forholdene", og samtidig holde barnevernsmemnda orientert om utviklingen.

Nemnda kan overta omsorgen.

Dersom slike "forebyggende tiltak" ikke hjelper, eller må anses nytteløse, kan barnevernsmemnda overta omsorgen for barnet og plassere det i fosterhjem eller institusjon for kortere eller lengre tid. Nemnda kan også sette

greier å få til et brukbart samarbeid med familien. Avstanden kan være stor mellom det barnevernet anser nødvendig for barnet og det foreldrene vil tillate. Barnevernloven gir da hjemmel for bruk av tvang dersom dette må til for å ivareta barnets interesser. Alle de såkalte "forebyggende tiltak" kan således settes i verk som pålegg til foreldrene. Nemnda kan også overta omsorgen for barnet mot foreldrenes vilje.

Spesielle regler for saksbehandling.

Å ta barnet bort fra foreldrene er et drastisk inngrep, og saker der dette kan bli resultatet skal behandles etter spesielle regler, og med dommer tilstede i nemnda. (Barnev. loven pgf.5) Sosialkontoret forbereder sakene, og skal se til at de er nøye utredet på forhånd.

for sin skjønnsanvendelse er nemnda likevel i stor grad avhengig av det materiale den får seg forelagt av sosialkontoret. I større kommuner har nemndsmedlemmene ofte ikke annet kjennskap til sakene enn det som går fram av sakspapirene. I mindre kommuner derimot, har medlemmene ofte privat kjennskap til klientene, noe som kan komplisere nemndas arbeid snarere enn å forenkle det. I begge tilfelle er det viktig at sakene er grundig utredet av fagfolk før de blir lagt fram for nemnda til avgjørelse. Det kan være av betydning at det foreligger uttalelser også fra andre instanser enn sosialkontoret. Skriftlige rapporter fra skole, lege eller helse-søstervil kunne dokumentere forholdet det er viktig for nemnda å kjenne til når de skal fatte sine vedtak.

Taushetsplikt ikke til hinder.

Legers og andre yrkesgruppers taushetsplikt er ikke til hinder for at de kan gi nemnda nødvendige opplysninger i slike saker. (Barnev. loven pgf.12)



«Samfunnet har blitt mer barnefiendtlig»

i verk ordninger med avlastningshjem, weekendfosterhjem og andre ordninger i overgangen mellom forebyggende tiltak og full omsorgsovertakelse.

Det aller meste av sosialkontorenes barnevernsarbeid skjer i full forståelse med barnets foreldre, og uten at barnevernsmemnda overtar omsorgen for barnet.

Et stort flertall av omsorgsovertakelsene skjer også i forståelse med foreldrene, og i en god del tilfelle også etter anmodning fra foreldrene.

Nemnda kan bruke tvang

Barnevern er likevel et konfliktfylt område, og det vil være tilfeller der sosialkontoret ikke

Sakkyndig bistand.

I dette arbeidet er det ofte aktuelt å søke sakkyndig bistand. Bl.a. kan primærlege og helse-søster være aktuelle samarbeidspartnere i denne fasen. Selve avgjørelsen skal tas av barnevernsmemnda i møte.

Rom for skjønn.

Nemndas avgjørelser skal skje innen barnevernlovens ramme. Loven gir imidlertid rom for utstrakt bruk av skjønn.

For å få saken belyst, kan nemnda be om at andre instanser som har vært inne i bildet, avgir uttalelse. Partene i saken har rett til å møte og forklare seg direkte for nemnda. Som grunnlag

Når det haster-

I enkelte tilfeller, bl.a. i alvorlige mishandlingsaker kan det være nødvendig å gripe inn raskt, uten å avvente en nemndavgjørelse. Etter barnev. loven, pgf.11, kan formannen i barnevernsmemnda eller politiet (i noen kommuner også lederen av sosialkontoret) i slike saker anbringe barnet på et "hensiktsmessig" sted. Dette er rent midlertidige "haste"-anbringelser og det forutsettes at nemnda snarest råd tar saka opp til behandling på vanlig måte.

Dersom det f.eks. i en mishandlingsak er aktuelt med sykehusinnleggelse og foreldrene er imot, kan innleggelse av barnet kun skje i samsvar med barnevernloven

med bistand fra politi eller formann i barnevernsnemnda.

Integrert del av sosialtjenesten.

Barnevernloven gir altså det kommunale barnevernet en sentral plass i arbeidet med omsorgsviktproblemene:

- Barnevernet er plassert som en integrert del av den kommunale sosialtjenesten med sosialkontoret som sekretariat og ofte utøvende organ. Samme instans disponerer barnehageplasser, husmorvikarer, institusjonsplasser, økonomisk hjelpe-reelle hjelpetilbud som kan lette tilværelsen for vanskelig stilte familier.
- Bare barnevernet har lovhjemmel til å gripe inn med tvang i forholdet barn-foreldre dersom barnet trues av omsorgsvikt eller mishandling.
- Det ansvar barnevernet har for å gripe inn -om nødvendig med tvang- gir samtidig barnevernet en autoritet som kan være nødvendig for å etablere og vedlikeholde kontakt med enkelte utsatte familier.

Mange kvier seg likevel for å ta kontakt med barnevernet av redsel for hva en slik henvendelse kan føre til, både for "anmelderen", og for dem det gjelder.

Å ta kontakt med barnevernet er imidlertid ikke det samme som å "anmelde for barnemishandling". Det er: "å dele sin bekymring med den instans som har lovmessig ansvar for å følge saken videre opp."

I noen tilfeller kan en slik henvendelse føre til at barnet blir tatt fra foreldrene og plassert i fosterhjem. I mange andre tilfelle kan det føre til en nødvendig ressurstilførsel til en presset familie og et utsatt barn. Begge deler kan være godt barnevern.

Ressurstilførsel nødvendig

Forutsetningen for godt barnevernarbeid er imidlertid at sosialkontorene har tilstrekkelig kapasitet til å engasjere seg grundig i disse sakene, noe som mange steder er problematisk pga. stor generell arbeidsbelastning med små ressurser.



Juridiske aspekter ved barnemishandling og omsorgsvikt

Ved en framstilling av jussen på dette området vil mye av essensen i situasjonen "barn i alvorlig fare" mangle. Men:

- jussen uttrykker i stor grad samfunnets holdninger.
- jussen kan være et nødvendig hjelpemiddel til å ivareta barnets interesser.
- jussen sier noe om ansvarsforhold og plikter ved arbeid med barnevern i videste forstand.
- Spesielt når samarbeid med foreldrene viser seg ikke å føre fram, er det viktig å gå fram på lovlig måte.

Forholdet foreldre - barn.

Barns oppvekstvilkår er avhengige av mange forhold, ikke bare forholdet til foreldrene. Begrepet barnemishandling og omsorgsvikt begrenses vanligvis til situasjoner hvor foreldrene på en eller flere måter svikter i forhold til barnet. Jeg vil derfor først si litt om det rettslige forhold mellom foreldre og barn (som kan være fjernt fra de faktiske forhold).

Barneloven av 1981 definerer foreldreansvaret slik i pgf.30: "Barnet har krav på omsut og omsorg fra dei som har foreldreansvaret. Dei har rett og plikt til å ta avgjerder for barnet i personlige tilhøve innefor dei grensene som pgff. 31 og 33 set (om barnets sjølråderett). Foreldreansvaret skal utøvast ut frå barnets interesser og behov. Dei som har foreldreansvaret, er skuldige til å gje barnet forvarleg oppseding og forsyting. Dei skal sørge for at barnet får utdanning etter evne og givnad."

Ansaret inneberer både rett til å bestemme og plikt til omsorg. Det er barnets interesser og ikke foreldrenes som skal ivaretas. Dette ansvaret er pålagt foreldrene aleine. Samfunnet kan tre til med forskjellige avlastnings tiltak, men foreldrene har ikke noe rettskrav på hjelp ut over det skolen og evt. barnevernet overtar av omsorgsfunksjoner.

Norsk rett er fortsatt preget av av det syn at barna er foreldrenes eiendom. Sammen med prinsippet om "privatlivets fred" (ufred?) har det ført til tilbakeholdenhet med rettslig vurdering av den ikke-økonomiske side av familielivet, og særlig med håndheving av de regler som er gitt.

Begrensninger i foreldrenes rettigheter overfor barnet må ha

hjemmeli lov fordi det regnes som inngrep i private forhold. Dette bygger på et grunnleggende prinsipp i norsk rett - legalitetsprinsippet:

Myndighetene kan ikke gripe inn overfor et individ og begrense dets rett til fri livsutfoldelse uten å ha lovhjemmel for tiltaket. Dette regnes som en viktig rettsikkerhetsgaranti. Prinsippet har også betydning for ansvarsforholdet mellom forskjellige hjelpeinstanser ved barnemishandling og omsorgsvikt. Det er i dag bare barnevernsnemnda som har hjemmel til å sette i verk tiltak når foreldrene setter seg imot innblanding fra det offentlige.

Rettslig sett er skoleplikten, barnevernet, og en ungdoms rett til selvbestemmelse på forskjellige områder de viktigste begrensningene i foreldrenes myndighet overfor barna.

Men med i dette bildet hører også straffeloven (strl.)

Det er straffbart å slå barn. Forbudet gjelder også foreldre. Bruk av ris, klyping eller andre former for fysisk avstraffelse er ikke tillatt selv om det er ment som ledd i oppdragelsen. Vold mot barn rammes av de generelle bestemmelsene om legemsforrømmelse (strl. pgf. 228) og legemsbeskadigelse (strl. pgf. 229).

Steen-utvalget foreslår flg. tillegg til barnelovens pgf. 30: "Barnet skal ikke utsettes for fysisk avstraffing eller annen krenkende handling."

Barnevernet - utviklingslinjer.

De første bestemmelser om offentlig barnevern ble gitt i første halvdel av det 18. århundre. Barn kunne plasseres i fosterhjem, barnehjem eller sendes på legd, de kunne straffes med fengsel, ris eller tukthus.

☐ Av Kristin Solberg ☐

KRISTIN SOLBERG er jurist, 33 år, konsulent hos fylkesmannen i Troms.



Tanken bak Vergerådsloven av 1896 var at forsømte barn hadde behov for oppdragelse og hjelp i stedet for straff, at det måtte fjernes fra det skadelige miljø og bortsettes i skolehjem, barnehjem eller fosterhjem. Loven fungerte mer som samfunnsvern enn barnevern: skolehjemmene fikk karakter av straffeanstalter, og folkeskolen slapp bryet med de vanskelige barna (se Tove Stang Dahl i boka "Barnevern og samfunnsvern", Oslo -78.)

Vergerådsloven ble avløst av Lov om barnevern av 1953

Den nye loven bygde på ideologien om at "et dårlig hjem er bedre enn intet hjem". Vanskeligstilte barn skulle først og fremst hjelpes ved å gi hjelp til hele familien, "familiebehandlingsprinsippet". Plassering av barn utenom hjemmet skulle begrenses mest mulig.

Selv om hensynet til "barnets beste" skal være en ledetråd for barnevernsnemndas arbeid, er det foreldrenes rettssikkerhet som er best ivare tatt både i loven og i praktiseringen av den. Foreldre - retten står tradisjonelt sterkt i alles bevissthet, mens begrepet "barnets beste" gir liten veiledning til de som skal ivareta barnets interesser. Det tilslører dessuten realitetene, nemlig at det er snakk om å finne fram til en mindre skadelig tilværelse for barnet. I boka "Retten til barnet eller barnets rett" (Goldstein, Freud og Solnit, 1980), foreslår forfatterne at uttrykket "barnets beste" erstattes med "-det minst skadelige alternativ til å sikre barnets vekst og utvikling".

Barnevernets organer.

1. Barnevernet er først og fremst en del av den kommunale sosialforvaltning. Det består av en folkevalgt nemnd, barnevernsnemnda som velges av kommunestyret, og en eller flere saksbehandlere (fortrinnsvis barnevernspedagog og/eller sosionom)

2. Betegnelsen "nemnda" i lovteksten vil i praksis ofte gjelde sosialadministrasjonen/saksbehandlerne.

3. Med til barnevernet hører også barnevernskonsulentene hos fylkesmannen (statlig) og fosterhjem-sentralene (fylkeskommunale). Steen-utvalget foreslår at det i tillegg opprettes et faglig barnevernsutvalg i hvert fylke.

