

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1

1995

ÅRGANG 24



Når garantien blir kvalitetsmål

Nr. 1, 1995

- 3** *Eivind Vestbø*
Leder: Når garantien blir kvalitetsmål – om tryggleikens grenser
- 4** *Steinar Hunskår, Eivind Meland*
Myten om det ufeilbarlige helsevesen (1)
- 7** *Steinar Hunskår, Eivind Meland*
Myten om det ufeilbarlege helsevesen (2)
- 9** *Smil i hverdagen*
Lege uten syn for atester?
- 10** *Utpostens edb-spalte*
Internet
- 12** *Intervju med Arne Vassbotn*
Veiledning og veileder i fokus
- 16** *Ola Storø*
Astmaskole – en miniklinikk i allmennpraksis
- 19** *Geir Jacobsen*
Allmennmedisinsk forskningsutvalg
- 22** *Petter Bugge, Torleif Ruud*
Evaluering av psykiatriske pasienter i kommunene
- 25** *Tabbespalten*
«Kan man ha flere sykdommer samtidig, doktor?»
- 26** *Pål Guldbrandsen*
Falk og muldvarp: Essayistiske refleksjoner etter Primærmedisinsk uke
- 30** *Even Lærum og Olav Rutle*
Oppgaver, aktiviteter og veivalg
- 32** *Leserbrev*
Hjelp og penger å hente?
- 33** *Leserbrev*
Mange kan bidra til gode utprøvinger av lokale helsetiltak
- 37** *Arnulf Heimdal*
På tur til eventyrland
- 40** *Bokmelding*
Medisinens som pedagogikk
- 41** *Bokmelding*
Arbeidsløshet og arbeidsmarginalisering
- 42** *Bokmelding*
Sjukeheimen, mellom sjukehus og open omsorg
- 44** *Kurs*
Kongsvoll-kurset/Wonca, Hong Kong
- 45** *Kurs*
Kommunelegekurset 1995
- 46** *Kurs*
Videreutdanning i folkehelsevitenskap

Forsideillustrasjon: Ragnbild Gjerstad.

UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Kontor:

RMR
Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim
Tlf.: 63 97 32 22. Fax: 63 97 16 25.

Redaksjonen:

Geir Sverre Braut
Tuholen 14, 4340 Bryne
Tlf. privat: 51 42 63 69
Tlf. arbeid: 51 56 87 17
Fax: 51 53 00 79

Sonja Fossum
Svenstuvn. 2, 0389 Oslo
Tlf. privat: 22 14 11 97
Tlf. arbeid: 22 25 34 72

Betty Pettersen
Kræmmervikveien 5, 8373 Ballstad
Tlf. privat: 76 08 32 25
Tlf. arbeid: 76 08 32 25
22 04 24 08
Fax: 76 08 32 26

Eystein Straume
9550 Øksfjord
Tlf. privat: 78 45 81 18
Tlf. arbeid: 78 45 81 04
Fax: 78 45 84 46

Eivind Vestbø
4160 Finnøy
Tlf. privat: 51 71 22 74
Tlf. arbeid: 51 71 24 44
Fax: 51 71 26 64

Helge Worren
Langmyrgrenda 59b
0861 Oslo
Tlf. privat: 22 95 04 80
Tlf. arbeid: 67 06 00 83
Fax: 22 23 57 13

Petter Øgar
6790 Hornindal
Tlf. privat: 57 87 95 76
Tlf. arbeid: 57 87 94 86
Fax: 57 87 95 73

Annonser:

RMR
Sjøbergv. 32, 2050 Jessheim.
Tlf.: 63 97 32 22.

Abonnement:

Kr 300,- pr. år.
Bankgiro 3838.07.68248
Postgiro 0825 0835 397

Grafisk fremstilling:
Nikolai Olsens Trykkeri a.s

Når garantien blir kvalitetsmål – Om tryggleikens grenser

Den såkalla tillitskrisa i helsevesenet har vore analysert av mange. Ofte går det fram at det er ei urealistisk forventning om behandling som skapar henne. Det er ikkje lett å skjøna at kanskje så mykje som 85 % av våre plager ikkje lar seg ordna av fagfolk. Etter kvart har det kome fram at det sjølvsagt i tillegg handlar om tru på omsorg og forståing i møte med helsevesenet; det som Henrik R. Wulff kallar for den empatisk-hermeneutiske komponenten (1).

Det er likevel ei tredje forventning som oftast skaper grunnlag for dei store overskriftene utan at problemet er nærmere analysert i media – nemleg forventninga om den diagnostiske sikkerhet. Spesielt blir falske negative tolka som mangel på kvalitet (2). Og sanneleg er det ikkje lett å førehalda seg til denne oppfatninga. Det handlar om eit basalt behov, ei vanskeleg erkjenning og drivande krefter i tida.

Det basale behovet er trøngen for tryggleik. Kravet er ikkje berre frikjøp frå liding. Opplevinga av å vera frisk må garanterast og symptomet må med sikkerhet ikkje tyda fare. Når garantien blir kvalitetsmål, opnar det seg eit stort marked for «marginalmedisin» som får kostnad/effekt kurven til å bøya nedover meir enn vi likar.

Den vanskelege erkjenninga ligg i forståinga av imperativa i ein beslutningsteori som den diagnostiske prosessen ikkje kjem utanom. «Sansynleghetssanninga» i diagnosane kan vera like vanskeleg å svevla som nedturen mot livets slutt. Endå verre blir det å formidla garantiens pris – samanhengen mellom sikker friskhet og falsk sjukdom.

Dei drivande kreftene i tida er heller ikkje til å spøka med. Like sikkert som dei konglege har mennesklege trekk, like sikkert er det at legar vil stilta feil diagnose. Nyhetskjelda er like utoymelag som tyngdekrafta. Når det eksistensielt sjølvsgadde blir til mediehendelser med salgspotensial, blir det ikkje lett for legane å sleppa unna strategiske valg om meir helsestoff gjort i avisenes nyhetsredaksjonar.

Dei juristane som ser marknaden, vil og kunna glede seg over at det ikkje berre er menneskenaturen som skaper behov for deira tenester. Skulle vi kunna nøytralisera den gjennom stadig betre produktkontroll, står dei matematiske lovene igjen. Det vil framleis ikkje vera mogleg å finna alle sjuke utan å gjera alle friske til sjuke. Risikoklinikken let seg ikkje tauma. Og tenk om det og skulle bli grunnlag for prosess å gjera uskuldige friske til sjuke! Då ville markedet ta av for alvor. Helsejussen sitt potensiale er i sanning stort. Vi kjenner alt nå pusten i nakken av ein juss som i alle høve ikkje har den store respekten for tryggleikens grenser.

Og kva så med drivkreftene i sjølve faget? Kva med den amerikanske kirurgen som åtvvara sine kollegar mot å la vera å ta mammografi ved ein kvar helsekontroll av kvinner i vaksen alder. Han kunne fortelja om ein uheldig kollega som ikkje hadde gjort dette. Nokre år seinare fann han ein uregelmessighet i høyre bryst på same pasient. Han sende henne umiddelbart til mammografi som blei tolka som normal. Seinare fekk ho brystkref i dette brystet og ved ny revisjon av mammografibildene kunne ein sjå forandringer i etterpåklokskapens lys. Poenget var nå at dersom ein hadde hatt baseline-mammografi frå helsekontrollen ville ein kanskje kunna sett dei ørsmå forandringer på dei kliniske mammografibiletta. Kirurgen fann kollegaen sin handlemåte klanderverdig og åtvara mot saksøking dersom slik lemfeldig helsekontrollpraksis skulle halda fram. Kvalitetssikringssideologien svirrar i den faglege lufta og internkontroll (tidlegare eigenkontroll) er lovfesta. Vi har mykje å ta fatt på, men også her må vi sjå grensene og prisen for dei marginale gevinstane.

Det same gjeld spesialiseringa. Trøngen til å gjera det beste på sitt avgrensa område må ikkje gå utover ei nøktern holdning til diagnosens vesen. Sjølv om verstefallsopplevingane i spesialitetens selekerte pasientgruppe er

reelle, må kravet til eksperten vera at han klarer hovudet med prediktive verdiar, og ikkje lar prevalensforvirringa siga på når han kjem i kontakt med det allmennmedisinske landskap.

Ein god vaksine mot garantidogmet for både allmennpraktikar og spesialist er å lesa dei to artiklane av Steinar Hunskår og Eivind Meland i dette nummeret av Utposten (3,4). Så populært som det går an å nærma seg grunnleggande teoretiske spørsmål i medisinien, avsannar dei myten om det ufeilbarlege helsevesen, får oss til å akseptera at tryggheten har sine grenser, og at vi må bruka andre kvalitetsmål enn garantien for vårt virke som legar. For ei meir ingående drøfting og faglege dømer på dei same tankane viser vi til ein tidlegare artikkel av Eivind Meland i Utposten (5).



Litteratur

1. Wulff HR. Kliniske beslutninger i et filosofisk perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 1993;113:2816-18.
2. Meland E. Kvalitetssikring av den diagnostiske prosess. Tidsskr Nor Lægeforen 1993;113:1619-21.
3. Hunskår S. Meland E. Det feilbarlige helsevesen. Utposten 1995; 24: 4-6.
4. Hunskår S. Meland E. Myten om det ufeilbarlege helsevesen (2). Utposten 1995;24: 7-9.
5. Meland E. Om falsk positivitet og falske profetar. Utposten 1993; 22: 100 -4.

Myten om det ufeilbarlige helsevesen (I)

Tekst: Steinar Hunskår og Eivind Meland



Steinar Hunskår (f. 1956) er professor i allmenmedisin i Bergen. Spesialist i allmennmedisin og deltids allmennpraktiker i Lindås kommune. Han var stipendiat i nevrofysiologi før han konverterte til allmenmedisin i 1986. Med Per Fugelli som det katalysende enzym. Han har sin doktorgrad fra -87 med tema smerteregulering. Han er spesielt interessert i utdanningsspørsmål, praktiske ferdigheter og klinisk beslutningsanalyse. Forskningsfeltet er først og fremst ulike aspekter ved urininkontinens. Han er leder for NSAMs referansegruppe for urinvegslidelser.

Eivind Meland (f. 1950) er allmennpraktiker i Bergen vest. Spesialist i allmennmedisin og '70-tids utdanningsstipendiat ved seksjon for allmennmedisin i Bergen. Han er i ferd med å avslutte sitt doktorgradsarbeide om diagnostikk og intervasjon ved risiko for hjerte-karsydom. Han har vært forskningsinteressert i klinisk diagnostikk ved streptokokkfaryngitt og dietetisk intervasjon ved hypertoni. Som sribent har han vært en «tvileren Thomas» med øye for baksiden av medaljen: «medisinsk framskritt».

Som leger vet vi at medisinen ikke er en absolutt vitenskap som matematikk eller geometri. Vi synes at troen på den medisinske vitenskap nå overdrives. Feilbehandling, komplikasjoner etter undersøkelser og forsinket diagnose er stadig

mediaoppslag. Det skapes en forventning om at helsevesenet skal gi absolutte og sikre svar med garanter mot sykdom, lidelse og død. Dette er indikasjoner på dogmetro om medisinsk vitenskap; feil i helsevesenet bør ikke forekomme.

Vårt oppdrag her er ikke å forsøre feil som skyldes udugelighet, manglende sikkerhetsrutiner eller moralsk svikt hos enkeltpersoner. Vi vil diskutere de feil som er resultatet av normal medisinsk virksomhet, feil som er uttrykk for medisinens usikkerhet.

Diagnose som sannsynlighet

Ved undersøkelse av pasienter med mistenkt sykdom vil det alltid være usikkerhet: De fleste vet at sykdom kan foreligge selv med normale undersøkelser og testresultater (prøven var «normal», men pasienten viste seg å være syk). Mindre kjent er det kanskje at undersøkelse og test-resultater kan være positive uten at pasienten er syk (prøven viser «sykdom», men pasienten er frisk!). I det siste tilfellet snakker vi om «falsk positive». Den medisinske usikkerhet og sjanse for feil er et uttrykk for et allment fenomen: vitenskapen kan ikke bevise noe, den kan bare sannsynliggjøre standpunktet med en viss fare for feil.

Når legen stiller en diagnose er det med andre ord ikke et uttrykk for en absolutt sannhet, det foreligger bare en viss sannsynlighet for at sykdommen foreligger. Omvendt vil diagnosen «frisk» også bare være sannsynliggjort med varierende grad av sikkerhet. Heldigvis er sannsynligheten for å ha rett ofte stor, spesielt ved viktige og alvorlige sykdommer der det er gjort mange forskjellige undersøkelser. Men vi må kunne vedstå oss at ved flere tilstander vil selv den beste lege stille korrekt diagnose i mindre enn 50 % av tilfellene! Hvis vi ikke åpent tør vedstå oss dette er vi offer for et bedrag som kan føre til at medisinen

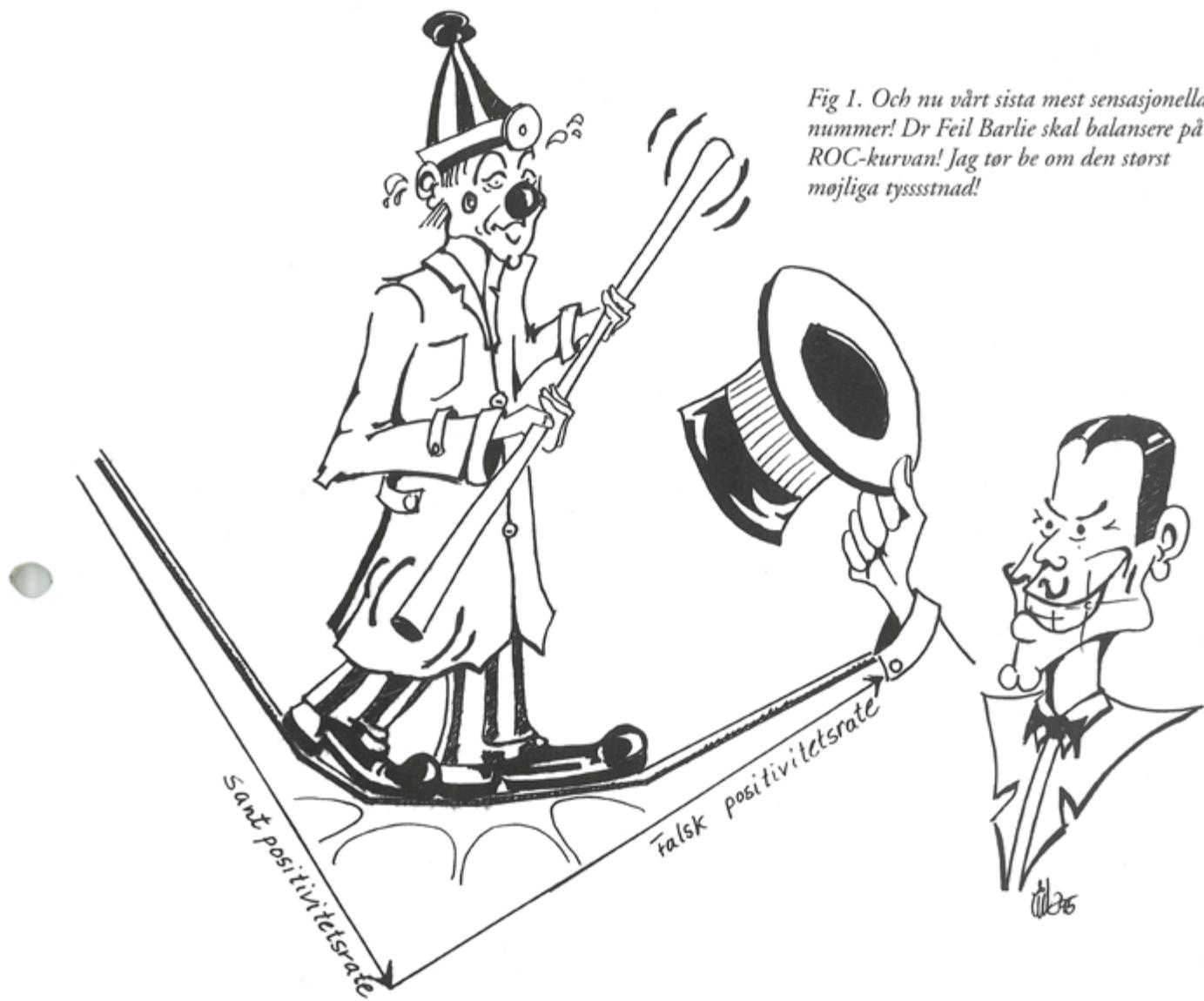


Fig 1. Och nu vårt sista mest sensasjonella nummer! Dr Feil Barlie skal balansere på ROC-kurvan! Jag tør be om den størst mulige tyssstnad!

utvikles til en allmenn trussel i vår kultur – helsetjenester blir bjørnetjenester som truer folkehelsen.

Balansegang på ROC-kurven

Det diagnostiske sannsynlighetsfønomen kan illustreres med den såkalte ROC-kurve (jfr fig. 1). Langs den ene akse er diagnostikerenes evne til å finne de syke blant de syke: sant positivitets-raten blant de syke (også kalt sensitivitet). Av figuren framgår det at diagnostikeren bare kan oppnå et optimalt resultat ved også å ta hensyn til den andre dimensjonen: falsk positivitets-faren (faren for å gi friske sykdomsdiagnose). Den eneste måte å oppnå 100 % sensi-

tivitet på, er å bevege seg så langt framover på ROC-kurven at falsk positivitets-rate blant friske (100% – spesifisitet) blir 100% (spesifisiteten er da 0%, og alle friske har fått sykdomsdiagnose). Det optimale punkt på ROC-kurven er der hvor vår dr. Feil Barlie befinner seg på figuren. Her er summen av de falsk negative og falsk positive minst.

Allmenntmedisinsk diagnostikk

Når sykdom oversees er det den enkelte som rammes. Ofte vil slike feil ha stor leser-appell i pressen. Forsøkene på å gjøre medisinen ufeilbarlig rammer oss imidlertid kollektivt og har da mindre

nyhetsinteresse. Presse og rettsvesen er nærmest utelukkende oppatt av de feil som vi kaller falsk negative (å overse sykdom når den egentlig foreligger). Hvis helsevesenet får som hovedoppgave å unngå denne type feil, vil det få store konsekvenser for den andre type feil i medisinien: de falsk positive feil.

Vi skal gi eksempel: En allmennpraktiserende lege er klar over at hodepine i sjeldne tilfeller kan skyldes en hjernesvulst. I så godt som alle tilfeller vil imidlertid hodepine være uttrykk for en forbiligende og ufarlig tilstand. Det vil derfor være rimelig at legen gjennom samtale prøver å avdekke mulige alvorlige symptomer og

gjennomfører en undersøkelse på kontoret som med rimelighet, men ikke 100 % sikkert, kan ute-lukke farlig sykdom. Legen vil i allminnelighet bruke tiden som et diagnostisk hjelpemiddel: pasien-ten må komme raskt tilbake hvis tilstanden forverres. Hvis bedring-en kommer kan man ta det med ro. Folk flest vil forstå at dette er en rimelig framgangsmåte.

Verstefalls-tenkningen

Imidlertid møter vi av og til krav om å anvende «verstefalls-tenkning»: alle med hodepine må hen-vises til spesialist for å få foretatt de mest kompetente eller avanserte undersøkelser. En slik bruk av helsevesenet vil selvfølgelig føre til en utgiftseksplosjon som vi nasjonal-økonomisk umulig kan bære. Vik-tigere for oss her er at en slik fram-gangsmåte skaper en form for sykelighet vi kan kalte falsk positi-vitets-sykdom. Enhver undersøkelse innebærer nemlig en fare for å gi falskt positivt resultat. Sjansen for at undersøkelsen skal gi et falsk positivt resultat øker dess mer rundhåndet vi blir med spesialundersøkelser. Dess sjeldnere syk-dommen forekommer blant dem vi undersøker, dess større er faren for at positive funn skal være fal-ske. Som eksempel kan vi nevne undersøkelse for HIV-smitte hos alle gravide. Blant 340.000 gravide ble det funnet 196 positive HIV-tester. Disse måtte undersøkes nærmere. Til slutt var det bare 25 (13%) som var «ekte» positive.

De påkjenninger og den usik-kerhet de falsk HIV-positive måtte oppleve, kan vi bare forestille oss. Generelt kan personer som har fått påvist funn som ikke er uttrykk for sykdom, invalidiseres av angst og sosial forventning om sykerolen. Forskning har lært oss at den subjektive sykdomsopplevelse for slike pasienter kan være like sterk som blant dem med reell sykdom. Mange har fått uføretrygd på grunnlag av slik ikke-sykdom. Vi ser slike pasienter, men de er ikke

egnet for sensasjonsoppslag i pres-sen.

Helsevesenets oppgave er med andre ord ikke bare å diagnostisere og behandle syke, men også å fore-bygge at friske gjennomgår unød-vendig diagnostikk og får unød-vendig behandling med tilhørende sykdoms-stempel. En slik dobbelfunksjon vil alltid være problema-tisk med fare for feil og uønsket resultat. Eksemplene over kan kan-skje hjelpe oss til å innse at det er fornuftig og til gavn for folkehelen-sen med en slik dobbelfunksjon. Av samme grunn er det fornuftig at vi opprettholder et skille mel-lom første- og andrelinjetjenesten i helsevesenet. Hvis spesialistmedisin-en skal fungere skikkelig, er det helt nødvendig at allmennprakti-keren fungerer som en kompetent diagnostisk silings-instans. Da vil spesialist-medisinen kunne diagno-stisere og behandle sjeldne og alvorlige tilstander på en måte som ikke skaper for mange falsk positi-vitets-feil. Derfor er det også for-målstjenlig at man ikke har åpne poliklinikker ved sykehusene.

Økende sykdomsfrykt svekker diagnostikken

Vi opplever økende sykdomsfrykt ved at pasienter søker lege svært tidlig i sykdomsforløpet. I de siste år (etter innføring av gratis lege-hjelp for barn under 7 år) har vi sett en sterk økning i legesøkning-en hos barn. Selv om dette er for-ståelig, og i noen få sjeldne tilfeller kan være viktig med tanke på behandles, er det i høyeste grad et tweegget sverd. De diagnostiske hjelpemidler legene bruker ved infeksjonssykdommer hos barn er usikre. Når barn kommer til legen tidlig i sykdomsforløpet vil fore-komsten av bakterielle infeksjoner være lav. De diagnostiske tegn på bakterieinfeksjon vil imidlertid ofte kunne være positive uten at infeksjon egentlig foreligger. Sjan-sen for falsk positiv diagnose er stor og barnet vil sannsynligvis få penicillinbehandling uten at det er

nødvendig. Enkelte undersøkelser har vist at legens treffsikkerhet for bakteriell halsinfeksjon kan være 40%, for lungebetennelse så lav som 10 %, og for allergisk penicillinutslett helt nede i 5%! Det sier seg selv at unødig antibiotikabe-handling i et slikt omfang skaper problem for den enkelte og kan ha skjebnesvandre følger med utvik-ling av motstandsdyktige bakteri-estammer.

Det er ikke bare faren for falsk positivitet som er stor hvis pasien-ter kommer for tidlig til lege. Faren for falsk negativitet er også størst tidlig i sykdomsforløpet. De symptomer, tegn og tester som legen bruker blir sikrere etter som tiden går. Hvis legen kommer for tidlig til, vil det være fare for at sykdom oversees og pasient og pårørende får falsk trygghet mot at alvorlig sykdom foreligger. Helse-vesenet er med andre ord ikke bare avhengig av at det er skille mell-lom allmennpraksis og spesialiste-ne. Vi er i høyeste grad avhengige av at folk flest er trygge og kompe-tente til å kunne observere og behandle sykdom tidlig i forløpet. Vi har et felles ansvar for å bedre egenomsorgsevnen i befolkningen. Konklusjonen på det ovenstående må bli: Helsevesenet må åpent innrømme at medisinen som fag er feilbarlig og kan aldri gi full-kommen garanti mot uønsket resultat. En for sterk fokusering på sikre diagnoser vil føre til økt syk-domsopplevelse i befolkningen og redusert egenomsorgsevne. Forsøk på å utrydde de falsk negative feil vil føre til sterk økning av de falsk positive feil. Dette er verken befolkningen eller helsevesenet tjent med. I den følgende artikkel skal vi drøfte noen av konsekven-sene dette må få for folk flest, leger og andre medarbeidere i helsevese-net, politikere, rettsvesen og media. □

*Eivind Meland og
Steinar Hunskår*

Myten om det ufeilbarlege helsevesen (2)

Ei for sterke fokusering på sikre diagnosar er verken befolkninga eller helsevesenet tent med. I denne artikkelen drøftar vi kva følgjer eit slikt syn kan ha for folk flest, legar og helsevesen, politikarar, rettsvesen og media.

I den forrige artikkelen drøfta vi kvifor usikkerhet og feil er ein naudsynt del av medisinsk verksamhet. Mange feil skuldast ikkje dugløyse, men er ein konsekvens av medisinens sin eigenart og arbeidsmåte. Spesielt var vi opptekne av dei falsk positive feil, der friske personar vert utsett for feildiagnostikk og overbehandling. Desse feila oppstår når testen, prøven eller symptomet viser sjukdom, medan pasienten i røynda er frisk. Vi meiner at ei for sterke fokusering på sikre diagnosar, vil føre til fleire slike feil, auka sjukdomsoppleving og redusert eigenomsorg. Dette veit mange legar og helseteoretikarar. Men korleis er det med våre samarbeidspartnarar i samfunnet elles?

Medikalisering som religion

Vi ønskjer at folk flest skal ha eit realistisk tilhøve til kva medisinsk behandling betyr når det gjeld risiko, feil og usikkerhet. Dette betyr av og til konflikt mellom vårt «ekspertsyn» og det som ved første augekast ser ut til å tene pasienten best. Vi må advare mot ei utvikling der helsetenester i aukande grad blir eit forbrukargode. Lågare tersklar betyr høgre forbruk, og ulikt det mange trur, kan folkehelsa bli redusert. Sjølvbestemt røntgenbilete, innlegging i sjukehus eller medikament etter eige krav er etter vår mening ei ulukke.

Vi ser hos enkelte eit nærmast religiøst ønskje om å kontrollere

helsa si, og dette blir overordna andre sider ved livet. Vi stiller oss skeptiske til ein tendens i tida vi kan kalle «medikalisering». Usikkerhet og ønskje om å gardere seg mot sjukdom vert utnytta av helseindustri og helsearbeidarar si marknadsføring av eigne helsetenester. Nye testar og hyppige helsekontrollar gjer folk avhengige av medisinske og profesjonelle løsingar på allmennmenneskelege problem. Nye helsetenester vert marknadsført på ein måte som gjev folk därleg samvet og auka usikkerhet når dei ikkje tek del. Auka forekomst av falsk positive testar og ein galopperande inflasjon i sjukdoms-omgrep er og ledd i medikaliseringa av folks liv. Etter vår mening er medikaliseringa ei sentral årsak til vår tids «helse-paradoks»: Helsa målt med objektive mål vert betre medan folk flest føler seg meir sjuke enn nokon gong.