Barnevernets oppgaver.

Etter barnevernsloven (bvl.) pgf.1 skal nemnda "utføre de oppgaver som påhviler den i henhold til lov. Den skal følge nøye med i de forhold barn og unge lever under

og virke for tiltak til bedring av barnevernet i kommunen". I dette ligger sosialpolitiske oppgaver, behandlende/hjelpende oppgaver og kontroll/tvangsmessige (domstolslignende) oppgaver.

Nemnda har et klart ansvar for saker ang. barnemishandling og omsorgsvikt, selv om loven bruker andre ord på disse forholdene.

Bruk av sakkyndige.

Bvl. pgf.1, 4.ledd forutsetter at nemnda best mulig samarbeider med andre instanser hvis virksomhet berører barnevernet. Helseråd, skolemyndigheter og politi er spesielt fremhevet.

Etter bvl. pgf.10 skal formannen: -sørge for at de saker som legges fram for nemnda er nøye undersøkt på forhånd.

-Det må skaffes best mulig kjennskap til barnet og hele dets miljø, til foreldrene og forholdene i heimen, skolen osv.

-Til undersøkelse av barnet skal nemnda såvidt mulig søke sakkyndig bistand.

Også folk med yrkesmessig taushetsplikt har plikt til å gi opplysninger til nemnda, f. eks. om forhold som kommer opp i forbindelse med helsekontroll eller medisinsk behandling. Fritak fra taushetsplikt innebærer valgfrihet mht. å gi opplysninger eller ei, unntatt når lovbestemmelsen også fastslår at det skal være opplysningsplikt. I praksis velger de fleste ikke å kontakte sosialkontoret/nemnda.

Steen-utvalget har, tross en del motforestillinger, kommet til at det bør innføres meldeplikt for alle offentlige tjenestemenn og fagfolk om barnemishandling og omsorgsvikt som de gjennom jobben får kjennskap til eller mistanke om.

Steen-utvalget foreslår en ny lovbestemmelse om at barnevernet kan innkalle til tverretatlige møter, der taushetsplikt ikke skal være til hinder for at man gir hverandre opplysninger.

Samarbeid med politiet.

Barnevernsnemnda har ikke plikt til å anmelde straffbare handlinger, men kan gjøre det hvis det er av betydning for barnets forhold eller sikkerhet.

Nemnda må spesielt vurdere evt. skadevirkninger en etterforskning /straffesak kan få for barnet.

Bvl.pgf. 70 gir nemnda rett til å kreve hjelp fra politiet til undersøkelser og iverksetting av vedtak.

Samarbeid med naboer o.l.

Barnets naboer, slektninger eller andre har ingen meldeplikt, verken til nemnda eller politiet. Steenutvalget foreslår en lovbestemmelse om at de bør gi melding til barnevernsnemnda, og at de kan kreve å være anonyme i forhold til foreldre, politi, domstoler og andre. Pga. reglene om parts-offentlighet kan foreldrene i dag som hovedregel kreve å få oppgitt hvem som er kilden til opplysningene nemnda har fått.

Etter Bvl kan nemnda innhente opplysninger fra enhver person hvis forklaring antas å være av betydning. Vedkommende har ikke plikt til å forklare seg, men nemnda kan kreve dem avhørt ved domstolene. De vil da få vanlig vitneplikt. De kan forevrig pålegges taushetsplikt om det de får vite om saken i samband med at nemnda ber dem om opplysninger.

Når kan barnevernet gripe inn?

Forat barnevernet skal ha rett til å sette i verk tiltak overfor en familie, må barnet være i en av de situasjoner som beskrives i bvl. pgf.16. Her gjengis de to situasjonstyper som er mest aktuelle i den forbindelse:

Vernetiltak kan treffes overfor barn under 18 år:

- når barnet blir slik behandlet eller lever under slike forhold at dets helse (fysisk/psykisk) eller utvikling utsettes for skade eller alvorlig fare.
- når barnet er sjukt eller lider av kroppsslyte, nedsatte åndsevner eller andre mangler og de nødvendige åtgjerder ikke er tatt for å gi det den pleie og behandling det har behov for og som det etter tilhøve er mulig å gi det.

Hva skal/kan barnevernet gjøre?

Når nemnda er kjent med eller får mistanke om at et barn er i en "pgf.16-situasjon", skal den snarest foreta nærmere undersøkelser, helst av en person med faglig bakgrunn til dette.

Av og til kan det være behov for å flytte barnet ut av hjemmet før saken er utredet og avgjort, f.eks. i en akutt krisesituasjon i familien eller i mer alvorlige tilfeller av mishandling/omsorgsvikt. Bvl.pgf11 gir nemnda hjemmel til å foreta en foreløpig plassering av barnet i familie, skole eller annet hensiktsmessig sted, for eks. til observasjon på

en barneavdeling. Vilåret er at "det er fare ved opphold, eller deter nødvendig for å sikre seg barnets person." Saken må deretter snarest forberedes på vanlig måte.

Andre enn de som er nevnt i pgf. 11 (f.eks. distriktslege, helse-søster) er avhengige av foreldrenes samtykke for å kunne flytte barnet i en tilsvarende situasjon, med mindre det er akutt fare for menneskeliv (da kan det være straffbart ikke å gripe inn).

I saker der en har litt mer tid på seg skal en først gjennom samtaler med foreldre og barn søke å få fram årsakene til barnets situasjon, og få dem til å innse hva som evt. er galt og hva som kan gjøres for å rette på forholdene.

Dersom dette ikke er tilstrekkelig, nevner bvl.pgf.18 forskjellige tiltak som kan gjennomføres uten at barnet flyttes til et annet miljø. Alt etter forholdene i det enkelte tilfelle kan en opprette tilsynsfører/støttekontakt, gi økonomisk støtte til husmorvikar eller annen avlastning, få barnet i barnehage/skole/arbeid/opplæring, sørge for at barnet får tiltrengt behandling.

Hvis nemnda finner "pgf.18-tiltak" nytteløse eller tiltakene ikke har ført fram, kan den etter pgf. 19 vedta å "overta omsorgen for barnet og bringe det til oppfostring utenfor heimen. Før vedtaket blir gjort skal nemnda søke å oppnå skriftlig samtykke fra foreldrene. Dette samtykket må omfatte både omsorgsovertakelsen og anbringelsesmåten. Barnet skal fortrinnsvis anbringes i en god fosterheim."

Når samtykke fra foreldrene mangler, må by- eller herredsrettsdommeren (sorenskriveren) tiltre nemnda ved behandling av saken og lede møtet.(pgf.5). Dette er ment som en sikkerhetsgaranti, sikre at alle parter kommer til orde og at avgjørelsen treffes på forsvarlig grunnlag. Slik "dommergaranti" skal også finne sted i noen andre tilfelle hvor det er spørsmål om å foreta omfattende inngrep i foreldreretten.

Det er derimot ikke nødvendig med dommer til stede for å vedta å gi foreldrene "en sjanse til", selv om det kan bli skjebnesvangert for barnet.

En fare ved juristenes inntreden i saken, (foreldrene møter gjerne med advokat)- er kanskje at en konsentrere oppmerksomheten for mye om bevis. Det kan gå ut over barnets rettssikkerhet. Det kan

oppnevnes setteverge eller egen advokat for barnet. Det gjøres nokså sjelden, men i økende grad. Barnet har også høve til å uttale seg for nemnda eller en av nemnds

medlemmene. Det kan ikke stilles like strenge krav til nemndas bevisføring som f.eks. i en straffesak om samme forhold, hvor rimelig tvil skal komme tiltalte til gode. Det må sannsynliggjøres at lovens vilkår for inngrep er oppfylt. Nemnda må ikke bare konsentrere seg om de enkelte handlinger barnet har vært utsatt for, men foreta en totalvurdering av barnets situasjon.

I begrunnelsen for evt. omsorgsovertakelse må det gis mest mulig konkrete og faktiske opplysninger om hva som har vært avgjørende for vedtaket.

Klage- og søksmålsrett.

Den som berøres av et barnevernsvedtak kan påklage det til fylkesmannen. Saksbehandler hos fylkesmannen er barnevernkonsulenten evt. i samarbeid med jurist. Foreldre, forsterforeldre, institusjonsstyrer, evt. nære slektninger som berøres av vedtaket, kan klage.

Barnet har selvstendig klagerett i visse typer saker når det har fylt 15 år og har evne til å forstå hva saken gjelder. Men også det enkelte medlem av nemnda kan klage på barnets vegne. Steenutvalget foreslår slik klagerett også for saksbehandler og sakkyndig i en barnevernsak. De kan f.eks. være interessert i å få endret et "vente-og-se" -vedtak av nemnda.

Etter nærmere regler kan fylkesmannens avgjørelse enten bringes inn for retten eller påklages videre til sosialdepartementet. Både fylkesmann, departement og domstoler kan i disse sakene overprøve alle sider ved nemndas vedtak, også den skjønsmessige vurderingen, og kan oppheve, stadfeste eller endre dette.

Og framtida?

Steenutvalget foreslår enkelte lovendringer som vil kunne bedre barnets rettssikkerhet. Det er foreløpig uklart hvilken sjebe disse forslagene vil få i det utkast til ny felles sosiallov som departementet nå arbeider med. Mue tyder på at tendensen går i i retning av å legge forholdene bedre til rette for stabilitet og kontinuitet for barnet.

Kort om symptomer, diagnostikk og behandling ved barnemishandling og omsorgssvikt.

Barn i alvorlig fare.

☐ Av Gyrid Gylseth ☐

psykiater, barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Fylkessjukehuset i Molde.



Barn trenger:

- kontakt
- omsorg
- trygghet
- kontinuitet
- stimulering

Foreldrenes evne til å være foreldre avhenger av at de

- kan oppfatte barnet realistisk
- kan utsette egen behovstilfredsstillelse
- har evne til innlevelse med barnet
- har evne til å tåle motgang og vansker

- har evne til å kontrollere impulshandlinger

- har evne til å se sammenheng mellom egen handling og innvirkning på barnet.

RISIKOFORHOLD

med tanke på omsorgssvikt eller barnemishandling kan foreligge i følgende disponerende situasjoner:

1. Forhold hos barnet:

- født for tidlig
- uønsket
- skriker mye
- sykdom
- tidlig adskillelse mor/barn
- adopterte barn

2. Forhold hos foreldrene:

- unge, umodne
- egen vansker dominerer
- egne vanskelige oppvekstforhold
- selv mishandlet som barn
- sosial isolasjon, mistrivsel, arbeidsledighet
- liten støtte i familie og venner

SAMSPILL I "NORMAL"- OG "RISIKO"- FAMILIE

"Normalfamilie"

Familien opplever seg som enhet.

Trygghet innad i familien, åpen kommunikasjon.

Åpenhet for inntrykk utenfra, kontakt med omverdenen.

Klare grenser mellom familie-medlemmene (autonomi).

Muligheter for å vise følelser i familien.

Evne til å løse oppgaver sammen.

Felles verdigrunnlag.

"Risikofamilie"

Familiemedlemmene lever i "hver sin verden".

Mistillit, taushet.

Anonym sosial tilværelse, mangler navneskilt på døren, lar være å åpne døren ved forsøk på kontakt. Møter ikke på foreldremøter, isolerer seg.

Overbeskyttet barn, uselvstendighet.

Mor tør ikke uttale seg på vegne av familien.

Avstengthet, apati, resignasjon eller sinne.

Forskjellige oppfatninger av "riktig barneoppdragelse", konflikter.

SYMPTOMER PÅ MISHANDLING ELLER VANSKJØTSEL:

1. Somatiske forhold (15%):

Fysiske skader især hos små barn (25% av brudd hos barn under 2 år skyldes mishandling)

Ofte skade i ansikt og hoderegionen, munnen. Brannår og arr av forskjellig alder. Gjentatte skader. Uoverensstemmelse mellom sykehistorie og funn. Gjentatte legebesøk uten at legen finner noe spesielt (bekymring). manglende trivsel, forsinket fysisk utvikling i forhold til alder.

2. Psykiske forhold (80%):

- Situasjonen i skole/barnehage: Påkledningen mangelfull. Barnet har et spesielt forhold til mat. Hyppige fravær. Manglende kontakt mellom lærer/førskolelærer og foreldre eller foresatte. Bekymring vedrørende elevens utvikling.