Mediafokusering som korsfesting

Mediafokusering på enkelsaker vert av og til grunngjeve med oppdragande og skjerpende føremål. Vi er òg opptatt av best mogeleg kvalitet på arbeidet til helsearbeidaren. Men vi må òg informere om dei rammene som vi arbeider under, og aktivt motarbeide dogmet om det ufeilbarlege helsevesen. Eit eksempel: Det er god kvalitet når allmennpraktikaren i første omgang tek ein kalkulert risiko, og ikkje trur at hovudverken skuldast hjernesvulst. I ettertid vil det kanskje vise seg at han tok feil. Vi er ville til å forsøre denne arbeidsmåten, og vil ikkje delta i «korsfestinga» av einskilde kolleger i pressa.

I motsetnad til etterpåklokska-

pen er medisinien ikkje ein eksakt disiplin! Tenk om laussalspressa ville skrive om det. Det verker som om utviklinga i medisinien gjer at vi heilt misser perspektivet: Talet på kvinner døde i barselseng er i løpet av 50 år redusert frå om lag 100 til 2-3 årleg. Dei 98 interesserer ikkje pressa, men den eine kan bli omtala i media som uakseptabel og sannsynleg feilbehandling.

Ryggen-fri-medisin

Heldigvis får vi ei demokratisering av medisinien med auka rettstryggleik og rettar for pasientane. Nye lover er på trappene. Men sett på spissen kan utviklinga vere varsel om nye rettskrav: retten til risikofrie helsetenester, retten til eit godt resultat, kanskje retten til å vere frisk. Ei slik utvikling står i direkte konflikt med medisinien som fag. Dette vil ytterlegare forsterke ein defensiv medisin der utøvarane sikrar seg sjølv, med overdiagnostikk og medikalisering som resultat. Vi har allerede sett groteske døme på rettskrav mot legar og helsevesen med bakgrunn i «retten til normalitet». Rettsvernet for å bli vurdert må på den andre sida sikrast. Det er fundamentalt i ein velferdsstat.

Feil som rammar pasientane vil vere ei tung bør for helsearbeidaren og. Som legar må vi finne oss i å bli granska, og at vi kan bli stilla til ansvar for uansvarlege handlingar. Men dersom ikkje rettsystemet fangar opp dei innebygde mekanismene for feil, som vi her diskuterer, kan vi få utvikla ein «ryggen-fri-medisin» der føremålet med handlingane er å frita helsepersonell for ansvar og redusere risiko for klager og søksmål. Ein legestand som av redsel for å gjere

feil, ikkje er villeg til å tolke usikkerhet, vil ta ekstra prøver og henvise vidare. Legar som er så skremde at dei aldri tør stille diagnosen: «frisk» og «normal» gjer pasientane bjørne-tenester, jmf. figur 1. Kvaliteten vert dårligare totalt sett: Enkelte stader i USA blir 40% av borna fødde ved keisarsnitt, etter individuell risikovurdering, ein prosedyre som aukar risikoene dramatisk i høve til normal fødsel.

Omsorg og behandling – ikkje advokathonorar

Politikarane sine tradisjonelle løy-

singar på feil-problematikken har vore opprettning av pasientombod og økonomisk kompensasjon til ofra. Vi vonar at politikarane i tillegg til å sikre pasientane når feil og slurv vert avdekka, er villege til å la medisinens eigenart også ha eit rettsvern. Vi må hindre ei utvikling av såkalla amerikanske tilstandar der auken i helsebudsjetta skuldast administrasjon og advokathonorar, og ikkje auka omsorg, behandling og pleie. Vi vonar også at samfunnet vil sikre den portvaktfunksjonen som primærlegane har fått som eit grunnleggande mandat frå samfunnet. Dette inne-

ber ei plikt for legane til å verne om fellesressursane ved å rasjonere bruken av spesialistar, og å vere kontrollinstans for ulike trygdeordningar. I dette ligg og eit vern av pasientane mot overforbruk og skader ved unødvendige helsetenester.

Portnarfunksjonen og rasjone-ringstankegongen er for mange umoderne, og har noko patriarkalsk over seg. Den kan vere på kollisjonskurs med ønskjer i befolkninga, jamfør debatten om opne spesialist-poliklinikkar i Bergen. Men eit marknadsstyrt helsevesen er eit dårlegare helsevesen,



Fig. 1. Heng i folkens! Det er viktig at me finn ut at han feiler noko. Pressa og juristane står utanfor og venter på resultatet!

både når det gjeld kvalitet, økonomi og solidaritet.

Innleiving og forståing når feil skjer

Når feil vert oppdaga, må dei rapporterast, reparerast og forklarast. Pårørande og andre instansar må få innblikk i vurderingane, og diskusjon omkring usikkerhet må kunne først opent utan at rettsførfølging er hovedtema. Vi må

unngå at feil vert hemmeleghalde framfor å verte analysert systematisk. Vi har også sett mangel på gode rutinar i møte med pasientar når feil er eit faktum. Informasjon, innleiving og forståing kan oppkla re mykje bitterhet og forestillingar om hendingsforlaupet.

Forsøk på å gjøre medisinen til eit fag utan feil vil føre til defensiv og dyr medisin, rydde veg for juristane, forsterke det psykiske presset, og skape unrealistiske for-

ventningar om at medisinsk undersøkelse og behandling ikkje er risikabelt. Det er ei utvikling som ikkje tener helsevesenet, samfunnet i det heile eller folkehelsa. □

Eivind Meland og
Steinar Hunskår
Inst. for allmennmedisin
Ulriksdal 8C
5009 Bergen



Lege uten syn for attest?

En dag fikk legen besøk av en vordende soldat med hvit stokk. Han sa han måtte fritas fra militæret fordi han var blind. Legen syns det var forståelig at han skulle slippe militæret. Militæret kunne ikke ha behov for blinde soldater. Attest ble utfyldt. Den vordende soldat (som snart verken var vordende eller soldat, håpet han) gikk lykkelig ut av kontoret, kastet den hvite stokken og tenkte at dette måtte feires. Han bestemte seg for at han ville gå på kino den kvelden. Til sin store forbauselse ble han sittende ved siden av legen på kino. Her var gode råd dyre, tenkte han. Han utbrøt derfor med høy røst i salen:

«Unnskyld, men går denne bussen til Sarpsborg?»





Når nettene blir lange...

UTPOSTEN's edb-spalte

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

Kontaktperson:

John Leer, 5305 Florvåg.

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

E-post: G=john S=leer P=ccmail A=telemax C=no

INTERNET

Vi har såvidt nevnt Internet i et par tidligere nummer i denne spalten. Med den oppmerksomhet og utbredte bruk dette verdensomspennende elektroniske informasjonsnettet nå har fått, er det på sin plass å informere noe mer i detalj om hvordan Utpostens leseere også kan få adgang til Internet.

Internet er et ikke-kommersielt verdensomspennede elektronisk nettverk som gir adgang til tusenvis av edb-nettverk og servere i alle verdensdeler. Ingen «eier» Internet og hvor mange ti-talls millioner millioner brukere nettet har, er det ingen som vet med sikkerhet. Nettet brukes til å sende og hente informasjon via elektronisk vei med stor hastighet. En melding fra en bruker i Norge når mottakeren i Australia i løpet av sekunder eller få minutter, og når du sender ut en forespørsel om et emne kan du motta mange ekspertsvar på kortere tid enn du bruker på å slå opp i egne bøker. Nettet kan transportere tekst, bilder, video og lyd.

I USA, Canada og England brukes Nettet aktivt av helsearbeidere – særlig leger. For å følge med i denne utviklingen og bli informert om eksisterende og nye aktiviteter er Fam-Med, som administreres av legen Paul Kleeberg i USA, et utmerket nyhetsforum. Du kan abonnere (gratis) på nyhetsbrev som så kommer elektronisk 1-2 ganger i uka. Den komprimerte «Digest»-utgaven er greiest, for den kan du skumme

gjennom på 5-10 minutter. En annen informasjonskilde jeg har hatt mye glede av er Edupage som gir informasjon om hva som skjer på edb-fronten generelt rundt om i verden. I Canada har de nå satt sammen forskjellig gratisverktøy og samlet oversikt over medisinske informasjonsdatabaser i HealthNet. Denne informasjonen leses med hypertextleseren Netscape (nyeste) eller Mosaic i WorldWideWeb(WWW), en fantastisk oppfinnelse av engelskmannen Tim Berners-Lee. For å få en total oversikt over hva som finnes av medisinsk informasjon verden over kan du skaffe deg dokumentet «The Medical List» (Guide to On Line Medical Resources) ved Gary Malet (Family Physician) og Lee Hancock (Education Technologist). Dokumentet er omkring 100 sider langt og kan hentes i komprimert form som «medlst94.txt».

Hvordan komme igang og finne fram?

Basis er selvfølgelig en PC eller Macintosh, modem og telefon. For enkleste bruk med bare tekst (ASCII-format) og kontakt via elektronisk post kan du klare deg med en dos-maskin og et relativt langsomt modem. Hvis du vil «surfe» på nettet og bruke grafiske grensesnitt på maskinen og klikke deg omkring med tastatur og mus, og kanskje lyd og video etter hvert som du blir litt av basillen, trenger du en raskere maskin og

modem: helst en 486-maskin og et modem på 14.400 Baud eller aller helst 28.800 (V.34-standarden).

Du kan kontakte et av firmaene som selger Internet-tilgang. Det beste er å få en SLIP- eller en moderert utgave av denne. De utbyerde jeg kjenner til i øyeblikket er Oslonett og EU-Net. EU-net finnes etterhvert i flere av byene i Norge, i Bergen med navnet Vestnett. Er du så heldig å kunne få adgang til nettet via et av universitetene eller en av høyskolene (f.eks. som hjelpearer eller lignende) er det også en flott mulighet for å komme i gang.

Tilkoblingskostnadene er ikke avskrekende. Du kan velge forskjellige nivå med forskjellige muligheter og innhold og kan komme i gang med en tilkoblingskostnad fra 200 kroner og oppover. Selve bruken kan være gratis – bortsett fra telefonregningen – eller koste noen kroner pr. time – avhengig av abonnementstype og tid på døgnet. Når abonnementet er klart, får du en påloggingskode med brukernavn og passord og en adresse for elektronisk post med et format som f.eks. johnleer@oslonett.no. I abonnementsavtalen inngår også programvare for oppringning med modemet, elektronisk postprogram, Mosaic eller Netscape og ofte en News-leser. Etter en ganske enkel installasjonsprosedyre for programmene kan du ringe opp og logge deg på og så er du klar for en tur på Internet.

Fam-Med

Du vil kanskje tegne deg som mot-taker av Fam-Med? Det gjør du enkelt ved å sende en e-mail til Paul@gac.edu og angir «subscribe» eller «subscribe Digest». Paul vil straks han mottar meldingen din sende deg en bekreftelse på at du er kommet med på listen. Han vil også be deg sende litt mer informasjon om deg selv og dine interesser. Det kan du trygt gjøre!

Hvis du vil hente tidligere utgaver av Fam-Med kan du gjøre det med FTP (file transfer protocol) hvor du ftp til gac.edu og /pub/fam-med. Du logger deg inn som «anonymous» og bruker din elektroniske postadresse som passord. Enklere og mer oversiktlig er det å bruke et program som heter Gopher, som også ofte er med i abonnementspakken eller du kan hente det gratis på de fleste servere i Internet, og med Windowsversjonen av Gopher kan du klikke deg fra menyinivå til nivå: -til- «Other Gopher Servers» -til- «North America» -til- «USA» -til- «Minnesota» -til- «Gustavus Adolphus College» (herav adressen «gac») -til- «Libraries and References» -til- «Medical References» -til- «Archive:fam-Med – Computers in Family Medicine» – hvor du så finner hele listen med Fam-Med-utgavene og kan plukke ut og hente til din maskin den eller de du vil ha. Senere kan du lese filene hjemme i fred og ro etter at du har logget ut og telefonlinjen igjen er ledig for annet bruk enn pipe- og suselyder fra modemkommunikasjonen.

Riktig morsomt blir det når du tar i bruk WWW med Mosaic eller Netscape. Her kan du hente fram hypertextdokumenter som genereres ved hjelp av innhentet informasjon fra forskjellige kilder rundt om i verden og hvor du i dokumentets linker kan klikke deg videre til nye kilder. På den måten kan du «surfe» omkring i Internet på jakt etter informasjon. Med WWW kan du enkelt få inn bilder, lyd og video om du ønsker, men lyd og video krever god maskinkapasitet og høy modemhastighet.