- Barnets evne til å knytte kontakt er svekket, mangler tillit til verden omkring.

- Lav selvfølelse, "syndebukk" (trekker på seg andres irritasjon, kontrollerer ofte omgivelsene)

- Selvdestruktive trekk (hyppige småskader, styrter "rett på", er uvøren. Ofte forstyrret kroppsopplevelse med høy smertegrense)

- Uro som en måte å meddele seg på, liten evne til å bruke språk eller ord. Eleven kan være utagerende med uvanlig adferd, men også apatisk, leve i fantasiverden, være fjern.

- Konsentrasjonsvansker, lærevansker.

- Lav toleranse for frustrasjoner, manglende impulskontroll.

- Vansker med å være selvstendig.

- Primitive måter å forsvare seg på. Nekter, skylder på andre, raske følelsesmessige skiftinger ("trykke på knappen").

- Manglende sosial tilpasning i barnehage og skole.

- Barnet ofte undertrykt. Egentlig flink, men får ikke brukt evnene.

3. Seksuelle overgrep (5%):

Dette foregår oftest innen familien, og blir sjelden tatt alvorlig. 9 av 10 ofre er jenter. Offeret for seksuell mishandling får ofte lite sympati. De selvdestruktive trekkene er utpregede især hos jenter, det hevdes at 40% av stoffbrukere og 25% av

prostituerte er blitt mishandlet som barn. 80% av de utagerende kriminelle menn i amerikanske fengsler har en barndom preget av mishandling og vanskjøtsel.

HVA GJØR VI NÅR VI REGISTRERER SLIKE SYMPTOMER?

Vanlige reaksjoner hos behandlere er:

1. Problemerkategoriseres: Foreldrene kommer i slike tilfeller ofte til doktor med et symptom som kan virke bagatellmessig, og hvor foreldrenes bekymring ikke står i forhold til det symptomet de kommer med spørsmål om. Leger blir symptomopptatt, vi blir oppdratt til å dempe angst. I disse tilfeller bør bekymringen tas alvorlig. ("Hva er det som bekymrer deg?")

2. Behandlere identifiserer seg lettere med foreldre (de voksne menneskene) enn med barnet: Behandleren blir også oppatt av å skjule, dekke til for de virkelige problemer.

3. Usikkerhet og hjelpsløshet er med på å skjule. Hva skal en gjøre?

4. Det settes igang behandlings-tiltak som familien ikke kan nyttiggjøre seg (medikamenter, praktiske løsninger og gode råd). Behandlere mistenkeligvis ofte foreldre når behandlingstiltaket ikke virker. Øket tildekking blir da resultatet.

KAN VI BEHANDLE MISHANDLING OG VANSKJØTSEL?

Det er viktig at vi trener oss i å se etter de tidlige symptomer på vantrivsel hos barn. Da vil vi ofte kunne komme til

- før mishandlingen/omsorgssvikten har utviklet seg alvorlig retning.

- før familien har isolert seg mer

- før tildekkingen er mer bastant

- før barnets symptomer er mer fastlåst og derved behandlingen vanskeligere å sette i verk.

Spebarn og småbarn er ekstremt var for mistriksel og behovskonflikter foreldrene imellom. Små barn reagerer ofte med uro, dårlig nattesøvn og psykosomatiske symptomer. Slike symptomer øker

foreldrenes frustrasjoner, og en "ond sirkel" er raskt igang der barnet lett kan bli syndebukk. Familiens måte å løse konflikter på blir destruktiv for alle parter, og en mer alvorlig form for mishandling kan raskt utvikle seg. I en slik situasjon må vi som behandlere tenke både i kort-siktige og langsiktige perspektiver.

KRISETILTAK

Bør barnet fjernes fra familien mens barnet konfronteres med spørsmålet om mishandling? Ofte er det nødvendig å "sikre seg barnet", fordi øket spenning i forbindelse med at problemene tas frem, kan gå ut over barnet. Del din bekymring for barnets utvikling og situasjon med foreldrene. Foreldrene er også bekymret. Trekk gjerne inn person fra sosialkontor, skolepsykologisk kontor eller barnepsykiatrisk tjeneste i samtale med foreldrene.

LANGSIKTIGE TILTAK

- Rådgivning og opplæring av foreldre, f.eks. samtalegrupper.

- Motvirke sosial isolasjon for familien og barnet.

- Støttetiltak som demper frustrasjoner, gir avlastning. Målsetting for dette er å gi foreldrene opplevelse av å mestre sin livssituasjon (økonomi, arbeid, husmorvikar, barnehageplass, hjelp i leggesituasjonen, støttekontakt eller avlastningsfamilie for barn eller foreldre).

- Stimuleringsiltak for barn (barnehage, støttekontakt/støttefamilie).

- Terapi av psykolog eller psykiater:

Bearbeide foreldrenes reaksjon

Bearbeide samspill i familien

Behandling av barnet (leketerapi)

Pedagogiske tiltak

Begrensningene ligger ofte i hva foreldrene er i stand til å ta imot av råd, opplæring, støtte og korreksjon.

Foreldre som selv er blitt mishandlet vil ofte ha de samme psykiske reaksjoner som tidligere er nevnt:

- Forstyrret evne til å knytte kontakt, ut tillit til verden.

- Lav selvfølelse, sydebukkten-
dens, trekker på seg andres
vrede, virker manipulerende ved
at de kontrollerer omgivelsene.

- Selvdestruktive trekk. Hyppige
psykosomatiske sykdommer, alko-
hol- og medikamentmisbruk, "pros-
tituerer" seg.

- Liten evne til å bruke ord og
språk

- Manglende impulskontroll

- Primitive måter å forsvare seg
på, benekter, bagatelliserer,
skylder på andre, raske følelser-
messige svingninger.

- Manglende sosial tilpasning i
arbeid, overfor naboer og fami-
lie.

Det er denne sirkelen det er
viktig at vi prøver å bryte ved
at vi er oppmerksom på barna i
familien. Familiene ber ofte om
hjelp, men har vanskelig for å
sette rette ord på sin bekymring.
Vær observant når foreldrene kom-
mer med bekymring for at "noe er
galt med barnet mitt".

KAN VI MØTE DETTE PROBLEMET PÅ EN ANNERLEDES MÅTE?

Neste gang du kjenner en svak uro
etter en konsultasjon, våg å
stille spørsmålet til deg selv i
første omgang: Lever dette barnet
i en alvorlig fare for sin utvik-
ling?

Prøv å sjekke listene ovenfor.

Blir du mer bekymret?

Ta da kontakt med annet helseper-
sonell eller sosialkontor som har
med barne eller familien å gjøre,
f.eks helsesøster.

Del bekymringen, ikke let etter
"bevis", da vil du lett øke mis-
tenksomhet og tildekking/skju-
ling. Bruk det tverrfaglige team,
gi uttrykk for din bekymring for
barnet og hør om andre også er
bekymret. (Skolepsykologisk kon-
tor, sosialkontor, helsevesen.
Barnehagepersonell og lærere er
viktige personer som ofte har
mest okontakt med barna. Hjemme-
hjelpere og husmorvikarer sitter
ofte med viktige opplysninger).

En helhetsvurdering er enormt
viktig, nettopp fordi familiens
evne til å skjule og dekke ofte
er så velutviklet at det først er
når flere kontaktpersoner kommer
sammen at barnets og familiens
situasjon blir tydelig.

Det må legges en plan for videre
behandlingstilta.

Ansvarsfordeling er viktig.
Nøkkelperson bør utpekes som har
ansvar for at tiltak følges opp■

VI ØKER (MEST?)!

Medlemstallet i NSAM er øket fra
250 pr. 1.6.83 til 347 pr.
17.9.83. Nye medlemmer melder seg
til NSAM, Fr. Stangs gt. 11/13,
Oslo 2.

INTERNASJONALE KONGRESSER.

To internasjonale kongresser kan
være av interesse for norske
almenpraktikere:

The Royal Australian College of
General Practitioners 4th Computer
Conference. Melbourne. 8-10. mai
1984. Tema: "Practice Computing -
1984 Style."

North American Primary Care Re-
search Group og Society of
Teachers of Family Medicine sam-
arbeider om to møter, 2.-5. mai
og 5.-9. mai 1984 i Orlando,
Florida, USA. Tema: "Research in
a Brave New World: Community-
oriented Primary Care".

Namere opplysninger kan fås fra

Per Hjortdahl,
Lysejordet helse- og sosialsenter,
Millefaret 38,

Oslo 7

Tlf. 02/24 51 90.

Barnevern

Norsk Selskap for Almenmedisins spalter

For annen gang presenteres NSAM-spalten i Utposten. Meninger som fremkommer i denne spalten står for den enkelte forfatters regning, og kan ikke uten videre tas som uttrykk for NSAM's holdning. Innlegg til spalten sendes til

Tor Anvik,
Boks 663, 8001 Bodø.

Selvevaluering av legemiddelforskrivning i almenpraksis

Av Per Fugelli og
Kåre Øydvinn

Både i utlandet og her hjemme har det økt på med ønsker og krav om kvalitetskontroll i almenpraksis. Som Rutle og Wium (1) vil vel de fleste norske almenpraktikere forkaste kontroll som bygger på sentral overvåkning og heller satse på kvalitetskontroll ved hjelp av selvaluering. Prinsippet er i korthet at den enkelte lege selv registrerer en del av sin praksis, f.eks. henvisningsrutiner, sykkelmeldingsmønstre eller legemiddelforskrivning, - for å alene eller sammen med kolleger i nærmiljøet å bedømme in virksomhet, eventuelt mot en anbefalt kvalitetsnorm. Det er å opp til den enkelte lege å omsette denne selvgransking i praktiske forbedringer.

Almenpraktikernes legemiddelforskrivning passer som hånd i hanske til de fem krav vi må stille til en brukbar selvalueringssmodell (2):

1. Selvkontrollen må gjelde en sentral del av praksisvirksomheten.
2. Det må forligge en ferdig utviklet klassifiserings- og målemetode.
3. Datainnsamlingen må ikke medføre stor belastning i legens praksisverdager.
4. Bearbeidningen av data må ikke pålegges den enkelte almenpraktiker.
5. Det må være mulig å skille mellom godt og dårlig innen den

kartlagte virksomhet.

Norsk selskap for almenmedisin og Norsk Medisinaldepot er nå i ferd med å utvikle en service for almenpraktikere som ønsker å selvaluere sin legemiddelforskrivning. Foreløbig gjelder dette legegrupper som betjener en avgrenset befolkningsenhet som får sine legemidler fra et bestemt apotek. Dette vil først og fremst være aktuelt på landsbygden og i mindre tettsteder. Norsk Medisinaldepot vil, på bestilling, utarbeide detaljerte statistikker over legemiddelforbruket i slike apotekdistrikter. Dette blir tilnærmet identisk med legegruppens samlede forskrivning. En slik gruppe kolleger kan derfor bruke legemiddelstatistikken som grunnlag for evaluering av sin kollektive farmakoterapeutiske profil og sammenligne sin forskrivning av psyko-farmaka, antibiotika, antihypertensiva o.s.v. med resultatene i fylket, i landet og oppgaver fra andre almenmedisinske kartlegginger.

Legegrupper som har lyst til å være med på dette spennende og nyttige utviklingsarbeid, bes ta kontakt med Norsk selskap for almenmedisin, Fr. Stangs gate 11/13, Oslo 2. Tlf. 02-56 37 80.

Litteratur:

1. Rutle, O & Wium, P: Kvalitetskontroll av almenpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1980, 100, 292-296.
2. Fugelli, P: Legemiddelstatistikk - et redskap til kvalitetskontroll i almenpraksis. I "Legemiddelstatistikk". Norsk Medisinaldepot. Oslo. 1980



VIDERE- OG ETTERUTDANNING

Hvem skal drive VEAP-virksomhet i framtida?

Av Harald Siem
ass. overlege, Oslo.

Tor Anvik reiser i Utposten nr. 4 spørsmålet om tiden er moden for å overføre VEAP-virksomheten i Legeforeningens regi til Norsk selskap for almenmedisin.

Spørsmålet er betimelig, det er mange som er engasjert i almenpraktikernes videre- og etterutdanning.