Med FTP eller et Windows-FTP-program bør du hente (eller få en kopi av en som allerede har hentet) «HealthNet to Go». Dette er en programpakke laget av Michael Pluscauskas (Canada) pakket som tre ZIP-filer og som kan hentes med ftp fra pb1.hwc.ca – gå til directory pub/healthnet og hent disk1.zip + disk2.zip og disk3.zip. Når du har fått over disse tre relativt store filene til din egen harddisk, skal de pakkes ut med programmet pkunzip.exe. Hvis du ikke allerede har det, kan det også hentes på samme server. Det ligger på samme område som de 3 zip-filene. Utpakkingen skjer til tre 1,44 Mb disketter. Når det er gjort, har du en fiks ferdig programpakke som skal installeres på din maskin via Windows med setup. Pakken installeres i en ny programgruppe (Health Net): Netscape, TrumpetWinsock, Trumpet News-leser + E-mail, L-view for å se på grafikk, Meg Viewer for å se på videobiter og Telnet Client. Netscape kommer med en ferdig INI-fil som peker til en rekke medisinke WWW-servere rundt om i Canada, USA, Europa, Australia, Afrika og Asia – med hovedvekt på det amerikanske kontinentet. Netscape kan du senere la erstatte Mosaic og bruke som din faste «WWW-browser». Den er raskere og har flere fasiliteter enn Mosaic, og det beste av alt; du kan lese tekst som klargjøres raskt mens programmet arbeider med å gjøre ferdig bilder etc. i dokumentet, i motsetning til Mosaic hvor du ikke får noe på skjermen før hele hypertextdokumentet (html-formatet) er ferdiglaget på din maskin. Og en ting til; du kan lagre dokumentet til egen fil hvis du ønsker å lagre det hos deg. I NetNews kan du delta i og følge med i diskusjoner om emner du er opptatt av. Listen over News-emner er meget omfattende!

Status i Norge

I Norge er det flere hundre tusen Net-brukere og vårt Uninett er

godt utbygget. Faktisk er Norge et foregangsland i bruken av og tilgangen på elektronisk informasjon. Kirke- og Utdanningsdepartementet har såvidt jeg vet som målsetting at også alle landets videregående skoler skal få Internet-tilknytning via Uninett i de kommende år. Jeg mener norske helsearbeidere må bli selvskrevne brukere av dette informasjonsmaterialet. Mange hevder at utbredelsen og bruken av Internet er et større teknologisk og kommunikasjonsmessig utviklingssprang enn hva oppfinnelsen av telefonen var.

Med riktig bruk og ivaretakelse av sikkerhet, kryptering og personvern kan dette utmerket bli vårt framtidige kommunikasjonsverktøy innad i helsevesenet, mellom primærleger og mellom første- og andrelinjetjenesten, og for å hente oppdatert faginformasjon, oppslag om diagnostikk og behandling, online videreutdanning, telemedisin, spesialistkonsultasjon osv. osv. Mulighetene ligger og venter. Nå må alle framsynte norske allmennpraktikere lære seg å håndtere mediet. Så kan vi utvikle bruksmåter og bruksområder i samarbeid med teknologer og teknokrater. □

John Leer



1. For å få en ide om hvordan hver og en av oss i framtida kan lage våre egne www-sider kan du peke din Mosaic eller Netscape til URL:<http://128.138.144.71/Leer/ansa.html>
2. Oppdaterte versjoner av «The Medical List» kan du hente med Gopher: URL: <gopher://una.hh.lib.umich.edu/11/inetdirs/mediclin:malet> med Mosaic: URL:<http://kuhttp.cc.ukans.edu/cwis/units/medcntr/Lee/homepage.html>

Veiledning og veileder i fokus

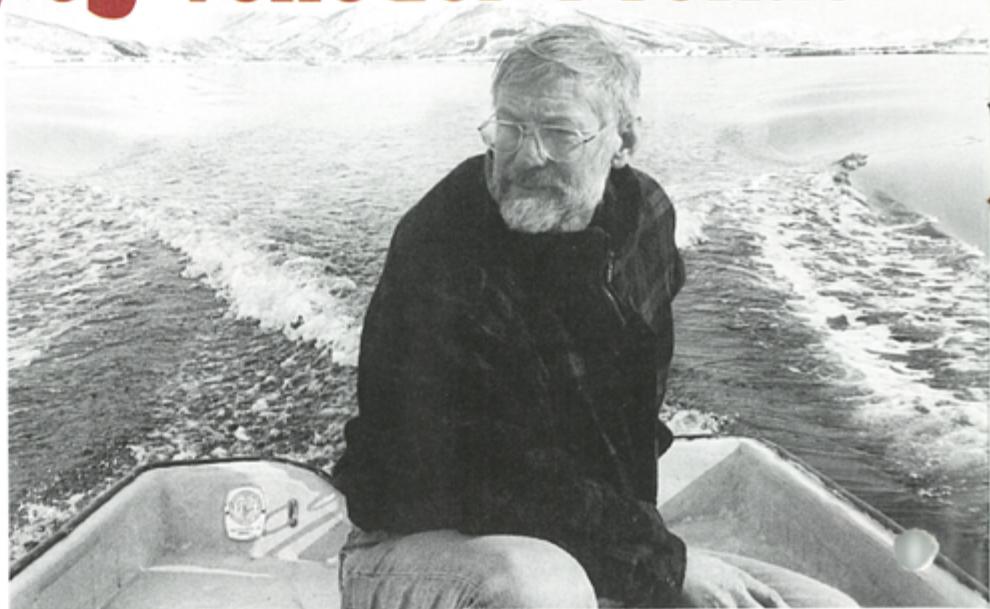
Arne Vassbotn
intervjuet av Betty Pettersen

Nye toner, humpete veier, varme tanker, veileder-avhengighet, glede og sørger ved å være veileder: Vi intervjuer Arne Vassbotn, allmenn- og samfunnsmedisiner i Sortland i Vesterålen i mer enn 20 år, og veileder fra mange år tilbake.

«Ring Arne» – hvor mange ganger har jeg ikke gjort det, og visst at det ville hjelpe? Hvor mange ganger har jeg ikke gjort det og blitt fortvilet over at han ikke var tilstede? Den godmodige, nærmest saktmodige, likevel muntre og engasjerte veileder, – jeg blir liksom ikke ferdig med ham. Han er støpt fast i min bevissthet, han er blant de fremste referansepersonene i mitt liv – både faglig og personlig, han diskuteres stadig når jeg treffer felles kolleger og han kommer alltid godt ut! Det er med meg som med forbryteren – jeg vender stadig tilbake til åstedet – til min veileder.

Veiledning innenfor allmenn- og samfunnsmedisin er etablert som noe av det sterkeste og beste ved spesialistutdanningene. Det har bidratt med viktig fagutvikling, kontinuitet i legetjenestene, og motivert til utdanning av mange spesialister. Det har nok hindret en del brennende kolleger fra utbrenning. I tillegg er vi litt kry av at flere andre spesialiteter følger hakk i hæl med systematisert veiledning og av internasjonal oppmerksamhet rettet mot dette utdanningselementet.

Men det er kommet andre toner i lovsangen. Vi hører om veiledere som ikke orker flere grupper, om



spesialister som knapt har tenkt tanken på selv å utdanne seg til veiledere, om veiledning som er blitt minikurs over en weekend – med røkejakke og tre-retters middag, om kandidater som ikke finner en «egnet veileder». Når vi kontakter kolleger for å få dem på veilederkurs er det så mange andre ting som må prioriteres...

Så jeg må snakke med Arne igjen, – om veiledning denne gang.

Trøster og fødselshjelper

Man må definere hva veiledning er hver gang man bruker begrepet, sier Arne. Og det forstår jeg jo, – selv om det i denne sammenheng er opplagt hva vi snakker om. Vi snakker om den veiledning som gis til leger som skal bli allmennmedisinere og samfunnsmedisinere, – av en erfaren kollega. Vi snakker om det mystiske som skjer mellom kolleger, i en prosess over lang tid, i gruppe, og med kontinuitet...

Arne Vassbotn har vært mange nybakte og erfarte kollegers trøst og fødselshjelper inn i allmennmedisinen. Han var med på det første kullet av veiledere som ble utdannet, og har veiledet tre grupper i allmennmedisin og 2 kandidater i samfunnsmedisin.

Vi kan ikke bare møtes i helger!

Med forsiktig fasthet erklærer han at han «er ikke udelt glad for at det skusles med grunnmodellen for allmennmedisinsk veiledning (3 timer annenhver uke). Det er ville veier når veiledning blir kurs, når man møtes hvert halvår og/eller prøver få lagt inn 26 timer veiledning i løpet av en lang helg. Veiledning er en prosess over tid, det handler om så mye at det ikke kan gjøres uten god og nært kontakt over lang tid. Det er ikke et spørsmål om å få inn fagstoffet, men om å få tid til fordyppning, til å snakke sammen og vurdere grunnene til at vi gjør som vi gjør – det er å reflektere over etikken i vårt virke. Dette gjør vi ikke så inspirert og så knyttet opp til hverdagslivet som det skal være dersom vi møtes bare en sjeldent gang i helger!» Men han merker problemene med samle folk hver andre uke – over lang tid. Det er vanskeligere å danne grupper nå – og vanskeligere å få dem til å fungere som grupper. Likevel mener han at for å få en god veiledningsprosess kreves det gjensidig forpliktelse på å møte 3 timer annenhver uke. Jeg vet han selv oppfyller dette, – han spør selv

aldri om endring av møtedatoer for veiledningen.

My veiledningspedagogikk?

Arne prøver stadig å lære noe nytt, – er tilstede i hverdagen og prøver finne løsninger på problemene. Samtidig som han er åpen for nytt, er han klar over sine begrensninger, – og skal føle seg sikker før han trår ut på noe nytt. Det var derfor ikke overraskende å høre ham snakke med glød om nye metoder og muligheter innenfor veiledningspedagogikk. Det til tross for at han sier han ikke får det nye til, at han er usikker på om han kan klare å få det til i den type gruppe han har. Han har ikke kandidater som beskriver sine problemer på et ark, er forberedt på konkret veiledning på dette og er fornøyd med å ha fått slik veiledning. «Jeg strever med noe som ikke var aktuelt i begynnelsen, som ikke ble vektlagt i veilederutdanningen i begynnelsen – men som er fornuftig, nemlig mer konkret og individrettet veiledning,

– «enda mer alvor». Jeg har nok en mere løs form på mine grupper, det er mindre presis veiledning.»

Samtidig mener han at kandidatene må ta en del av skylden for at veiledningen ikke blir slik de nye idéer tilslører: «Det er ikke enkelt å få kandidatene til å ta det så seriøst, til å tørre gå så konkret til verks med seg selv som dette krever. Avhengig av gruppestørrelsen er det vel også greit å skjule seg.»

Gleder ved veiledning

«Det ligger mange gleder i veiledning. Det er forferdelig (han har skikkelig trykk på r-ene!) godt å se at kolleger kommer tafatte og avventende og gjennom veiledningen blomstrar opp, – at erfarte kolleger forteller om blundere eller problemer – og ser de unge kol-

legene glede seg over at også erfarte leger kjenner på slikt. Det er fint å se at man ikke må forstille seg, at alle opplever vanskeligheter i yrkesutøvelsen. Samtidig er det godt å dele gledene ved å være lege!» Han mener spesielt den lille oppstarts-sekvensen med «hva har hendt av positivt og negativt siden sist?» er meningsfull. Veiledning er for Arne så positiv at han savner det når han i korte perioder ikke har hatt gruppe. Han mener han får mye personlig igjen for gruppene, og faglig henter han også noe. Det er en sikkerhetsventil for ham, – han kan «ta ut» noe i gruppa, han også. Han tar det tungt dersom man ikke møter opp. Som han sier: «Hvis forklaringen på fraværet er veldig god, da savner man bare

utsatte jobb-bytte og flytting til de var ferdig med veiledningen. Det ser ikke slik ut nå. Gruppene har mistet sin stabiliseringseffekt nå, i alle fall i den type distrikt som jeg jobber i!» Og han avslutter ettertenksomt her, – «vi kan jo ikke bruke spesialistutdanningen til å holde på eller få folk i kommunene her...»

Veiledningens betydning for helsetjenesten

Men veiledning bidrar til at kommunene får jobbsøkere, og til rekruttering av nye leger. Hans egen og omkringliggende kommuner bruker derfor tilbudet i annonser og kontakter med potensielle søker. «Vi har kolleger som fra tidlig i sin karriere er bevisst at de vil inn i allmenn- eller samfunnsmedisin – og de ser i annonsene etter tilbud om veiledning. De forhører seg om hvem som leder gruppa og hvem som er med, – og lar det være viktig for avgjørelsen om hvor de tar jobb.»

På mitt spørsmål om veiledningens funksjon som et kvalitetssikringstiltak er han beskjeden og forsiktig: «Det er nok de samme som bærer veiledningen og kvalitetssikringen, – i alle fall i vårt område med relativt mange unge leger. Samtidig er det å kunne tilby veiledning et kvalitetstrekk ved den totale helsetjeneste i regionen.» At han ikke kan være litt mere selvsikker, tenker jeg, at han ikke kan si at det er klart at veiledningen bidrar til at vi vurderer vår arkivpraksis, går inn i diskusjon med medarbeiderne om adferd på telefonen, at vi måler blodtrykket mere nøyaktig og at vi behandler kloakksaker bedre osv. Men slike sier ikke Arne.

Veiledning gir ikke kontinuitet i stillingen!

Mange har hatt forventninger om at veiledningsgruppene skulle sikre kontinuiteten, spesielt i distrikter med ständig vakans. Arne har ikke slike forventninger lenger. «Det er vanskeligere å danne grupper nå og få dem til å fungere som grupper over tid. Deltagerne reiser mer, og kommer og går i jobbene, og betrakter ikke deltagelsen i gruppen som noen hindring i forhold til å bytte jobb. De vil gjerne inn i gruppene, og det er vansklig å nekte dem deltagelse, men så forsvinner de før gruppen er ferdig. Tidligere var det ofte slik at folk

Et par hjerte-nære medaljer sagt til Arne om Arne:

“Hadde det ikke vært for veiledningsgruppa di hadde jeg aldri vært allmennpraktiker!”