Universitetets engasjement gjennom institutter og komiteer for legers videre- og etterutdanning vil nok måtte fortsette ufortrødent. Aplf og deres fagutvalg får vel etter hvert en mer fagforeningspreget struktur. Legeforeningens nye komite for spesialiteten almenmedisin har store utfordringer, og vil måtte være sentral når det gjelder innholdet i spesialiteten almenmedisin, tilretteleggelse av utdannelsen og godkjenning av spesialister, på linje med de andre spesialitetskomiteene.

VEAP-rådet er rådgivende for sentralstyret og har regelverket rundt Almenpraktiker Dnlf som sitt forvaltningsområde i tillegg til den generelle interesse for almenpraktikernes videre- og etterutdanning. VEAP-rådet har også vært et bindeledd for de lokale kurskomiteene.

Norsk selskap for almenmedisin står for fagutvikling og forskning nærmest uavhengig av fagforeningsinteressene.

Det står intet i VEAP-rådet instruks om at de skal opprettholde sin virksomhet. Ethvert råd med respekt for seg selv foreslår naturligvis ikke nedleggelse, men det er klart at en rekke av de oppgavene VEAP-rådet idag har, vil bli ivarettatt av spesialitetskomiteen i fremtiden. Spørsmålet som gjenstår er først og fremst hva som skjer med de lokale kurskomiteer. Jeg tror det er viktig at disse styrkes og

inspireres, og at deres organisatoriske og økonomiske fundament sikres. En kobling til Norsk selskap for almenmedisin vil være naturlig, men jeg tror tilknytningen til Den norske lægeforening og spesialavdelingene bør opprettholdes.

Det er opp til legeforeningens sentralstyre å vurdere hvorvidt man kan overføre en del av de samordnende funksjoner som VEAP-rådet idag har til en spesialistkomite for almenmedisin. dersom dette skjer, vil spesialistkomiteen være et sentralt støtteorgan for Legeforeningens avdelingssjef for utdannelsesspørsmål.

Man må arbeide for å sikre at Legeforeningens fond til legers videre- og etterutdanning fortsatt bruker av fondets mange millioner for å opprettholde aktiviteten i de lokale kurskomiteer.

PRISOPPGAVE. Solstrandkurset 1984

I forbindelse med neste års Solstrandkurs, som vil finne sted i dagene 28.5-2.6., utlyses det prisoppgaver. De to beste besvarelsene vil bli belønnet hver med kr. 3000.-. Besvarelsene vil bli vurdert av kurskomiteen.

Vinnerne vil bli invitert til å presentere besvarelsene i form av en forelesning torsdag 31.5. (Kristi himmelfartsdag).

En av følgende to oppgaver besvares:

A: Ta for deg et vanlig presentasjonssymptom i almenpraksis (hodepine, dyspepsi, slapphet e.l.), og gjør rede for hva du mener er adekvat almenmedisinsk utredning, behandling og oppfølging av denne tilstanden.

B: Arbeid med å videreutvikle almenmedisinen til en fullverdig spesialitet vil kreve et mer omfattende videre- og etterutdanningsprogram. En større del av denne utdannelsen må trolig tilrettelegges på lokalplanet, enten ved at kolleger i samme geografiske område samarbeider om gjensidige supervisjonsordninger eller ved annen virksomhet av utdannelsesmessig betydning ut-

over de tradisjonelle kursene. Beskriv et slikt tiltak og vurder hvilken betydning det kan tenkes å ha innenfor videre- og etterutdannelsen i almenpraksis.

Besvarelsen merkes med en kode: samme kode skrives utenpå en lukket konvolutt og legges ved besvarelsen og som inneholder navn og adresse.

Besvarelsen sendes kurskomiteen innen 31.3.84 ved

Geir Thue
Legesentret - Oasen

5033 Fyllingsdalen



3 NORDISKA KONGRESSEN I ALLMÄNNMEDICIN

TAMMERFORS 15-18.6.1983

☐ Av Ola Lilleholt ☐

En må konstatere at de nordiske kongressene i almenmedisin er i ferd med å etablere seg som en attraktiv og inspirerende institusjon. Av deltakerfortegnelsen kan en se at ca. 420 kolleger fant veien til Tammerfors i midten av juni. Finlands Lakarforbunds underavdeling for almenmedisin, Foreningen Kommunala lakare og Det medisinske fakultet ved Tammerfors universitet sto

som vertskap for denne kongressen. Kongresskomiteen, under ledelse av professor Oleg Gorbato, har gjort seg fortjent til stor heder for å ha komponert et variert faglig og sosialt program. Som deltaker får en naturligvis bare en blek anelse av arbeidet som er gått forut: å integrere forelesninger, transport, hoteller, ledsagerprogram, etterkongressturer, omvisninger, mottagelser etc. etc.. Køene ved lunchen var nok de lengste Tammerfors har sett på mange år, forts. side 22

LANGSOMT BLIR FAGET VÅRT EGET

Festskrift til Chr. F. Borchgrevinks 60-års dag
og Sigurd Humerfelts 70-års dag i 1984

I 1984 fyller våre to første professorer i almenmedisin runde år. Dette skjer samtidig med at faget står rett foran - eller kanskje midt oppe i - betydelige forandringer:

- * den nye lov om kommunehelsetjenesten trer i kraft 1.1.84
- * almenmedisin skal bygges ut som full spesialitet
- * Norsk selskap for almenmedisin er nylig stiftet
- * almenmedisin er i ferd med å bli et betydelig fag i medisinerstudiet
- * forskning i almenpraksis er i sterk fremvekst.

Dette spennende sammenfall av lykkelige hendelser gjør at vi vil lage et festskrift. Hensikten er både å hylle de to foregangsmenn, og å se på hvordan de ulike deler av faget bør bygges videre ut frem mot år 2000.

Boken innledes med et nærbilde av de to jubilentene. Så følger et kapittel om norsk almenmedisins nære historie. I hoveddelen klargjør norske almenpraktikere mål og midler for det faglige utviklingsarbeid frem mot tusenårsskiftet på områder som: klinisk praksis, organisasjonsformer, studentundervisning, spesialistutdanning, forskning, m.m.

Vi inviterer med dette til å tegne seg på Tabula Gratulatoria og forhåndsbestille boken.

Per Fugelli og Kjell Johansen
(sign)
Redaktører

Til Universitetsforlaget v/Hjørdis Hansen, postboks 2977 Tøyen, Oslo 6

Jeg bestiller herved eks. á kr 150,-
av festskriftet til Chr. F. Borchgrevink og Sigurd Humerfelt.

Jeg ønsker/ønsker ikke navnet mitt i Tabula Gratulatoria.

Navn

Adresse.....

.....

☐ Kr 150,- er vedlagt i krysset sjekk.

☐ Vennligst send meg faktura.

Boken vil bli tilsendt portofritt så snart den foreligger (sommeren 1984).
Eventuelle forespørsler bes stilet til Universitetsforlagets redaksjonsavdeling,
v/Hernes, tlf 276060, postboks 2959 Tøyen, Oslo 6.

forts. fra side 20.

og båtutflukten til Viikinsaari falt sammen med sommerens våteste skybrudd: det lå nok utenfor kongresskomiteens myndighetsområde. Forøvrig vil disse dagene i Tammerfors leve i minnet som en meget velredigert kongress, farget av en spesiell lun, finsk, elegance fra først til sist. Denne fine tonen ble slått an ved åpninga i Universitetets store festsal med et humorfylt orkester og hilsner bl.a. fra den finske sosialministeren.

Hyggelig for patriotiske nordmenn var det å høre Åsa Rytter Evensen's åpningsforelesning. Ho presenterte et foredrag som var personlig i formen med tittel: "Almenmedisin, et grensesprengende fag." Hennes sentrale budskap var en appell om at vi hver for oss måtte heve kvaliteten i vårt eget virke parallelt med at almenmedisinen legitimerer seg som en særpreget fasett av det medisinske fagområdet. Ho mente at vi som almenmedisinere måtte få et bedre blikk for og fungere som ambassadører for grupper som i forhold til sine objektive behov er underforbrukere av samfunnets helsetjenestetilbud.

I løpet av de to følgende dagene var det presentert ytterligere fire plenumsforedrag, ett fra hvert av de nordiske land. Utover dette hadde nok de fleste deltakerne store problemer med velge blant 67 frie foredrag 6 gruppesesjoner som omfattet almenmedisinsk praksis både i bredden og dybden. Litt statistikk: Sverige var representert med 22 frie foredrag, Norge 18, Danmark 13, Finland 11 og Island 3. Disse presentasjonene illustrerer de almenmedisinske forskningsaktivitetene i Norden og en må konstatere at det nok investeres blod, svette og tårer. En har mistanke om at hver enkelt av disse presentasjonene utvilsomt er resultat av en innsats som har strukket seg langt utover den regulære arbeidstid og sengetid på institutter, legekontorer og i legehjem. Foredragene og personlige kontakter avdekket felles interesser og synspunkter over landegrensene. Dette er en katalytisk prosess som vil føre til at vertsskapet for neste almenmedisinske kongress må regne med en vekst både kvalitativt og kvantitativt i tilbudet av forskningsresultater fra almenmedisinen.

Antallet deltakere fra hvert av de fem landa gir stoff til litt ettertanke: Sverige 149, Norge 139, Finland 60, Danmark 46 og Island 20. I forhold folketallet er altså Norge sterkt representert og Danmark svakt. Sier dette noe om almenmedisinernes stilling eller økonomiske muligheter, interesser eller permisjonsreglementet i de forskjellige landene? Eller sier det noe om forskjeller i almenmedisinens vekstbetingelser? Mange spør seg nok om hvordan omorganiseringa av kommunehelsetjenesta i Norge vil influere på forskningsinnsats og muligheter for å delta i et nordisk forum av denne typen. Alle er enige om betydninga av forebyggende helsetiltak, men vi vet alle hvor lite det er igjen når de kurative oppgavene har fått sitt. Almenmedisinsk forskning er trolig i en analog stilling: ved festlige anledninger er alle enige om at det er nødvendig å samle ny kunnskap og innsikt, men kanskje vil det bli fristende for kommunene å si at dette får andre bruke midler på? Hvor mange nordmenn får vi se på den neste nordiske kongressen i almenmedisin i Lund i 1985?

Norske foredragsholdere ved 3. Nordiske Kongressen i Almenmedisin:

Plenumsforedrag:

Åsa Rytter Evensen: Almenmedisin, et grensesprengende fag.

Gruppesesjoner:

Åsa Rytter Evensen: Helseopplysning.

Kjell Johansen: Evaluering av primærhelsetjenesta.

Jon Hilmar Iversen: Automatisk databehandling i primærhelsetjenesta.

Bibbi Nore: Barnets sosiale miljø.

Ove Skjerven: Arbeidsmiljø.

Aage Bjertnæs: De eldres livsmiljø.

Frie foredrag:

Forskningsmetoder:

Erik E. Solberg: Bibliografi over norske almenmedisinske forskning 1950-82.

Ola Lilleholt: En oppfordring til epidemiologiske studier av immunmedierte reumatiske sykdommer i almenpraksis.

Kroniske sykdommer:

Arthur Hertzberg: Prediksjon av smerter i cervical- og lumbalcolumna. En kohortstudie fra Røros.

Sosialmedisin i primærhelsetjenesta:

Magne Nylenna: Kreftangst hos pasienter i almenpraksis. En intervjuundersøkelse.

Harald Siem: Individrettet forebyggende helsearbeid. Organisering og evaluering av helsekontroller i Oslo og Troms.

Kirsti Malterud og Kari Bjørneboe: En undersøkelse om kvinnemishandling fra almenpraksis.

Urinveisinfeksjoner:

Ingen fra Norge.

Epidemiologi:

Per Fugelli og Jørgen Grinde: Ondt ofte lider den fiskermann. Arbeidsmiljø og helseproblemer i fiskerinæringen.

Even Lærum: Urolithiasis i almenpraksis. En epidemiologisk studie.

Infeksjonssykdommer:

Ingen fra Norge.

Primærhelsetjenestas administrasjon:

Peter Dvergsdal og Dag Bruusgaard: Skjema i primærhelsetjenesten. Kan EDB hjelpe oss?

Finn Nilsson: Pasientenes egenbetaling ved bruk av helsetjeneste.

Per Hjortdal, Christian Groth, Edwin Sandberg, Ellen Scheel og Per Fugelli: Årsaker til legesøkning i almenpraksis. En analyse av pasienters egenomsorg og legesøkningsadferd.

Klinisk almenmedisin og legemiddelbehandling:

Geir Jacobsen: Svangerskapskontroll i almenpraksis.

Svein Z. Bratland: Ultralydundersøkelse av gravide i almenpraksis med henblikk på prediksjon av termin og vekstavvik.

Gunnar Kvalvaag: Erfaringer med bruk av gamma-GT på pasienter i almenpraksis.

Knut Arne Holtedahl: Vojtas 7 leierefleksjer - en praktisk og enkel metode for undersøkelse av spebarnmotorikk på helsestasjoner.

Gunnar Tellnes, Arild Bjørndal og Per Fugelli: Psykofarmakaforbruket i et Nord-norsk legedistrikt.

Geriatri:

Per Wiium: Kriterier for innleggelse av eldre i sykehjem. En studie av aktiviteter i dagliglivet (ADL) hos eldre i sykehjem sammenlignet med eldre som får hjemmesykepleie.

Utdannelse:

Steinar Westin, Geir Jacobsen og Arne Ivar Østensen: Utpostens almenmedisinske problemoppgaver - et redskap for videreutdanning og selv-evaluering.

Dag Pedersen: Et fullverdig regionalt kurstilbud i videre- og etterutdanning for primærleger. ■

MOBILTELEFON

Lite brukt Sonab mobiltelefon (manuell) rimelig tilsalgs eller leie.

Tlf. 02/78 75 45 etter kl. 1700.

Vanens makt er stor. Uvanens enda større. De fleste av oss finner oss etter hvert utmerket til rette med begge deler. Så også i vår praksis. Etter en tids arbeid med egne eller overleverte rutiner i det daglige pasientarbeidet ser man ikke lenger at mangt og meget kunne vært gjort annerledes, og noe kanskje bedre. Det gjelder ikke bare den daglige tilrettelegging av rutiner på legekontoret. Det gjelder bruk av instrumenter og utstyr, journalføring, arkiveringsrutiner og egentlig også retningslinjer i selve pasientbehandlingen.

Også her er det viktige forskjeller mellom arbeidet i almenpraksis og på sykehus. Sykehusenes rutiner gjennomgås og kommenteres av mange forskjellige kolleger. Vi får tro at det gir god tilgang på nye impulser og ideer til forandring. Almenmedisinen kjennetegnes av de mange små og ofte isolerte praksiser. Ofte er det bare den ene distriktslegens tanker og rutiner som har nedfelt seg i praksisen gjennom årene.

Turnuskandidater kommer og går, og har nok et og annet nyttig å bidra med. Men de er i en læresituasjon, og har ofte nok med å finne seg tilrette i en ny og ukjent verden. Og hva med alle bypraksiser som ikke en gang har turnuskandidatenes nyfødte blikk til hjelp?

Enkelte har studenter, medisinske studenter i praksistjeneste. Mange praksislærere, også blant byalmenpraktikerne, har klart tilkjennegett at de ser på studentenes tilstedeværelse som kilde til fornyelse og inspirasjon.

Men hvorfor ikke også la en kollega se på din praksis? Kanskje kan en god kollega ha nyttige kommentarer og tips til dine egne praksisrutiner?

Tja, vil du si, dette diskuterer vi jo på kurser og møter - gjerne også i privatlivet - når ektefellene ikke greier å legge en demper på fagpraten.

Disse "er-det-slik-du-gjør-det" - diskusjonene er sikkert nyttige. Men i slik betryggende avstand fra egen praksis vil du aldri få de direkte og konkrete kommentarene til alle små og store detaljer ved praksisen. De kan du bare få om du inviterer en kollega til å se på dine kontorer, eller arbeide i din praksis.

Hvordan kan man gå fram for å oppnå noe slikt? La oss smake på noen forslag:

1. Inviter en kollega til "praksisbefaring" i dine lokaler en ettermiddag eller en kveld. Diskuter innredning, utstyr, instrumenter, arkiv og prosedyrer, og be om at din kollega utarbeider en skriftlig befaringsrapport som du siden kan bygge på og hente ideer fra.

2. Benytt anledningen når du likevel har en vikar i din praksis til å få ham/henne til å feste på papiret sine inntrykk av praksisen, mest mulig konkret og detaljert.

3. Bytt praksis en dag eller tre. Prøv kort og godt å være vikar for hverandre. Bruk dagene til å notere ned momenter om utstyr, inventar, kontorrutiner etc.. Når dere etterpå utveksler befaringsrapporter, kan dere i ro og fred ta stilling til hvilke av kommentarene dere synes er nyttige.

4. Inviter kollegaen i nabodistriktet til å følge ditt pasientarbeid en dag. Du kan til gjengjeld tilby deg å møte opp på hans/hennes kontor en annen dag. Ta dere tid til å snakke sammen om de inntrykk dere har fått. Noen av dem, det som gjelder praktiske kontorforhold, bør noteres skriftlig.

De av primærlegene som har bi-stilling som bedriftsleger, har allerede skaffet seg erfaring med yrkesmedisinske befaringer, eller inspeksjoner, som det het før. De vil også vite hvor viktig det er for det videre arbeid med forbedringer av arbeidsmiljøet at observasjonene fra slike befaringer finnes nedfelt i en skriftlig rapport. Ikke alle forslag i slike rapporter blir bifalt av arbeidsmiljøutvalg eller medarbeidere. Men sakene blir i alle fall løftet ut av den daglige rutinen og diskutert. I Helse-tjenesteordningen for landbruksbefolkningen er det på tilsvarende måte programfestet regelmessige bruksbesøk, der arbeidsmiljøet blir kommentert og diskutert.

Kan vi hente nyttig erfaring fra disse sektorene og skaffe oss selv i vår egen praksis den samme form for kyndig og velment kritikk?

Noe helt nytt fenomen i almenmedisinen er det egentlig ikke med slike praksisbefaringer. I en artikkel om utviklingen av Det New Zealandske selskap for almenmedisin (1) fortelles det at et av kriteriene for medlemskap er

Hvorfor ikke la en kollega se på din praksis?



Steinar Westin er cand. med. fra Bergen 1970. Turnus ved Haraldsplass sykehus og Askøy. Arbeidet halvannet år ved Nevengården sykehus. Senere almentpraktiserende lege i Askøy. Apmuensis i samfunnsmedisin ved Universitetet i Trondheim fra 1978.



Referanser:

1. Richards J G: Evaluation procedures for membership of The Royal New Zealand College of General Practitioners. J R Coll Gen Pract 1980; 30: 28-32.
2. Barber R T: Why not take practice organisation seriously? J R Coll Gen Pract 1979; May 29 (202): 304.
3. Cavenagh A J M: Auditing practice organisation. Br Med J 1982; 285: 31-32.
4. Board of Censors Working Party: What sort of doctor? J R Coll Gen Pract 1981; 31: 698-702.

at søkerens praksis blir besøkt og godkjent av en utsending fra selskapets eksamenskomisjon (Board of Censors).

Slike "practice visits" har også vært benyttet i engelsk almenpraksis som et virkemiddel for å inspirere til kvalitetsforbedring. Et par nylig publiserte artikler om dette emnet (2,3) har, til tross for lovende titler, lite konkret stoff å meddele. De uttrykker mest av alt et ønske om å ta spørsmålet omkring organisering av praksisen alvorlig.

Et større prosjekt i regi av Royal College of General Practitioners er imidlertid under utførelse (4). Dette "What sort of doctor?"-prosjektet inneholder detaljerte retningslinjer for kollegial evaluering av legens pasientrettede arbeid, såvel som av kontorforhold som av utstyr. Et spesielt poeng ved dette tiltaket er at den kollega som er blitt evaluert, senere deltar i evaluering av to andre kolleger, slik at det hele tar form av en "kjedereaksjon". Hele virksomheten er naturligvis basert på frivillig medvirkning, i første rekke blant medlemmer av det engelske selskap for almenmedisin.

Hensikten med denne artikkelen er mer beskjedent, og kan oppsummeres i følgende spørsmål:

- Kan du ha nytte av å la en kollega se på din praksis, eller i hvertfall på dine praktiske kontorforhold?
- Kan slik virksomhet inngå som ledd i arbeidet i lokale grupperinger av det nystartede Norsk selskap for almenmedisin (NSAM)?
- Kan NSAM på sin side oppfange og formidle videre de erfaringene kolleger eventuelt gjør med slike praksisbefaringer?

La oss tilslutt vende tilbake til den omtalte forskjellen mellom sykehusmedisinen og almenpraksis. Det finnes en annen viktig forskjell enn den som ble omtalt i innledningen. Forandringer i sykehusrutinene er vanskelige å få gjennomført. Vanene har festet seg hos mange. Den innbygde motstand mot forandring i slike sosiale systemer kan være ganske massiv. I almenpraksis er det ofte bare deg selv og dine egne rutiner det står på. Det er i hvert fall et godt utgangspunkt! ■



Rutiner i almenpraksis

Ove J. Lange er vel 39 år gammel, ass. overlege ved med. avd., Fylkessjukehuset i Molde. Spesialist i indremedisin og fordøyelsesykdommer. Embedseksamen fra universitetet i Amsterdam, sykehusutdannet i Oslo (Ullevål), Ålesund og Trondheim.

DIAGNOSTISK ENDOSCOPI AV GASTROINTESTINAL TRAKTUS

□ Av Ove J. Lange □

I løpet av det siste 10 - år er det skjedd en revolusjonerende utvikling i diagnostikk og undersøkelser av mave-tarm systemet, galleveier, lever og bukspyttkjertel. Dette gjelder selvfølgelig innføringen av schintigrafiske undersøkelser, ultralyd og computertomograf, men kan først og fremst tilskrives innføringen av fiberoptiske endoskopiske undersøkelser med flexible scop. Utviklingen og innføringen av fleksible endoskoper må for en stor del krediteres Japan.

I europeisk sammenheng har Norge vært tidlig ute med å innføre disse undersøkelsesmetodene også ut over universitets miljø og til de lokale sykehus. Åren for dette må først og fremst tilfalle Professor Myren og medarbeidere ved Ullevål sykehus i Oslo.

Under begrepet diagnostisk endoscopy av gastrointestinaltraktus, hører følgende:

A. Øvre endoscopy.

Dette innbefatter øsofago - gastro - duodenoskopi. Det vil si en visuell morfologisk-makroskopisk undersøkelse av øsofagus, ventrikel og duodenum. Med mulighet til å ta biopsier. I dagligtale omtales undersøkelsen som gastroscopi.

B. E.R.C.P.

Endoskopisk Retrograd Cholangio Pancreatico- grafi. Gjennom et fleksibelt endoskop ført ned i duodenum, visualiseres Papilla Vateri. Denne kanyleres, og gjennom sonden fylles røntgenkontrast retrograd inn i det intrahepatiske og ekstrahepatiske gangsystem, inklusive galleblære, og inn i duktus pancreaticus.

C. NEDRE ENDOSCOPI.

Omtalt som colonoscopy eller coloscopy. Man vil her kunne visualisere hele colon og som regel også terminale ileum og kan ta diagnostiske biopsier.

Med innføringen av diagnostisk

gastrointestinal endoscopy, har det etter hvert utviklet seg en rekke terapeutiske prosedyrer som på en relativt enkel måte kan utføres gjennom det flexible endoskop. Som eksempel på slike prosedyrer kan nevnes:

- Polypektomi. I diagnostisk, profylaktisk og terapeutisk øyemed.
- Endoskopisk papillotomi. (papilla Vateri). Evt. med gallesteinestraskjon eller innleggelse av dren i galleveien.
- Elektrokoagulering av pågående blødning.
- Sclerosering av øsofagusvariser.
- Blokkering av stenoser.

mm.

Disse behandlingsmetodene faller inn under begrepet terapeutisk endoscopy.

Før innføringen av de endoskopiske undersøkelsesmetoder, var det den rtg.ologiske diagnostikk som var Alfa og Omega ved utredning av sykdommer i fordøyelsesorganene. Røntgenavdelingene har i ikke uvesentlig grad bygget opp sin bemanning, utstyr og ekspertise rundt disse undersøkelsene. Ressursmessig er store verdier knyttet til røntgenavdelingene. Selv om Norge har kommet langt i innføringen av endoskopiske undersøkelser, har de endoskopiske laboratorier ved norske sykehus først funnet sin form i løpet av de siste 5 år. Og denne utvikling er på langt nær avsluttet. I de økonomisk trange forhold sykehusene nå arbeider under, er det derfor høyst forskjellig hvor meget de ulike norske sykehus har kunnet investere i utstyr og bemanning av de endoskopiske laboratorier. I overskuelig fremtid vil det derfor være ressursavhengige faktorer som vil avgjøre om det er den røntgenologiske eller den endoskopiske undersøkelsesmetode som blir benyttet.