“Jeg var i ei anna gruppe, – men det var godt å være i di gruppe!”

vedkommende, men «kurs i London med industrien» som grunn gir oppriktig sorg».

Veiledning gir ikke kontinuitet i stillingen!

Mange har hatt forventninger om at veiledningsgruppene skulle sikre kontinuiteten, spesielt i distrikter med ständig vakans. Arne har ikke slike forventninger lenger. «Det er vanskeligere å danne grupper nå og få dem til å fungere som grupper over tid. Deltagerne reiser mer, og kommer og går i jobbene, og betrakter ikke deltagelsen i gruppen som noen hindring i forhold til å bytte jobb. De vil gjerne inn i gruppene, og det er vansklig å nekte dem deltagelse, men så forsvinner de før gruppen er ferdig. Tidligere var det ofte slik at folk

Å fortsette å være god veileder – og Arne Lie
Hvordan skal så en god veileder

kunne fortsette å være god? Hva kan vi gjøre for å holde på veilederne? Han understreker faglig påfyll, – veilederen må ikke gå tom. Han nevner først utdanningen til veileder, – som gav ham de viktigste referansepersonene i livet og som ga en betydningsfull opplevelse av å skulle «bygge allmennmedisinske tårn». «Det bør holdes «oppfriskningskurser» for veiledere – la dem komme sammen og opp-

Det har betydd uhorverdig mye for meg å kunne dra på internasjonale kongresser, som for eksempel WONCA-kongressene.

ildnes av faget og hverandres erfaringer. Veiledningspedagogikk er naturlig tema, men bare det å treffe personer som man har vært nær på tidligere tilsvarende kurs er svært viktig. Det er også snakk om spesielle prosesser når en blir veileder!»

«Å tilhøre veilederkorpset», – det er godt det. Men da må noen holde dette frem som er viktig verdi! Her åpner Arne for noe som mange nok savner å få satt ord på, nemlig sorgen over at Arne Lie er borte fra Legeforeningen og spesielt fra veilederutdanningen. «Han skapte begeistring. Han sto for noe samlende, til tross for at han «kom utenfra» – dvs. ikke var medisiner. Han hadde alltid et oppmuntrende ord, selv om han ikke leflet med oss, – han gav positiv kritikk og gav synlig anerkjennelse for det han mente var verdt det. Han kjente veilederkorpset godt – og fulgte det opp.»

Det er viktig at Legeforeningen følger dette opp, at man investerer i de som er eller har vært i gang – får dem til å ta en gruppe til. For egen del kan intervjueren nevne at de kanskje kan gi veiledning i en

annen del av sitt fagspekter, – f.eks. er det mange allmennmedisinske veiledere som er høyt kompetente samfunnsmedisinere. De kunne kanskje synes det var en morsom «avveksling» å kjøre en samfunnsmedinsk gruppe en tid. Selvsagt omvendt også!

«Det har betydd uhorverdig mye for meg å kunne dra på internasjonale kongresser, som WONCA-kongressene. Det er utrolig godt, – og samtidig skremmende selvsagt, – å kjenne at man tilhører et verdensomspennende laug, – at noen av oss har brukt masse tid og kløkt på å lage det beste for oss andre, – både faglig og sosialt. På slike kongresser er det ofte et svært bredt spekter av faglige tilbud, og man kan få mye med seg relativt enkelt.» Så enkelt kan det også sies, når det kommer fra hjertet!

Brutal ærlighet

På det meste personlige plan mener Arne, – aner jeg en liten skadefro undertone eller er det et sukk? – at alderen kan sette visse begrensninger i forhold til vedlikehold og utvikling av veilederen: hvor tilstivnet er en? Det er ikke lett å se på seg selv – «jeg prøver – men det er vanskelig!» Men han syntes at det kurstilbuddet Legeforeningen gav med tanke på å ta vare på kolleger i vansker var spesielt godt, nettopp for å lære gode teknikker i forhold til dette. Han lærte der at «brutal ærlighet» kan bryte mange

barrierer – og han lurer på om gruppene han har ledet har vært for lite brutalt ærlige?

Veiledningens fremtid

«Kravene til forberedelser, deltagelse og åpenhet må ikke bli så store at kandidatene ikke kommer. Det må ikke bli en tilleggsbelastning i en krevende hverdag». Samtidig mener han at evalueringene av gruppene kanskje er for tamme – alle føler seg i glasshus – alle føler at de ikke alltid har satset alt det de burde – og da må alle være snille mot alle. «Men vi må ikke gi steiner for brød, ikke være umenneskelige, – det skal ikke være et helvete hverken å være kandidat eller veileder. Når vi gir så mye som hverdagen gir mulighet til så kan vi ikke kreve mer av hverandre.»

Nyttårsfortsetter

«I arbeidet har jeg gitt det jeg kunne gi. Om jeg skulle sette meg noe nyttårsfortsett måtte det være å bruke mer tid på å tenke over hva som virkelig er til gagn for meg selv, ungene og kjerringa mi.» Sier han, veilederen min, som har flere båter i naustet enn på vannet, som er en oase og en pekefinger, et lunt smil og en god latter. Og som bidro til at jeg fortsatt tror vi skal rekruttere både kandidater og veiledere, og at veiledning er kjempeviktig, godt og overkommelig! □



PULMICORT TURBUHALER® "DRACO"

Kortikosteroid ATC-nr: R03B A02
INHALASJONSPULVER: 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose: Hver dose innh.: Budesonid. 100 µg resp. 200 µg et 400 µg. Egenskaper: Ved bruk av pulver inhalator (Turbuhaler) oppnås lokal effekt. Preparatet inneholder ren budesonid, dvs. ingen hjelpe-stoffer eller drivgasser. Absorpsjon: Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absorberes derfra. Maks. plasmakonsentrasjon etter inhalasjon av 1 mg budesonid er ca. 3,5 nmol/l og nás etter ca. 20 min. En enkeldose på 100-1600 µg har en virketid på 10-12 timer. Metabolism: Ca. 90% av dosen som når systemisk kretslopp inaktivertes i leveren (første-passasje). Indikasjoner: Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller kromoglikat. Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet overfor budesonid. Bivirkninger: Lett halsirritasjon, høste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candidainfeksjoner i munnhule og sveig kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervositet, ure og depresjon samt adferdsstyrrelse hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved behandling med andre glukokortikosteroider). Hos enkelte pasienter på høy dosering er det påvist binyrebarksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. Forsiktighetstrekk: Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres øye. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinitt, eksem, muskel- og ledssmerter) på grunn av minsket generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med fornyet systemisk behandling. Graviditet/amming: Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes pga. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. Overgang i placenta: Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvingende nødvendig. Overgang i morsmilk: Opplysninger foreligger ikke. Dosering: Initiativ, under perioder med alvorlig astma, ved dosereduksjon og eventuell seponering av peroral behandling med glukokortikosteroider anbefales følgende dosering: Voksne: 200-1600 µg daglig, fordelt på 2-4 doseringer. I mindre alvorlige tilfeller: 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Dosering 2 ganger daglig er vanligvis tilstrekkelig. Dosering 1 gang daglig vil kunne være aktuelt for pasienter som ikke trenger mer enn 400 µg pr. dag. Der man ved mildere former for astma har fått tilfredsstillende effekt av 400 µg x 1, kan man prøve om lavere doser er tilstrekkelig. Dosen kan gis enten om morgenen eller om kvelden. Dersom optimal behandling ikke oppnås med denne dosering, bør doses og doseringshyppigheten økes. Barn ≥ 6 år: 200 - 800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Forsiktighet utvises ved doser på 800 µg pga. fare for binyrebarksuppresjon. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterk slimproduksjon bør initiativ (og over en kortere periode - ca. 2 uker) få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved exacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimpudder. Vedlikeholdsdoze: Når den ønskede kliniske effekt er oppnådd, bør doses gradvis reduseres til den lavest mulige dose som holder astmasymptomene under kontroll. Dosering 2 ganger daglig - morgen og kveld er som oftest tilstrekkelig. Steroidavhengige pasienter som overføres til Pulmicort bør være i stabil fase. Ved overgang fra peroral steroidbehandling, gis Pulmicort (høydose) i kombinasjon med vedlikeholdsdosene av oralt steroid i ca. 10 dager. Deretter reduseres den orale doses gradvis med f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsv.) pr. måned til lavest mulig dose. I mange tilfeller vil det være mulig å substituere den perorale kortikosteroidbehandlinga helt med Pulmicort Turbuhaler. Andre opplysninger: Hver dose tilmåles ved vriddning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Det er viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt andedrag via munstykket, selv om kravet til inhalasjonsteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol. Pasienten trenger hverken kjenne noen smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden av dette i en dose er meget liten. Det er viktig å instruere pasienten i å skylle munnen godt med vann og spytte ut etter hver dosering. Pakninger og priser: 100 µg/dose: 200 doser kr. 315,10. 200 µg/dose: 200 doser kr. 508,40. 400 µg/dose: 50 doser kr. 293,30, 200 doser kr. 854,30. (01.01.95)

T: 2, 30

Pulmicort® Turbuhaler® er
eneste inhalasjonssteroid
med denne fordelen:

"Dosering 1 gang daglig
vil kunne være aktuelt for
voksne pasienter som ikke
trenger mer enn 400 µg pr. dag."

(Felleskatalogen)



200 doser
Pulmicort®
Turbuhaler®
400 mikrog/dos
Inhalationspulver
Budesonid.
DRACO Lund, Sverige

Budesonid
Pulmicort®
Turbuhaler®

ASTRA
Astra Norge

Astra Norge AS. Postboks 1, 1471 Skårer
Telefon 67 92 15 00. Telefax 67 92 16 50

Astmaskole – en miniklinikk i allmennpraksis

Tekst: Ola Storø



Ola Storø, født 1955.
Spes.alm.med. 1991.
Alm.praksis med driftstilkudd
i Melhus Kommune siden
1986. Cand. med. Oslo 1982

Det ble i 1993 startet opp et astmautdanningsprosjekt for barn med astma og deres foreldre ved 4 legesentra i Sør-Trøndelag; Risvollan Legesenter, Hallset Legecenter, Bjugn Legekontor og Lundamo Legesenter.

Prosjektet har vært et samarbeide mellom legesenterene og astmapolisiklinikken ved Barneklinikken ved Regionssykehuset i Trondheim. FISONS NORGE A/S har bidratt til gjennomføringen, og støttet prosjektet økonomisk.

Bakgrunnen for at dette ble startet var dels et ønske om å finne fram til en arbeidsform i allmennpraksis for diagnostikk, medikasjon, kontroll og oppfølging av barn med astma. I faglitteratur (1,2), presseoppslag og fra interesseorganisasjoner som Norges Astma- og Allergiforbund, er det framsatt kritikk om mangefull medisinering, samt tilfeldige og tildels dårlige kontrollrutiner. Målsetningen har vært å opprette miniklinikker hvor personalet ved legesenteret skulle være aktive deltagere i direkte kontakt med pasientene. Dels var målsettingen også å finne fram til en bedre faglig tilnærming til en stadig større gruppe pasienter i vår daglige praksis, og å bedre pasientenes egenomsorg.

Astma er i dag den hyppigste kroniske sykdommen hos barn under 15 år. Forekomsten er økende og ligger hos barn på ca 10%, mens den hos voksne er på 2-3%.

Vi gjennomførte i løpet av 1993 vår astmaskole for astmapasienter med mild/moderat astma, definert som brukere av mer enn 3 doser B2-agonister/uke, og inntil 400mg inhalasjonssteroider pr. dag (3). Øvre aldersgrense var 25 år.

Prosjektets mål kan oppsummeres:

- 1) Bedre pasientens egenomsorg
- 2) Frigjøre tid for allmennpraktikeren i hverdagen
- 3) Lære opp medarbeiderne til oppfølging av disse pasientene i framtiden.

Prosjektet ble gjennomført på de 4 legesentrene hvor det til sammen ble inkludert 45 pasienter i alderen 1-20 år. 9 falt fra grunnet flytting, skolegang, ny jobb, tidsproblemer eller familiære årsaker. For de som gjennomførte var aldersfordeling-

en fra 1 til 18 år med gjennomsnittsalder 7 år. Inklusjonskriteriet var mild til moderat astma etter gjeldende definisjon. Pasientene ble plukket ut av de behandelnde leger.

To astmasykepleiere fra allergologisk poliklinikk, Barneklinikken, RiT, reiste ut til legesenterene hvor de gjennomførte et standardisert utdanningsprosjekt med i alt 5 individuelle konsultasjoner hver på en time. Medarbeiderne på legesentrene var i størst mulig grad til stede med henblikk på opplæring. Opplegget for undervisningen og innholdet i denne ble utformet av de ansvarlige legene i samarbeide med astmasykepleierne og med veileding fra overlege Sverre Slordahl ved allergologisk poliklinikk RiT.

Ved oppstart av prosjektet fylte pasientene ut et utredningsskjema hentet fra NSAMs handlingsprogram (4). Det ble utarbeidet prosedyreperm, med sjekklisten for de punkter som ble gjennomgått (se tab.1).

Skjema med kommentarer ble forelagt legene etter hver konsultasjon.

Medikasjon og behandling ble beskrevet etter en trafikklysmetode hvor behandlingsoppleggene ble oppdelt i soner(5):

Grønn sone:

Stabilt funksjonsnivå, tilfredstilende daglig funksjon, definert PEF-verdi mellom 80-100% av beste verdi.

Gul sone:

Noe forverring med behov for økende medikasjon, PEF mellom 60-80% av beste verdi.

Rød sone:

Betydelig astmabesvær med PEF under 60% av beste verdi.

For hver sone ble det i heftet gitt en beskrivelse av de symptomer pasienten kan ha og den medikasjon han skal bruke, samt på hvilken indikasjon han skal ta kontakt med lege/legevakts.

Astma-disponerende faktorer med spesiell vekt på inneklima og røyking ble gjennomgått.

Pas. fikk utdelt følgende informasjonsmateriell:

- Gode råd II, «Astma og fysisk aktivitet hos barn og unge»
- Gode råd IV, «Astma hos barn og unge»
- «Verdt å vite om astma»
- «Anders har astma», Tegneserie
- Tegneserievideoen «Anders har astma»

Resultater

Etter at alle pasientene hadde gjennomført 5 konsultasjoner hos astmasykepleier ble prosjektet evaluert i form av et spørreskjema til foreldre og barn. Vi ønsket å evaluere trafikklysmetoden, endring i sykdomsinnsikt, sykdomsferd/ angst, forekomsten av sykdom, endringer i miljø -inkludert røykeadferd og innmiljø- samt evt. endringer i bruk av helsetjenester. Vi ville gjerne også vite noe om astmaskole som metode, og vårt opplegg spesielt. Resultatene viste at over 90% hadde forstått trafikklysmetoden, og at dette hadde gjort det lettere å forstå og kontrollere astmasykdommen. Hele 68% av røykerne anga endrede røykevaner. Innmiljø, økonomiske rettigheter og bruk av hjelpemidler var også bedret for 70-80% av deltagerne. Sykdomsangst og bruk av legevakts ble redusert med 50%. De aller fleste var fornøyd med kursets omfang, og samtlige syntes astmaskole var en svært godt egnet informasjonsmetode.

Etter 6 måneder ble evalueringen gjentatt, og det viste seg at de

Besøk I:

Anamneseskjema
– gjennomgang
Inhalasjonsteknikk
Gjennomgang av medikamentyper
Hva er astma
Utlån av videoen «Anders har astma»

Besøk II:

Repetisjon
PEF-gjennomgang av teknikk m.m.
Flow Screen (Spirometri)
PEF/Symptom-hefte
– gjennomgang
PEF-dagbok
Årsaken til astma.Sanering

Besøk III:

Repetisjon
PEF
Flow-screen
Oppfølging på sanering og miljø
Astma i forhold til barnehage/skole

Besøk IV:

Repetisjon
PEF
Flow-Screen
Oppfølging på sanering og miljø
Psykososiale forhold
Trygderettigheter

Tabell 1.

konkrete kunnskapene om astmasykdommen da hadde avtatt betydelig, og ingen av de opprinnelige røykerne var ikke-røykere etter 6 måneder. Adferdsendringene hadde derfor sannsynligvis kort levetid. Kunnskapene om medikasjon, PEF, trafikklysmetoden og egenbehandling var intakte, og passer godt sammen med vårt inntrykk av at disse pasientene stort sett aldri kommer med akutte astmapager lenger.

I tillegg ble det gjennomført en evaluering med «fokusgrupper»

(6,7). Dette er gruppessamtaler hvor en nøytral gruppeleder samler deltagerne til samtale omkring erfaringer fra prosjektet. Strukturen skal være løs, men gruppeleder søker å få reaksjoner på en del sentrale emner. Gruppene tas opp på video. Videofilming lyktes teknisk kun i en av gruppene. Resultatene herfra var sammenfallende med kommentarene over, men det kom spesielt fram ønske om røykeavvenningsgrupper og møter for foreldrene til barn med astma for å utveksle råd og erfaringer.

Diskusjon

Astmautdanningsprosjektet ble positivt mottatt av deltagerne. Oppmøte og kontinuitet var svært god, og tilbakemeldingene i evalueringen tyder på at dette er et velkomment supplement til tradisjonell allmennpraksis. Barn med astma er kronikere, og den samme formen kan tenkes å fungere overfor andre kronikergrupper som diabetikere, reumatikere, hypertonikere og evt. andre. Arbeidsformen krever mye av medarbeiderne på kontorene, både når det gjelder tilegnelse av nye kunnskaper, pedagogiske evner og ikke minst tid. Undervisningen tok hver gang en time, og kan virke som en stressfaktor i en travl hverdag. Kortere konsultasjoner på 1/2 time er nå forsøkt hos oss med godt resultat. Opplæringen av medarbeiderne tar også tid, bl.a. må medarbeiderne få mulighet til kursdeltagelse og hospitering på poliklinikker. Vårt opplegg har også vist at informasjon og opplæring bør være en kontinuerlig prosess og at kunnskap og motivasjon er forgjengelig.

Konklusjon

Miniklinikker i allmennpraksis ledet av kvalifiserte sykepleiere og legesekretærer er et godt tilbud til enkelte pasientgrupper, i vårt tilfelle vist for barn med mild/moderat astma.

Et slikt opplegg kan imidlertid ikke kun baseres på engasjerte eller spesielt interesserte enkeltpersoner, men må legges til rette slik at det kan gjennomføres på en enkel måte for en vanlig allmennpraksis. Utdanning av personalet står sentralt, og en omreisende sykepleiekonsulent innenfor det enkelte fagfelt kunne være en interessant løsning. Troms fylke har et slikt prosjekt gående, og erfaringene fra dette imøteses med interesse. Bemanningssituasjonen ved mange legesentra vil gjøre et slikt undervisningsopplegg vanskelig. Omprioriteringer og flere sykepleiere i allmennpraksis vil kunne bedre situasjonen.

Det må også utarbeides detaljerte veileddninger og undervisningsplaner for å få en kvalitetssikret undervisning.

Pasientveiledningene bør følge pasienten og være et kommunikasjonsinstrument mellom medarbeidere, primærlege og spesialisthelsetjenesten.

Økonomisk er det ingen dekning for denne klinikkformen i

dagens avtaleverk. Det finnes ingen takst, og gis ingen refusjon for disse klinikken til leger med driftsavtale.

Miniklinikker har til hensikt å bedre kvaliteten på den kliniske virksomheten, bidra til rasjonell bruk av primærlegens tid og samtidig gi bedre helse for brukerne på lang sikt. Samfunnsøkonomisk skulle dette være et godt opplegg med redusert tidsbruk pr. pasient, mindre sykelighet og lavere behandlingskostnader totalt sett. Faglig representerer dette en utfordring og en stimulans og legger opp til nye samarbeidsformer mellom legene og medarbeiderne. Til sist er dette en klinikkform som kan bidra til å ivareta en del av de nye oppgavene allmennmedisinen pålegges på en faglig sikker og omfattende måte. Dersom forholdene legges til rette vil miniklinikker kunne bli en viktig og verdifull del av den kliniske hverdag. □

Ola Storø
Lundamo Legesenter
7094 Lundamo

Litteratur:

1. Boman G. et. al. Rapporterte dødsfall i astma i åldrarna 1-34 år. Läkartidningen vol.91 nr. 1-2, 1994
2. Jackson et.al. International trends in asthma mortality 1970-1985. Chest, 1988, 94:914-18
3. International Consensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma. National Heart,Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health Publication no. 92-3091, 1992
4. Langhammer A, Holmen T.L. Bronkial asthma hos barn og unge. NSAMs handlingsprogram for allmennpraksis. Allmennpraktiker-serien, Tano 1991
5. Astmabehandling etter trafikklysmetoden. Fisons Norge A/S 1992
6. Ramirez A G, Shepperd J. The use of focus groups in health research. Scand J Prim Health Care Suppl 1:81-90,1988
7. Kjølstad S, Høverstad T. Fokusgrupper – presentasjon av en kvalitativ forskningsmetode Tidss. Nor. Lægeforen nr.26, 1991;111:3194-6.

Betnovat
betametason 17-valeriat

Dermovat
clobetasol propionat

Ytterligere opplysninger hos:



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

Allmennmedisinsk forskningsutvalg

En orientering om virksomheten

Tekst: Geir Jacobsen



Førsteamanuensis Geir Jacobsen (49) er cand.med. fra Universitetet i Oslo (1971) og Doctor of Public Health (in Epidemiology), Yale University (1992). Arbeidet i allmennpraksis i Trondheim 1973–80, har siden 1979 vært ansatt ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Trondheim og er dessuten deltids allmennpraktiker og tilsynslege ved en institusjon for rusmisbrukere. Har i mange år vært medlem/varamedlem i Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) og var utvalgsleder i to perioder (1991–94).

Historikk og organisasjon

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) ble opprettet i 1974 i samarbeid mellom Alment praktiserende lægers forening (APLF), Offentlige legers landsforening (OLL) og instituttene for allmenn-

medisin og samfunnsmedisin ved universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø. Utvalget fikk som hovedoppgave å stimulere og koordinere forskning i allmenn praksis (1). Da medisinutdanningen et par år senere kom i gang i Trondheim, ble utvalget naturlig nok utvidet med en representant for Institutt for samfunnsmedisinske fag herfra.

Fra starten av gikk sekretariatsfunksjonen i utvalget på omgang mellom de fire universitetsinstituttene med en rullende funksjonsperiode på to år. Det ble derfor naturlig at lederansvaret ble lagt på representanten fra det instituttet der sekretariatet til enhver tid lå.

Selv om ordningen med ambulerende sekretariat fungerte godt i mange år (2), virket den som et hinder for at andre enn universitetsansatte leger kunne påta seg vervet som leder for utvalget. Denne begrensningen ble særlig aktuell fra 1983 da AFU ble organisert under det nyopprettede Norsk Selskap for Allmennmedisin. Men det var først etter 1988 at utvalgets sekretariat fikk fast sete på Universitetet i Bergen ved det som nå heter Seksjon for allmennmedisin.

Norsk Selskap for Allmennmedisin er en spesialforening av Den Norske Lægeforening og utvalgets formål og regler er godkjent av sentralstyret i foreningen. Allmennmedisinsk forskningsutvalg består nå av åtte medlemmer med personlige varamenn. De fire universitetsinstituttene, APLF og OLL er representert som før: i tillegg kommer to representanter som er valgt av Selskapets generalforsamling. Utvalget velger selv sin leder blant alle medlemmene, det står ansvarlig overfor styret i Sel-

skapet og utvalgets drift inngår i Selskapets regnskap.

Formål for utvalgets arbeid

Det overordnede målet om å fremme og koordinere allmennmedisinsk forskning som ble formulert i 1974 (1), ble ytterligere utdypet i målbeskrivelsen som sentralstyret godkjente i 1984. I henhold til denne skal Allmennmedisinsk forskningsutvalg fremme forskning i allmennmedisin med å:

1. Bidra til metodeutvikling og forskeropplæring
2. Formidle veiledning til allmennpraktikere som ønsker å ta fatt på et forskningsprosjekt
3. Forvalte ordningen med allmennpraktikerstipendiene
4. Arbeide for midler til den allmennmedisinske forskning
5. Registrere og koordinere forskning innenfor norsk allmennmedisin
6. Selv ta initiativ til forskningsprosjekter på aktuelle områder
7. Fungere som etisk komite for den allmennmedisinske forskning

Uten at den overordnede målsettingen ble vesentlig endret, ble nye vedtekter for prioritering av søknader til allmennpraktikerstipendiene vedtatt i 1992. Behovet for denne revisjonen må bl.a. ses i lys av at midler og forskeropplæring som tilfløt fagområdet gjennom det 5-årige NAVF-programmet for allmennmedisinsk forskning, løp ut i 1991.

De nye vedtekten til prioritering av søknader til allmennpraktikerstipend har denne ordlyden:

«Følgjande søknader skal prioriterast:

1. Forskningsprosjekt med høg relevans for allmennpraksis og samfunnsmedisk praksis
2. Nye forskarar utan tilleggar for kningsrøynsl
3. Prosjekt som kan gjennomførast innanfor rammene av tildekt tid
4. Prosjekt som ikkje har fått, og som ikkje kan rekne med å få, anna finansiering (større prosjekt som kan få støtte frå NAVF, helsetenesteforskningsmidler etc.) skal prioriterast
5. Ved tildeling av stipend bør originalitet til prosjektet tilleggast vekt».

Hovedvekten av utvalgets virksomhet vil trolig fortsatt ligge på forvaltning av allmennpraktikerstipendiene og vurdering av forsøksprotokoller i allmennpraksis. Disse aktivitetene blir beskrevet i det følgende, den første kort, den andre litt mer omfattende.

Allmennpraktikerstipendiene

I 1976 vedtok sentralstyret i Lægeforeningen å opprette et 12 månaders allmennpraktikerstipend som skulle gjøre det mulig for kvalifiserte søkerere å gjennomføre et mindre prosjekt med utgangspunkt i egen praksis. Stipendperioden på

1–6 måneder kunne også brukes til å forberede et større prosjekt. Flere allmennpraktikere kunne eventuelt gå sammen om en søknad.

Det ble fastsatt at søkerne skulle fremsendes via det institutt for allmenn- eller samfunnsmedisin som vedkommende «sognet» til, bl.a. med tanke på å etablere en tilfredstillende veiledning. Det er imidlertid litt delte meninger om hvordan veiledningsfunksjonen har vært ivaretatt (3).