Vesentlig er imidlertid at an-tal i dobbelt under-søkelse blir redusert.

I det følgende vil jeg omtale indikasjonene for gastroscopi, ERCP og colonoscopy. Jeg vil imidlertid på nytt understreke at det (desverre) ofte vil være ressursmessige og bemanningsmessige faktorer som bestemmer

prioriteringen av indikasjonene. For eks. vil det være sykehus der man bare gjør gastroscopi og ikke colonoscopi eller ERCP.

A. ØVRE ENDOSCOPI.

Gastroscopi inkluderer altså undersøkelse av øsofagus, ventrikel og duodenum. Man danner seg et makroskopisk- morfologisk bilde av normale eller patologiske funn og har mulighet for å ta biopsier for videre diagnostikk.

Vanligvis bruker man fleksible scop med skrå-optikk eller rett-frem optikk.

De fleste gastroscopier gjøres på ambulante pasienter. Undersøkelsen varer vanligvis fra 3 - 15 min. Noe lengre ved biopsitaking. Pasienten møter fastende til undersøkelsen, som vanligvis går greit uten premedisinering. Ved de fleste gastroenterologiske laboratorier gis pasientene likevel som regel 5 mg. diazepam iv. umiddelbart før undersøkelsen, som da oppfattes som mindre ubehagelig.

Gastroscopi har en høyere diagnostisk sensitivitet og spesifisitet enn en tilsvarende konvensjonell røntgenundersøkelse av øsofagus, ventrikel og duodenum. En røntgenundersøkelse med dobbeltkontrastteknikk hevdes å ha samme spesifisitet/sensitivitet som gastroscopi. Gir en slik undersøkelse positivt funn, er det likevel ofte nødvendig å gjøre gastroscopi med biopsi. Og så har man foretatt en unødvendig dobbeltundersøkelse (!).

Ideelt er det en rekke indikasjoner der man bør gjøre gastroscopi som første undersøkelse (se nedenfor pkt. I). Men også her vil ressursfaktorer være bestemmende for om undersøkelsen skal gjøres som gastroscopi eller røntgenundersøkelse.

INDIKASJONER:

I. Indikasjoner der gastroscopi regnes som første undersøkelse:

1. Dysfagi
2. Nyoppstått dyspepsi hos pasienter som tidligere har hatt:
 - Ulcus ventrikuli
 - Pernisies anemi
 - Atrofisk gastritt/achylia gastrica.
3. Ventrikelopererte pasienter (Bilroth I og II mm.):
 - Når det er forløpet mere enn 15 år etter operasjon.
 - Ved nyoppstått dyspepsi
 - med blødningsproblematikk.
4. Hematemese/melena

5. Utredning av okult blødning.
6. Nyoppstått dyspepsi hos pasienter eldre enn 40 år.

II. Andre indikasjoner for gastroscopi.

1. Røntgenologisk påvist ulcus ventrikuli.
2. Vedvarende (røntgen - neg.) dyspepsi.
3. Malignitetsmistanke (røntgenologisk eller klinisk).
4. Klinisk mistanke om ulcus duodeni - for behandlingsmessig vurdering.

Selve undersøkelsen finner i regel sted på røntgenavdelingen. Etter nedføring av duodenoskoptet og kanylering av papilla Vateri, sprøytes kontraststoff inn i gangsystemene under gjennomlysingskontroll og billedtaking. Det er røntgenlegen som står for billedtakingen og tydingen av bildene.

Undersøkelsen varer vanligvis fra 10 - 30 minutter.

Det bør forøvrig i denne sammenheng understrekes at ERCP er en såkalt "anden- linje undersøkelse", og meget ressurskrevende.

GRUPPESCOPI (OGSÅ VELEGNET SOM UNDERVISNINGSMODELL)



Illustrasjon av gruppescope

A. ENDOSCOPISK RETROGRAD CHOLANGIO PANCREATICO - GRAFI (ERCP)

Dette er en kombinert endoskopisk og røntgenologisk undersøkelse der man ved hjelp av duodenoskop med sideoptikk kan føre en sonde inn i papilla Vateri. Gjennom denne sprøytes røntgenkontraststoff, og man får retrograd fyllning av galleveiene (intra- og ekstra-hepatisk galletrø, duktus, cysticus og galleblære) og av ductus pancreaticus.

Undersøkelsen utføres greit ambulant. Av praktiske grunner velger mange å legge pasienten inn i avdelingen dagen før undersøkelsen. Pasienten faster til undersøkelsen. Hvis denne først blir utført ut på dagen, får pasienten 1 kopp te til frokost. Pasienten har innlagt venflon, fordi det ofte blir gitt Diazepam iv som premedikasjon og fordi det ofte er nødvendig å gi Buscopan under undersøkelsen.

Således er det ultralydundersøkelsen (subsiddert rtg. cholecystografi) som er screeningundersøkelsen ved sykdom i lever/galleveier. Ultralydundersøkelse bør være gjort før man overveier ERCP.

Indikasjoner for ERCP.

I. Ved klinisk mistanke om galleveissykdom.

1. Ikterus. For å utelukke eller bekrefte cholestase ved cholestatisk leverfunksjonsmønster.
2. Klinisk mistanke om sten i choledochus.
3. Utilfredsstillende røntgenologisk fremstilling av galleveiene ved mistanke om galleveissykdom.
4. Mistanke om intra- eller ekstra-hepatiske stenoser i galleveiene.
5. Post-cholecystectomisyndrom.

II. Ved klinisk mistanke om sykdom i pancreas.

1. Cholestatisk ikterus.
2. Kronisk pancreatitt.
3. Kronisk, eller vekslende hyp-eramylasemi.
4. Uavklarede øvre abdominal-smerter.
5. Vekttap av ukjent årsak.
6. Preoperativ vurdering av pas-ienter med kjent pancreassyk-dom.

III. Diverse.

1. Mistanke om tumor eller sten-ose i papilla vateri.
2. Uavklarte mavesmerter og på-viste juxtaapillære duoden-aldivertikler.

C. COLONOSCOPI.

Dette er en endoscopisk under-søkelse der man med hjelp av et flexibelt endoscop med rett-frem optikk og med en lengde på 100 - 140 cm., er i stand til å visualisere hele colon inklusive rectum. I øvede hender vil man vanligvis også kunne undersøke terminale ileum. Undersøkelsen varer vanligvis fra 15 - 45 minutter.

Colonoscopi er som regel en ress-urskrevende undersøkelse, bl.a. fordi man også trenger et gjennomlysingsapparat til hjelp i avsnittslokalisasjon og til å

rette ut slynger.

Undersøkelsen gjøres i de fleste tilfeller poliklinisk. på for-hånd må pasienten har gjennomført en skikkelig tarmtømming. Dette kan gjøres på mange måter. Ved Gastro. lab. Fylkessykehuset i Molde tømmer vi pasientene som følger: 1 2 døgn før under-søkelsen rikelig å drikke. Ren flytende kost, dvs. bare klare vesker/avsilte supper. Ved middagstider dagen før undersøk-elsen tar pasienten 1 fl. X-prep, og om morgenen undersøkelsesdagen 1 Toilax miniklyster. På dette regimet er pasienten i regelen meget godt tømt.

De fleste pasientene klarer seg uten premedikasjon av noen art. En del pasienter må få litt Diazepam. En sjelden gang kan undersøkelsen være så besværlig for pasienten at man må gi en liten dose Petidin.

For å utelukke lidelser i nedre rektum/analområdet, bør primær-legen ha gjort ano-rektoscopy på pasienten før man henviser til colonoscopi.

Tidligere var det også et krav at man burde ha utført en adekvat rtg.colonundersøkelse før den colonoscopiske undersøkelsen. Men man kommer her igjen på spørsmålet om unødige dobbelt-undersøkelser. Dessuten spiller også her andre ressursforhold en stor rolle. (Se tidligere).

For nedenstående punkt 1. og 2. mener jeg det er unødvendig med forutgående røntgenundersøk-else.

Indikasjon for colono-scopi.

1. Diagnostikk og kontroll av inflammatorisk tarmsykdom. (o.a. proktitt, ulcerøs colitt, mb. Crohn, diver-tikulitt mm.).
2. Utredning av intermitterende eller pågående rektalblød-ning.
3. Kontroll av røntgenologisk suspek- forandringer.
4. Røntgenologisk påviste pol-ypper.
5. Utredning av anemi, diarrhe og abdominalsmerter av ukjent årsak.
6. Postoperativ kontroll ved cancer coli. Etter spes-ielle retningslinjer.
7. Preoperativ vurdering av kjent colonsykdom.
8. Peroperativ colonoscopi på spesielle indikasjoner.

BOK OG



TIDSSKRIFTANMELDELSER

☐ Av Ola Lilleholt

Ulikhet og helse

27. mars 1977 holdt den daværende sosialministeren i Storbritania, David Ennals, en tale om sykkelig-het og dødlighet i de forskjel-lige samfunnslag. Manuskriptet til talen var i det alt vesent-lige forfattet av en professor ved London School of Hygiene and Tropical Medicine. Statsråden ble så inspirert av sin egen tale at han øyeblikkelig satte ned en arbeidsgruppe til å samle til-gjengelige data om emnet. Sir Douglas Black, som nå er presi-dent for Royal College of Physi-cians, var formann for denne arbeidsgruppa med i alt fem med-lemmer fra toppskiktet i britisk medisin og samfunnsvitenskap. Arbeidsgruppa la fram sin rapport

i april 1980. I Sosialdepartemen-tet satt det nå en ny statsråd som mest av alt ønsket rapporten arkivert i stillhet. 260 stensi-lerte eksemplarer ble lagt ut til offentlighetens orientering i en ferieuke i august 1980. Innholdet i rapporten sivet imidlertid ut på forskjellig vis. I 1981 var den ved en anledning drøftet i Underhuset. Samme år var den kommentert og diskutert i mange medisinske fagtidsskrifter, men det var vanskelig å få i gang noen saklig meningutveksling så lenge departementet nektet å gjøre rapporten tilgjengelig. Dette er nå løst ved at Pelikan Books har utgitt den som paper-back. Denne utgaven har fått tittelen "Inequalities in Health" med undertittel "The Black Re-port" som den vanligvis har vært benevnt i britiske omtaler. En nå

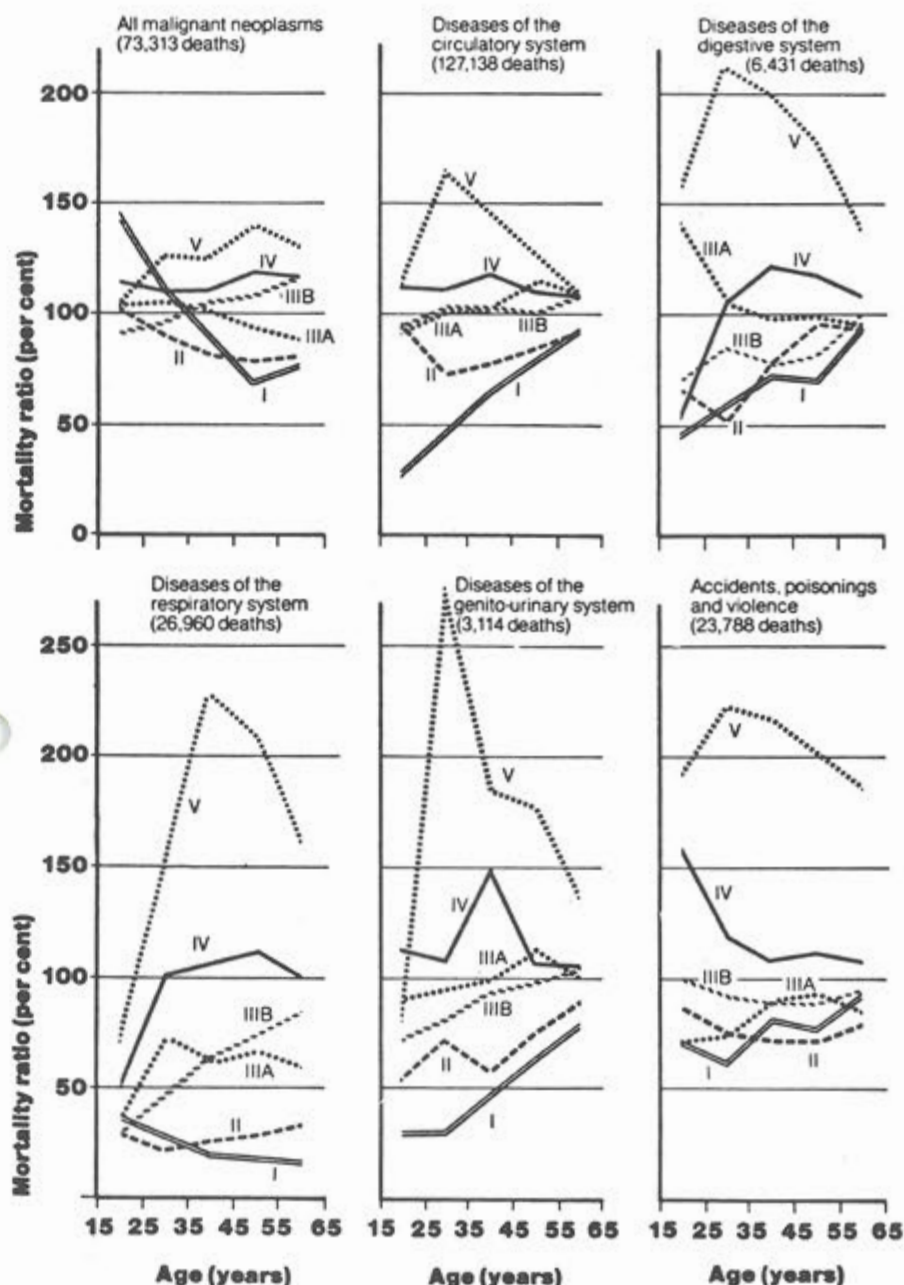


Figure 8. Mortality ratios by occupational class, age and cause of death (men 15-64, England and Wales). (Source: Occupational Mortality 1970-72, HMSO, 1978, pp. 44-5.)

av en stor mengde undersøkelser om sykkelighet, dødelighet og forbruk av helsetjenester i disse forskjellige samfunnslag, vesentlig fra perioden etter krigen.

En av de viktigste konklusjonene i rapporten er at forskjellene i sykkelighet og dødelighet har øket i løpet av de siste tiåra. Dette er i sannhet et paradoks på bakgrunn av den generelle nedgangen i sykkelighet og den store satsinga i The National Health Service. De fattigste samfunnslaga benytter seg gjennomgående mindre av forebyggende medisinske tiltak. Forbruket av øvrige helsetjenestetilbud er nokså likt kvantitativt, men fordelinga mellom primærleger, poliklinikker og sykehus er forskjellig i de ulike yrkesgruppene. Arbeidsgruppa har også en sterk tro på at gruppepraksis og helsesentra medfører en betydelig bedring av kvaliteten i primærhelsetjenesta i forhold til primærleger som arbeider i solo-praksis.

Rapporten inneholder kortfattede kapitler om de forskjellige indikatorene på helse og sykkelighet, om tradisjonelle forklaringsmodeller og flere kapitler med konkrete forslag både til videre forskning og helsepolitisk intervensjon. Her er et vell av ideer og data som det er umulig å plukke ut av sammenhengen i framstillinga. Ett enkelt poeng skiller seg ut: forfatterne har nok regnet med at samfunnet ikke ville finne ressurser til å sette i verk mer enn brokdelene av forslaga. Derfor har de prioritert tiltak for barna som også rammes, formes og tildels bukker under i den fattigdommen de er født inn i: "It is our view that the abolition of child poverty should be adopted as a national goal for the 1980s."

Boka er svært aktuell for norske leger av to grunner: For det første er dette en meget inspirerende innfallsport til samfunnsmedisin i sin alminnelighet, bl.a. med tallrike litteraturhenvisninger for den som ønsker å forfølge spesielle interesser. For det andre består det såpass intime medisinsk faglige og helsepolitiske bånd mellom Storbritania og Norge at rapporten er relevant i forhold våre forestående løft i kommunehelsetjenesta.

En kan spørre seg om vi i øyeblikket ligger før eller etter Storbritania i løypa. Under sterke protester bl.a. fra den britiske legeforeninga er den sittende regjeringa der i ferd med å gjennomføre drastiske am-

kunne slå fast at dette vil bli en samfunnsmedisinsk klassiker.

Det er elementær samfunnsmedisin at det består en intim sammenheng mellom fattigdom og sykkelighet. Det er overraskende å se både hvor uttalt denne sammenhengen er og hvor gjennomført den er fra befruktning til død. Det er så alt for lett å avfeie dette med enkle forklaringer om arv, både genetisk og sosial, dårlige boliger, misbruksproblemer, at dette er "naturens orden" osv. osv.. Dersom en med en viss naiv nysgjerrighet søker empiriske data om årsak/virkning og skrapet litt i overflata av disse ad hoc forklaringene, finner en noe som mest ligner et tomrom. Begrepet "fattigdom" er i utgangspunktet nøytralt og uhyre fruktbart i forhold til samfunnsmedisinske

analyser. Det er imidlertid svært problematisk for mange medisinere å definere individer og familier for eksempel i vårt eget samfunn som "fattige" eller "rike". Dette er en sentral del av sosiologiens og samfunnsøkonomiens pensum og såpass avklart at vi med nokså stor trygghet kan låne operasjonelle definisjoner derfra. I "The Black Report" er det referert til yrkesmessig tilhørighet svarende til det som har vært brukt i øvrig offisiell britisk statistikk i dette århundret. Dette er seks lag: I. Profesjonal (5), II. Intermediate (18), IIIA. Skilled non-manual (12), IIIB. Skilled manual (38), IV. Partly skilled (18) og V. Unskilled (9). (Tallene i parentes angir i prosent sammensetninga av den britiske befolkninga). I rapporten er det samlet resultater

putasjoner på National Health Service. (Se f.eks. leder i The Lancet, Sept. 24. 1983, p. 718) Er det et symptom på en utvikling inn i en felles fattigdom? Eller kanskje er det fordelingspyramiden som får en ny og smalere

kontur både globalt, nasjonalt og i lokalsamfunna? Dette er spørsmål som vi nok stadig kommer til å møte i norsk helsepolitisk debatt framover. "The Black Report" bør være obligatorisk pen- sum for alle som anser seg

meningsberettiget.

Townsend P., Davidson N.: Inequalities in Health. The Black Report. Penguin Books. 1982. Pris kr.39.60. ■

Grunnkurs i almenmedisin- forebyggende almenmedisin

Grunnkurs i almenmedisin er et nytt kurs som- betegnelsen grunnkurs til tross- er beregnet på alle kategorier almenpraktikere. Kurset skal gå over en to års periode i form av en ukes internatkurs hvert halvår. Forskjellige sentrale områder innen almenmedisinen skal fokuseres og belyses.

Første kurs tok for seg forebyggende almenmedisin og er nylig avsluttet. En kort omtale i UTPOSTEN antas å være av interesse.

Før kurset hadde alle deltagere foretatt enkle registreringer i egen praksis. Hvor godt hadde en kartlagt sine egne pasienter med hensyn til tradisjonelle risikofaktorer (tobakk, cytologi, Bl osv.) -I hvilken grad brukte en konsultasjonen til å flette inn forebyggende tiltak?

Resultatet var ubehagelig avslørende for de fleste, men virket desto mer motiverende for kurset.

En hoveddel av kurser omhandlet muligheter for forebyggende arbeid innenfor rammen av vanlig kurativ almenlegepraksis og distriktslegevirksomhet. Nærmiljødiagnose (community diagnosis) var her et viktig utgangspunkt hvor en ved hjelp av lett tilgjengelige statistiske data kan anslå omfanget av forskjellige i sitt eget geografiske arbeidsområde og ut fra dette legge opp en plan for løsning av disse.

Et systematisert opplegg fra Lærdal ble presentert og viste at mye kan oppnås med relativt enkle midler.

Spesielle problemer knyttet til barn, eldre og alkoholmisbrukere ble behandlet i egne innlegg.

Helsekontrollene slapp en heller ikke unna. Pendelen synes nå å ha vært via begge ytterstillinger på vei mot et sted midt i mellom. Særlig helsekontroller som et middel for kontakt med befolkningen ble understreket, og begrepet helsekontakt foreslått innført.

Et annet hovedtema var de mer prinsipielle og ideologiske spørsmål forbundet med det å drive forebyggende helsearbeid. Hvor går grensen mellom individets ansvar for egen helse, helsevesenets - og samfunnets ansvar? Hvor går grensen mellom helsearbeid og politisk arbeid? Som en vellykket innfallsport hadde man valgt å la Einar Gerhardsen kásere over emnet arbeidsløshet og helse. Senere innlegg belyste de samme spørsmål fra andre synsvinkler. Det ble en nyttig konfrontasjon med problemstillinger og sammenhenger en altfor sjelden tenker på, men svarene var det selvfølgelig ingen stor enighet om.

Debatten om arbeidsdelingen og organiseringen av det forebyggende helsearbeid både innen vår egen -, og overfor andre yrkesgrupper ble for lite berørt. Bare organiseringen av bedriftshelsetjenesten ble grundig behandlet hvor prinsippspørsmålet jo er av fundamental betydning for oss almenpraktikere; skal helsetjenesten i Norge bygges opp etter sårumsorg/spesialistprinsippet eller etter generalistprinsippet?

Arbeidsdelingen med andre helseprofesjoner ble bare sporadisk berørt ved debatten om jordmødre og svangerskapskontroller. Her finnes det opplagt mange andre uberørte varme poteter.

Endelig savnet jeg en åpen diskusjon om stykkprissystemets grensesettende virkning for å kunne drive forebyggende helsearbeid. Kursets form var utradisjonell med bare 3-4 kateterforedrag på ca. 45 min. hver dag etterfulgt spørsmål og debatt. Resten av tiden ble brukt til arbeid i små grupper der dagens emner ble videre bearbeidet. Denne formen passet meget godt til kursets innhold og bidro sterkt til å gjøre det hele til et meget godt kurs som trygt kan anbefales ■

□ Av Petter Øgar □

Petter Øgar er distriktslege i Hornindal med tidl. 2 1/2 års sykehustjeneste innen indremed.

Familiebehandling med psykiateren som konsulent

Fra individ til gruppe -

□ Av Per Stensland □



Per Stensland er distriktslege i Sogndal, Almenpraktiker DNLF. Tidligere arbeidet som ass. lege ved Åkershagan sentralhjem for psykisk utviklingshemmede (76-77) og distriktslege i Hadsel (77-78)

Det kan være enkelt å se sammen hengen mellom symptomdannelse og ytre levekår, men like fullt vanskelig å intervensere fruktbart i en familie.

Det kan være enkelt gjennom anamnese å få oversikt over et psykisk problem, men ofte vanskelig å bidra til endring av problemet.

Hvilke muligheter har egentlig almenpraktikeren til å drive kvalifisert familiebehandling?

La dette være innfallsport til omtale av et seminar om systemisk behandling arrangert i juni -83 i Gryllefjord av institutt for samfunnsmedisin (ISM) i Tromsø.

I psykiatrien er interessen for familiebehandling økende og systemisk behandling er en av flere retninger i denne tradisjonen. Systemterapi er basert på synet at et symptom oppstår som en likeverdig del av kommunikasjonen i en gruppe. Skal pasienten hjelpes til å bli kvitt symptomet, blir det naturlig at hele gruppa tas med i arbeidet med dette. Dette er knapt nye tanker. I almenmedisinsk arbeid er vi vel tvertom i større grad enn de fleste andre disipliner trente med å se pasienten som et familie medlem der vi også har god oversikt over samspillet mellom sykdomsforekomst hos foreldre, ektefelle og barn. Likevel er vi vant med en arbeidsmetode der vi har kun en pasient foran oss pr. konsultasjon.