På grunn av den popularitet som stipendieordningen ble møtt med blandt allmennpraktikere, har det to ganger oppstått behov for å søke om å få den utvidet. Begge gangene har sentralstyret i Lægeforeningen bevilget ytterligere midler. Som en følge av dette har AFU de siste årene hatt 18 stipendmåneder til fordeling to ganger i året. Men fortsatt er det slik at velbegrunnede og gode søkerer må avslås og får derfor ikke den støtte de burde hatt. Ved avslag er det imidlertid anledning til å søke om igjen. Dersom det skulle vise seg nødvendig, kan det også søkes om ytterligere stipend for prosjekt som allerede har mottatt støtte. Men det skjer i så fall i vanlig konkurranse med andre søkerer.

Allmennpraktikerstipendiene utlyses to ganger i året gjennom Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening med søknadsfrist 15. mars og 15. september.

Vurdering av forsøksprotokoller

Vurdering av protokoller for forsøk som er tenkt gjennomført i allmennpraksis, har hele tiden hatt en sentral plass i utvalgets arbeid. Når AFU så seg selv i rollen som etisk komite for allmennmedisk forskning, var det først og fremst ut fra ønsket om å vurdere protokollene i lys av deres relevans for faget allmennmedisin. Ofte så en dessuten at allmennpraktikeren ble brukt som «vannbærer» i andres prosjekter. I denne rollen hadde legen liten eller ingen innflytelse på utformingen av prosjektet og innsatsen ga sjeldent uttelling i form av meritt. Utover dette ønsket utvalget at færrest mulig allmennpraktikere ble utnyttet i markedsføring av legemidler under dekk av såkalt «forskning». Problemer knyttet til de såkalte PMS (= «Post Marketing Surveillance») studiene har vist betydningen av en viss årvåkenhet på dette området.

Fordi utvalget gikk ut og anbefalte allmennpraktikere om bare å delta i forsøk som først hadde vært forelagt AFU til uttalelse, meldte det seg raskt et behov for å vurdere 12–15 forsøksprotokoller år om annet.

På denne bakgrunn ble det utarbeidet en rutine der to medlemmer av utvalget ble utpekt til å vurdere hver forsøksprotokoll og forberede en uttalelse til oppdragsgiveren som i de eller fleste tilfeller var et legemiddelfirma.

Hvert av de siste årene har vi hatt noen færre (8–10) søkerer til vurdering. Til gjengjeld har de vært mye mer omfattende og detaljerte enn i begynnelsen. På den ene siden er utvalget



glad for at kvaliteten på protokollene har blitt bedre. Samtidig har industrien åpenbart blitt mer lydhøre for våre synspunkter. På den andre siden stiller det større krav til det enkelte utvalgsmedlem med hensyn til kunnskap og innsikt for at uttalelsene skal bli så gode og objektive som mulig.

Det ble også raskt klart at det måtte utarbeides et hjelpemiddel til bruk i arbeidet med forsøksprotokollene. I 1980 publiserte AFU de første retningslinjer for vurdering av medikamentutprøving i allmennpraksis (4). Disse ble revisert og publisert på nytt for et par år siden (5). Behovet for revisjon skyldtes dels at en i mellomtiden hadde fått Lov om helsetjeneste i kommunene. Ved siden av dette hadde Rådet for legeetikk i Lægeforeningen foretatt en utredning om lønn og annen godtgjørelse ved legers deltagelse i medikamentutprøving. I tillegg ble de regionale forskningsetiske komiteer (REK) etablert i 1985.

Gjeldende retningslinjer for vurdering av forsøksprotokoller i allmennpraksis gjengis øverst til høyre (5). De er utformet som en sjekkliste og det er anført at alle punkter bør entydig kunne besvares med JA før utvalget kan anbefale at forsøket blir gjennomført i allmennpraksis:

Og som et NB til slutt: Er melding/søknad sendt Statens lege-middelkontroll (SLK) og Regional etisk komite (REK) i samsvar med gjeldende forskrifter?

De 14 punktene kan også grupperes på følgende måte (nederst til høyre):

Når AFU har hatt en forsøksprotokoll til vurdering, vil konklusjonen i hvert enkelt tilfelle gå ut på at vi «anbefaler at allmennpraktikere deltar i den planlagte undersøkelsen» eller ikke. Utvalget må altså i sin konklusjon legge vekt på alle de premissgivende spørsmålene ovenfor.

AFU er alene om å ta hensyn til og legge vekt på forhold som direkte berører allmennpraksis og

- 1) Er problemstillingen av betydning/interesse for allmennpraksis?
- 2) Er allmennpraktiker(e) med i prosjektledelsen?
- 3) Er finansiering, forsikring, betaling for medikamenter og undersøkelsesprosedyrer klarlagt?
- 4) Er det redegjort for lønn eller annen godtgjørelse til deltakende leger?
- 5) Er formuleringene og eksklusjons- og inklusjonskriteriene entydige og fullstendige?
- 6) Er bivirkningsregistreringen utfyllende beskrevet?
- 7) Benyttes det enkelt- eller dobbeltblind teknikk? Hvis ikke, er det begrunnet hvorfor?
- 8) Er materialets størrelse og forsøkets varighet nøyaktig angitt?
- 9) Er statistisk ekspertise med i prosjektet?
- 10) Er spørsmålet om pilotundersøkelse drøftet?
- 11) Er møter og annen kommunikasjon spesifisert?
- 12) Er det sikret at alle registreringene blir med i materialet?
- 13) Er representasjonsformen av materialet og hvem som skal være ansvarlige forfattere klarlagt?
- 14) Er Helsinki-deklarasjonens anbefalinger fulgt?

- a) Forhold som vedrører allmennpraksis og allmennpraktikeren som prosjekt-deltager (pkt. 1–4)
- b) Forhold som vedrører valg av metode og bearbeidelse av data (pkt. 5–10)
- c) Forhold som vedrører kommunikasjon i prosjektet og presentasjon av resultatene (pkt. 11–13)
- d) Forhold som vedrører pasientetikk (pkt. 14).

allmennpraktikeren som prosjekt-deltager. Her kan en muligens finne litt av forklaringen på at våre konklusjoner i blant er annerledes enn det andre har uttalt om den samme studien. Dette kan gjelde både SLK og REK, men utvalgets erfaring så langt er at grenseoppgangen mot sistnevnte har fungert noe nært komplikasjonsfritt.

AFU mener å ha funnet sin plass når det gjelder vurdering av protokoller for forsøk som skal gjennomføres i allmennpraksis. Av hensyn til de utøvende forskere – i «vårt» tilfelle de allmennpraktiserende legene – og deres oppdrags-givere bør det fortsatt være slik at AFU, REK og SLK på den ene siden utfyller og på den andre siden unngår å bli spilt ut mot hverandre.

Utvalgets adresse er:

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

Geir Jacobsen
Førsteamanuensis
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Medisinsk Teknisk Senter
7005 Trondheim

Referanser

1. Almenmedisinsk forskningsutvalg. Tidsskr Nor Lægeforen 1975;95:244–5.
2. Bentsen BG, Westin S. Almen-medisinsk forskningsutvalg. Status etter 8 år. Tidsskr Nor Lægeforen 1982;102:1230–2.
3. Nore AK, Borchgrevink CF. Hvordan gjøre en god ordning bedre? Tidsskr Nor Lægeforen 1987;107:571–3.
4. Almenmedisinsk forskningsutvalg. Medikamentutprøving i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1980;100:2061–2.
5. Grimsmo A. Medikamentutprøving i allmennpraksis. Veileddning for vurdering av forsøksprotokoll. Tidsskr Nor Lægeforen 1989;109:2903–4.

Evaluering av psykiatriske pasienter i kommunene

Tekst: Petter Bugge og Torleif Ruud



Petter Bugge er født i 1951, cand. med. Oslo 79. To år i gruppelegepraksis i Oslo. Fra 83 distriktslegel/kommunellege i i Eid kommune i Nordfjord avbrutt av 1 1/2 år som ass. lege ved med. avd. Fylkessjukehuset på Eid. Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin.



Torleif Ruud er født i 1949, cand. med. Oslo 75. Spesialist i psykiatri. Fra 1983 avdelingsoverlege ved Psykiatrisk poliklinikk, Nordfjordeid – fra 1991 også ved Nordfjord psykiatrisenter. Prosjektleder for «Evaluering av psykiatriske helsetjenester» ved Statens helsetilsyn fra 1991.

I Sogn og Fjordane startet tilbakeføringen av pasienter fra de psykiatriske sykehjemmene allerede midt på 80-tallet. Eid kommune med 5.800 innbyggere fikk over ca. 6 år tilbakeført 11 kroniske psykiatriske pasienter. Det fulgte ingen eller bare kortvarige pengeoverføringer med disse pasientene. Vi hadde ingen samlede planer og ikke noe apparat som kunne takle så mange dårlige psykiatriske pasienter. Alt i

sterk motsetning til HVPU-reformen som ble gjennomført parallelt.

I arbeidet med HVPU-reformen brukte vi individuelle tiltaksplaner som et hovedredskap i planleggingen. Vi ønsket å bruke samme metode i arbeidet med de kroniske psykiatriske langtidspasientene i kommunen. Vi ville bruke en standarisert planleggingsprosedyre som kunne brukes av andre kommuner og helst også av andrelinjetjenesten.

Målsetting

Vi ønsket å utvikle et redskap som kunne gi en systematisk vurdering av de psykiatriske pasientene og deres behov. Kartleggingen måtte kunne brukes til å:

- a) kvalitetssikre evalueringen av hver enkelt pasient
- b) lage konkrete tiltaksplaner for den enkelte pasient
- c) gi en oversikt over hele pasientgruppen og deres behov
- d) gi grunnlag for en communal tiltaksplan for denne gruppen
- e) evt. gi grunnlagsdata for henvisning til andre

Kartleggingen skal gi en god oversikt om udekkeide behov for den enkelte pasient. Oppsummering av planene skal gi en god oversikt over hvilke kommunale ressurser som trengs til gruppen.

Sammenstilling av data fra flere kommuner i et område kan være en verdifull hjelp i samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten. Hvis samme evaluatingsopplegg blir brukt både i kommunen og i de psykiatriske langtidsavdelingene/sykehjemmene i et område, vil en få et mer objektivt grunnlag for å drøfte prioritering og arbeidsdeling mellom disse to nivåene av helsetjenesten.

Ved å bruke evaluatingsopplegget flere ganger over tid på samme pasientgruppe kan man prøve å vurdere effekten av de tiltak som blir satt inn overfor gruppen.

Utvikling av evaluatingsopplegget

Opplegget er utviklet i tidsrommet 1992-94 gjennom et samarbeid mellom Psykiatrisk poliklinikk i

Nordfjord, Nordfjord Psykiatrisenter og helse- og sosialtjenesten i Eid kommune. De forskjellige bitene av evalueringspakken er gradvis utviklet i samarbeid med pasienter som har gitt samtykke til å være med. Opplysninger om den enkelte pasient har vi sett på som en viktig del av journalopplysningene.

Opplysningene er brukt til å forbedre tiltakene overfor den enkelte pasient. Opplysninger om hvilke tilbud den enkelte pasient fikk og hva han/hun etter vår vurdering trengte, er brukt til å utarbeide en handlingsplan for psykiatriske pasienter, vedtatt av kommunestyret.

Utforming

Evaluatingsopplegget består av et skjemasett. Hvert skjema dekker forskjellige typer opplysninger. Vi har lagt vekt på å gjøre skjemaene enkle og mest mulig selvforklarende. Der det er nødvendig følger det med forklaringer på bruken.

Sammen med evalueringsskjema og veiledning er det utformet en gratis edb-versjon som en database for registrering av opplysninger om den enkelte pasient. Dette programmet kan skrive ut tabeller og rapporter som oppsummerer og gir oversikt over de registrerte opplysningene om hele pasientgruppen. Databasen er utviklet av Torleif Ruud ved bruk av gratisprogrammet Epi Info fra WHO, og den og Epi Info distribueres gratis til alle interesserte. En arbeider med å avklare hvordan den enkelte kommune skal gå fram når det gjelder tillatelse og eventuelt konvensjon til registrering ved hjelp av dette programmet.

Utvag av pasienter

Ut fra faglitteratur og praktisk erfaring har vi kommet fram til følgende kriterier for utvag av pasienter:

- Alvorlig nedsatt funksjonsnivå i lengre tid på minst 2 av disse områdene: egenomsorg,

- arbeid/aktiviteter, sosial kontakt/omgang og atferd
- Psykiatrisk sykdom (psykose eller annen alvorlig psykiatrisk sykdom)
- Pasienten har hatt disse problemene i minst et år

Kriteriene er valgt ut fra ønsket om å nå fram til de som trenger de mest omfattende og samordnede tiltakene fra helse- og sosialtjenesten. Det er også viktig med kriterier som blir oppfattet mest mulig likt dersom metoden skal gi grunnlag for sammenligninger mellom kommuner og eventuelt mellom første- og andrelinjetjenesten.

De enkelte evalueringsskjemaene

Skjema 1: Administrative opplysninger. Her registreres personalia. En kan kople et nummer til pasienten som går igjen på de andre skjemaene.

Skjema 2: Generelle og sosiale opplysninger. Dette inneholder kriterier for hvorfor pasienten er med. Noen få opplysninger om nåværende livssituasjon, utdanning, arbeid og sosialt nettverk.

Skjema 3: Medisinske opplysninger. Det er plass til noen få opplysninger om sykehistorie, tidligere behandling, diagnoser, medikamenter, somatisk sykdom og alvorlige atferdsavvik.