Slik opparbeides oversikt, mens evnen til intervensjon i gruppen som helhet er dårlig utviklet. Øker symptomene og pasienten henvises til institusjonspsykiatrien får lege, pasient og restfamilie en pause, for institusjoner er om mulig mer individorientert enn almenmedisineren. Denne individorienteringen er vel en av grunnene til at pasienten etter utskrivning ofte dukker opp på kontoret med uendrede problemer eller varianter av dem. Når en har opplevd dette tilstrekkelig mange ganger blir

entusiasmen for psykiatrien dalende og etterhvert blir det en hovedmålsetning å hjelpe pasienten til å unngå traumatiske innleggelser. Da blir det desto mer interessant å skaffe seg kjennskap til arbeidsteknikker med grupper, og trening i slikt arbeid.

Mange vil erfare at trening ikke er nok og vi trenger supervisjon fordi arbeidet er vanskelig. Den kontinuerlige oppfølgingen vi kan tilby er likevel en styrke som ikke skal undervurderes. Endring krever tid og vi kan tilby kontakter i dette tidsrommet

Seminaret ble ledet av to dyktige familieterapeuter (Lynn Hoffmann og Peggy Penn) og ved videoopptak av gjennomførte terapier fikk vi demonstrert glimrende familiebeid. En del av tida ble også brukt til rollespill i grupper, og som så ofte ellers er det selvopplevde den mest effektive læren

Seminaret hadde 80 deltagere hvorav 35 fra primærhelsetjenesten. Den store interessen fra primærleger må sees som et resultat av prosjektet som gruppa rundt dosent Iom Andersen (ISM) gjennomførte over 3 år i Tromsø. I denne tida fikk lege- og sosialkontor i byen tilbud om ukentlig supervisjon på arbeidet de utførte med psykiatriske pasienter. Den kontinuerlige læringsprosessen i dette arbeidet økte naturlig nok primærlegenes interesse og evne til å mestre dette feltet.

Kontinuerlig supervisjon fra psykiatri på almenmedisins arbeid er vakkert beskrevet av Michael Balint (2) og ga støtet til dannelsen av Balint-grupper også i Norge. Denne typen supervisjon er likevel mangelfull, for ikke å si uopnåelig for de fleste interesserte almenpraktikere i dag.

Dermed er styrken og svakheten ved dette seminaret nevnt.

Problemet ligger i den virkeligheten som møter hjemvendte seminarister når innstudert materiale skal praktiseres uten veiledning. Sentralisert og institusjonsbundet psykiatri har verken forutsetning for eller mulighet til å tilby service.

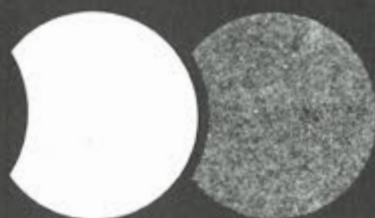
Men for all del, dette var et sjeldent inspirerende og trivelig kurs jeg ikke ville vært foruten.

Henvisninger:

Andersen, I.: Kan primærhelsetjenesten overta flere psykiatriske pasienter? Pp 177-178 i N.A.V.F. :Tendenser i psykiatrien Oslo -81.

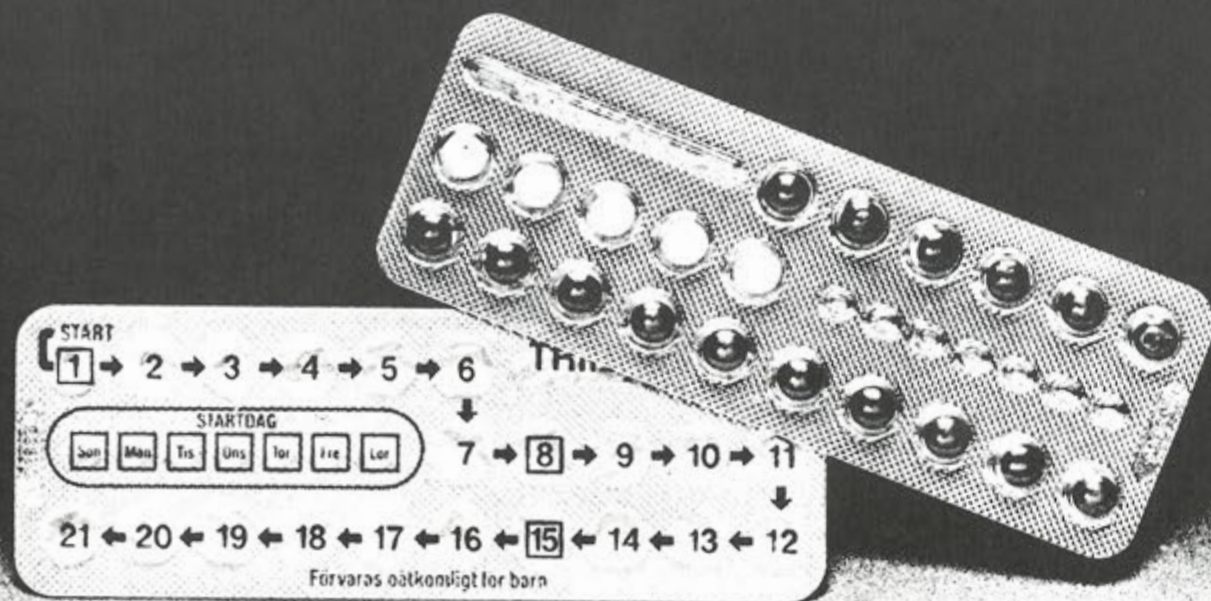
Balint, M. 1957: The Doctor, His Patient and the Illness. Pitman Medical, London. ■

Ny P-pille:



TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE



TRINORDIOL gir bedre blødningskontroll og like høy sikkerhet som lavdose-pillene – men med **40% lavere gestagenmengde**.

- ☐ Høy sikkerhet
- ☐ Cyklustilpasset hormontilførsel
- ☐ God blødningskontroll

TRINORDIOL har lavest hormonmengde, og er i størst mulig grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmønster under cyklus.

TRINORDIOL – 80-årenes p-pille

*etinylostradiol + levonorgestrel

1.10.81

KabiVitrum

Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
Telefon: (02) 54 29 50



TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE

Antikonsepsjonsmiddel

Referanser

- (1) LACHNIT-FIXON U: Münch. med. Wschr. 121, Nr. 43: 1421-1426, 1979.
- (2) ZADOR G: Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 88: 43-48, 1979.
- (3) BRIGGS M: The Proceedings of a special Symposium held at the Xth World Congress on Fertility and Sterility, Madrid, July 1980.
- (4) LARSSON-COHN U et al: Fertility and Sterility, vol. 35, No. 2, Feb. 1981.

TABLETTER:

1 brun tablett inneholder: Etinyløstradiol 30 ug + levonorgestrel 50 ug, fargestoff (jernnoksyd), const. q.s.
1 hvit tablett inneholder: Etinyløstradiol 40 ug + levonorgestrel 75 ug, const. q.s.
1 gul tablett inneholder: Etinyløstradiol 30 ug + levonorgestrel 125 ug, fargestoff (jernnoksyd), const. q.s.

EGENSKAPER:

Klassifisering: Trinordiol representerer en ny generasjon kombinasjonspiller av trefasetypen med lave østrogen- og progestogen-mengder.

Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervixsekretet således at spermienes passasje vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon.

Absorpsjon: Absorberes hurtig og nesten fullstendig. Maksimal serumkonsentrasjon: Etinyløstradiol ca. 1 time og levonorgestrel 1-2 timer etter oral inngitt.

Halveringstid: Etinyløstradiol ca. 26 timer og levonorgestrel ca. 24 timer.

Metabolisme: Begge hormoner metaboliseres i leveren.

Utskillelse: Via urin og fæces.

Overgang i morsmelk: Begge stoffer passerer over i morsmelken, men i så små mengder at risiko for å påvirke barnet neppe foreligger ved terapeutiske doser.

INDIKASJONER:

Antikonsepsjon.

KONTRAINDIKASJONER:

Absolutte: Østrogenavhengige tumorer. Tromboflebitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Utpreget familiær disposisjon for kardiovaskulære sykdommer eller trombose. Aktiv leversykdom. Leverfunksjonsforstyrrelser. Dubin-Johnson - syndrom, Rotor-syndrom, Graviditetsicterus. Sicklecelleanemi. Herpes gestationes. Udiagnostisert genitalblødning. Graviditet. Residiverende urinveisinfeksjoner.

Relative:

Ikke etablert regelmessig menstruasjon. Amming.

BIVIRKNINGER:

Trinordiol er en cyklustilpasset p-pille med lavt hormonnivå, i størst mulig grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmonster under cyklus. Bivirkningsfrekvensen er lav sammenlignet med p-piller med konstant sammensetning. Uregelmessige blødninger kan forekomme, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Amenoré av varierende lengde kan oppstå etter seponering. Mastalgi, kvalme, hodepine, migræne, ødeme, tretthet, nedstemthet, fett hår og benkramper kan forekomme. Endring av vekt og libido. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Tilfelle av leverforandringer (adenom, fokal nodu-

lær hyperplasi) er beskrevet. Symptomer kan være akutte buksmerter eller tegn på intraabdominal blødning. Gallesten er noe hyppigere hos dem som anvender p-piller av kombinasjonstypen.

FORSIKTIGHETSREGLER:

Som for alle preventivtabletter gjelder at man for behandlingen gjennomgår gynekologisk undersøkelse (omfatter også mammae). Sukker i urinen og blodtrykk måles. Dette bør gjentas en gang hvert halvår. Forbindelse mellom bruk av perorale antikonsepsjonsmidler og tromboemboliske komplikasjoner ansees som sannsynlig. Opptrer tegn på tromboemboli under behandlingen skal preparatet umiddelbart seponeres.

Bruk av preventivtabletter må også avbrytes 14 dager før kirurgiske inngrep. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte-kar-sykdommer. Denne risikoen er ytterligere øket hos kvinner som røker og hos kvinner som er over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer migrenelignende hodepine og/eller synsforstyrrelser skal behandlingen avbrytes. Hos kvinner med sykdommer som er faringsmessig forverres under graviditet bør preventivtabletter ordineres under streng legekontroll. Anvendes med forsiktighet ved epilepsi, otosklerose, multipel sklerose, porfyri, tetani, hypertoni, diabetes, myoma uteri og nyrelidelse. Klinisk-kjemiske normalverdier og tester kan endres. Chloasma kan oppstå. Uteblir blødningen to ganger etter hverandre, bør det utredes om pasienten er gravid eller ikke. Bør ikke anvendes hos kvinner med tidligere oligomenoré eller amenoré, da slike kvinner vil være disponert for langvarig amenoré med infertilitet etter at preparatet er seponert. Kvinner med regelmessig menstruasjon kan også risikere en slik komplikasjon som imidlertid er sjelden, og vil i de fleste tilfelle reagere gunstig på behandling.

INTERAKSJONER:

Interaksjoner sees med perorale antikoagulantia, fenytoin, rifampicin og vitamin B₁₂. (I: 55 e, steroider, antikonsepsjonsmidler, perorale).

DOSERING:

Antikonsepsjon: 1 tablett daglig i 21 dager fra cyklus 1, til 21. dag. Etter 7 tablettfrie dager følger ny behandlingsperiode. Oppstartingsfasen: Begynn alltid i forbindelse med en menstruasjon: 1 brun tablett daglig i 6 dager med **start 1. menstruasjonsdag** (1-6 på brettet). Deretter 1 hvit tablett hver dag i 5 dager (7-11). Resterende 10 gule tabletter tas de neste 10 påfølgende dager (12-21). Fortsett behandling: Etter inntak av de første 21 tabletter gjøres 7 dagers opphold.

PAKNINGER OG PRISER:

1 tablettbrett inneholder: 6 brune, 5 hvite og 10 gule tabletter.

3 brett x 21 stk.
 6 brett x 21 stk.
 13 brett x 21 stk.

NB!! Begynn alltid 1. blødningsdag - oppå ved overgang fra andre p-piller.



KabiVitrum

Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
 Telefon: (02) 54 29 50



RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

SURMONTIL® 10 mg

trimipramin

Justeringsdose
med DELESTREK!



INDISERT
ved
ANGST og SØVNFORSTYRRELSE

Pakninger à 30 og 100 stk.
M.h.t. bivirkninger, kontraindikasjoner og
forsiktighetsregler: Se Felleskatalogen.

RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR

Skårerveien 150 . Postbox 20 . N-1473 Skårer . Tlf. (02) 70 55 20