Skjema 4: Psykiatriske symptomer og sykdomsgrad. Dette er den mest krevende delen av evalueringen. Den gjøres ved hjelp av 10 av skalaene fra den verdenskjente psykiatriske skåringsskalaen Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), som er oversatt til norsk. Skjemaet bør utfylles av lege eller sykepleier som har satt seg godt inn i bruken av det. (Dersom noen ønsker hele BPRS 3.0 i norsk versjon, kan de få den ved å henvende seg til Torleif Ruud).

Skjema 5: Sosiale og praktiske ferdigheter (SPF). SPF er utviklet av Torleif Ruud i samarbeid med

Eid kommune, og bygger bl.a. på ideer fra et evalueringsskjema som er laget av psykolog Charles Wallace i Los Angeles. Skjemaet er inndelt i 10 ulike funksjonsområder som dekker både sosiale og praktiske forhold, se figur 1. Skjemaet kan brukes til å finne ut på hvilke områder pasienten særlig har behov for trening eller hjelp.

Skjema 6: Behov og tiltak. Skjemaet oppsummerer både behov/ønsker, nåværende tiltak og udekkede behov innen de tjenester/tilbud som er vanlige for aktuelle gruppe pasienter i kommunen. Opplysningene her er en oppsumming av det en har kommet fram til i de øvrige skjemaene.

Videre utvikling og utprøving

Vi mener dette er et planleggingsredskap som kan bli av stor nytte. Gruppen kroniske psykiatriske pasienter vil ofte være lite motivert for å være med på slike opplegg. For å kunne gi et bedre tilbud til hver enkelt pasient mener vi at kunnskap av den type som vi her får er av uvurdelig betydning. Kommunene er også avhengig av denne type data for å kunne gjennomføre en god planlegging av tiltak for gruppen. Vi tror også at man vil kunne få data som vil være svært nytte for statlige helsemyndigheter.

Et slikt opplegg med tverrfaglig samarbeid og database reiser spørsmål vedrørende taushetsplikten og bruk av EDB. Eid kommune vil i forbindelse med utprøving av det endelige opplegget ta disse spørsmålene opp med Helsetilsynet og Datatilsynet.

Ved videre utvikling vil vi vurdere å ta med en systematisk registrering av livskvalitet. Gjennom bruk i flere kommuner vil det antagelig bli nødvendig å videreutvikle rapportsystemet. Det kan også bli aktuelt å videreutvikle skjemasettet.

Våre erfaringer så langt

Vi har så langt hatt mest nytte av data aggregert på kommunenivå.

Torleif Ruud & Charles Wallace 1993 -versjon 1.2		SKÅRINGSSKJEMA FOR PRAKTIKE OG SOSIALE FERDIGHETER (PSFI)		SUM: _____
NAVN:	DATO:	FØDT:	PASIENTKODENUMMER:	
SKÅRET VED:			BEHANDLINGSENHET/KOMMUNE:	
A EGEN HELSE: _____ (sum)		F BRUK AV TRANSPORT: _____ (sum)		
<ul style="list-style-type: none"> — 1. Har vanlig/rimelig sunn livsstil. — 2. Gjør selv avtale med lege, tannlege m.m. — 3. Kjøper og oppbevarer medisiner selv. — 4. Viser egenomsorg ved sykdom. — 5. Tar medisin selv eller ikke behov for medisin. 		<ul style="list-style-type: none"> — 1. Bruker eget transportmiddel. — 2. Finner fram på egen hånd ved reisning. — 3. Reiser på ferie til andre steder. — 4. Bruker offentlig transportmiddel. — 5. Ordner med skyss når det trengs. 		
B PERSONLIG HYGIENE: _____ (sum)		G KONTAKT MED ANDRE: _____ (sum)		
<ul style="list-style-type: none"> — 1. Lukter ikke vondt. — 2. Dusjer/bader uten hjelp/påminnelse. — 3. Har røre klar og ser velstelt ut. — 4. Velger klar og klar seg uten hjelp. — 5. Hår (og øv. skjegg) ser velstelt ut. 		<ul style="list-style-type: none"> — 1. Kan prate med andre en treffer på gata. — 2. Har en eller flere nære/fortrolige venner. — 3. Besøker andre minst en gang i måneden. — 4. Har venner utenom hjelpeapparatet. — 5. Får besøk minst en gang i måneden. 		
C MATLAGING: _____ (sum)		H ATFERD VED SAMTALER: _____ (sum)		
<ul style="list-style-type: none"> — 1. Lager seg middag selv. — 2. Har rimelig variert kosthold. — 3. Lager enkle måltider (brødskiver). — 4. Kan følge en oppskrift. — 5. Kjøper/skaffer matvarer selv. 		<ul style="list-style-type: none"> — 1. Snakker tydelig og klart. — 2. Tar initiativ til samtale med andre. — 3. Lytter til andre og svarer på det de sier. — 4. Ferer normale upåtløsende samtaler. — 5. Kan holde seg til tema og skifte tema. 		
D EGNE EIENDELER: _____ (sum)		I ARBEIDSEVNEN: _____ (sum)		
<ul style="list-style-type: none"> — 1. Vasker klær/sørger for vasking. — 2. Kjøper klær uten hjelp. — 3. Holder leilighet/krom rent uten hjelp. — 4. Ødelegger ikke egne eiendeler. — 5. Passer/tar vare på egne ting. 		<ul style="list-style-type: none"> — 1. Kan arbeide rimelig koncentrert. — 2. Meter til avtalt tid og sted. — 3. Forstår arbeidsinstruksjoner rimelig bra. — 4. Kan holde ut i oppgaver 3-4 timer. — 5. Er interessert i å ha noe å gjøre. 		
E ØKONOMISTYRING: _____ (sum)		J FRITIDSAKTIVITETER: _____ (sum)		
<ul style="list-style-type: none"> — 1. Holder orden på egen økonomi. — 2. Mottar selv månedlig lønn/nytteser. — 3. Betaler husleie/regninger/mat selv. — 4. Oppbevarer pengene forsvarlig. — 5. Pengene varer fram til neste utbetaling. 		<ul style="list-style-type: none"> — 1. Driver med hobbier/interesser. — 2. Går på konserter/sport/lærlinginger s.l. — 3. Felger med i nyhetene i radio/TV. — 4. Leser bøker/blader/aviser. — 5. Deltar aktivt i klubb/forening/kirke s.l. 		
<p><i>Vedleggning: Du skal skåre det pasienten gjør og gjer ikke hva du tror han/hun kan klare. Skåringen skal gjelde pasientens funksjonsnivå den siste måneden. Bruk skalaen til hoyre og sett et tall foran hver setning. Summen av øverst gjelder hele året.</i></p>				
<p><i>Skala for skåring: Hvor setning skåres med skalaen nedenfor, som gir sum på 0 - 10 for hvert område.</i></p> <p>0 = Stemmer ikke. 1 = Stemmer delvis eller deler av tida. 2 = Stemmer helt eller hele tida.</p>				

Fig. 1. Skåringsskjema for praktiske og sosiale ferdigheter. Etter Wallace 1993.

Disse dataene har vært til stor nytte i forbindelse med arbeidet med en plan for de kroniske psykiatriske pasientene i kommunen. Politikerne satte pris på den grundige dokumentasjon som lå bak de foreslalte tiltak. For administrasjon var det av interesse å få en samlet oversikt over hvilke ressurser vi brukte på gruppen.

Vi mener også at bruk av en systematisk modell for evaluering

av pasientene har vært nyttig i forhold til den enkelte pasient. Vi vil vurdere dette nærmere når vi nå skal bruke det ferdigutviklede evaluatingsopplegget for å revurdere pasienter og effekten av tiltakene med regelmessige mellomrom.

Konklusjon

Det har i mange sammenhenger kommet fram at de kroniske psykiatriske pasientene med alvorlig

sykdom er blant de som har det dårligst. Vi håper at vi har laget en redskap som kan bidra med kunnskap som kan brukes til å bedre forholdet for dem. □

Kommunelege I Petter Bugge,
6770 Nordfjordeid.

Avdelingsoverlege Torleif Ruud,
Nordfjord Psykiatrisenter,
Sjukehusvegen 9,
6770 Nordfjordeid.

NSAMs referansegruppe i helseopplysning ønsker nye medlemmer

NSAMs referansegruppe i helseopplysning har nå bestått i snart 8 år. Det har vært en spennende tid, og har gitt oss fire (Johnny Mjell, Bård Natvig, Olav Thorsen og Odd Winge) som er med i gruppen en mengde impulser til faglig vekst og modning. De mer synlige resultatene av arbeidet er to publikasjoner – «Helseopplysning i praksis – Forfriskningsboka» som kom i 1990 som første bok i Allmennpraktikerbiblioteket, og heftet «Motivasjon og risiko» som ble utgitt i fjor. Arbeidsformen har vært korte felles arbeidsøkter når vi har kunnet samles, f.eks. i forbindelse med kurs, ellers har vi

jobbet på hver vår PC, og snekret dokumentene sammen over lange og inspirerende telefonmøter.

Vi er ennå ikke tomme for ideer, men etter hvert synes vi likevel det er på tide å forfriske gruppen med ung blod og nye ideer. Gruppens medlemmer har med tiden blitt engasjert i mange andre oppgaver innen allmennmedisin, slik at det blir mindre tid til å stelle med hjertebarnet. Vi synes fortsatt det er mye u gjort helseopplysning innen norsk allmennmedisin.

Tiden er derfor inne til å ta opp nye medlemmer. Vi inviterer kolleger med interesse for helse-

opplysning om å ta kontakt. Hvordan vi skal organisere oss, hvilke oppgaver vi skal jobbe med og hvor ambisjonsnivået skal ligge vil som før være helt avhengig av de enkelte medlemmene.

Har du lyst til å jobbe med helseopplysning og annen forfriskende aktivitet, så skriv eller heng deg på telefonen til gruppens sekretær, Odd Winge, eller en av de andre i gruppen.

Odd Winge

Telefon: 53 49 64 27

Postboks 352

5401 Stord

Tabbespalten

Tabbespalten oversvømmes ikke av innkomne bidrag. Tør vi ikke eksponere oss, selv anonymt?

Noe spøkfullt har en sagt: «Hvis vi ikke lærer av våre feil, hva er vitsen med å gjøre feil?».

Her kommer imidlertid et bidrag, som kanskje flere av oss kan identifisere seg med:

«Kan man ha flere sykdommer samtidig, doktor?»

En av mine mest hypokondriske pasienter ringte meg sent en kveld jeg hadde vakt. Hun var 45 år gammel og led av «det meste». Mest plaget var hun p.t. av muskelsmerter (fibromyalgi?) og klimakterieplager. Hun hadde dessuten for ca. 1/2 år siden mistet sin noe eldre mann av hjerteinfarkt. Hun syns nå muskelsmertene var verre enn noensinne, spesielt i nakke, rygg og bryst. Jeg var vant til at tilstanden hennes varierte endel, og anbefalte henne å ta noe mer smertestillende og deretter legge seg. Senere på natten ringte hun igjen og sa hun var blitt verre. Hun ville at jeg skulle komme hjem til henne. Jeg ba henne møte tidlig neste morgen på kontoret. Da jeg ankom kontoret, var pasienten allerede mottatt av min legesekretær og det var tatt et EKG. Pasienten hadde insistert på dette, da hun trodde det var hjertet som nå sviktet også henne, slik det for kort tid siden hadde gjort for mannen. EKG viste selv for en utrent EKG-tolker at det her dreide seg om infarktfordringer og pasienten ble raskt klargjort for videre reise til sykehus. Det var min tur til å bli blek. Jeg vekslet mellom rasjonalisering

ring («det var da ikke det mest sannsynlig i hennes alder, med hennes tidligere sykehistorie, som kvinne osv...») hun har da hatt flere slike «lignende» episoder før» osv.) og selvbebreidelser («at jeg ikke rykket ut til henne for sikkerhets skyld...» «at ikke brystsmtene satt meg mer i beredskap...» osv.). Selv om det gikk bra denne gangen, lærte (i hvert fall minnet meg på) denne erfaringen meg i hvert fall følgende :

- at selv om vanlige ting er vanligst, kan også det uvanlige skje
- at det går an (selvfølgelig) å være syk på flere måter samtidig
- at å lytte til budskapet bak ordene fortsett er den største utfordringen
- at faktakunnskap aldri vil kunne eliminere tabber helt
- at det er slikt som kan skje igjen og jeg må lære å leve med det.



Det siste er kanskje det vanskeligste, og det tror jeg ikke at jeg uten videre greier å se uten å ha et godt kollegafellesskap å støtte meg til. Har du en kollega/kollega du kan drofte det vanskelige, det uløselige med ?

Falk og muldvarp:

Essayistiske refleksjoner etter Primærmedisinsk uke

Tekst: Pål Guldbrandsen



Pål Guldbrandsen er ung i kropp, gammel i sinn, fortsett gift for første gang og opphav til to inspirerende gutter på 14 og 12. Han har vært kombidoktor, helsesjef og driftstilskuddsinnehaver, og tilbringer nå arbeidstiden på Institutt for sosialmedisin i Oslo, finansiert av Kvalitets-sikringsfondet. Han elsker å finne evige sannheter, men de varer ikke så lenge.

Med ubønnhørlig nødvendighet må jeg straks trekke konsekvensene av diskusjonen nedenfor og avklare motivet for dette brev. Det er å bidra til mer ubehag hos leserne, som etterpå forhåpentligvis gir seg utslag i et sterkt behov for å snekre, gå tur eller leke med pasientene på et førspråklig nivå. Jeg deltok i kursene «Mot ein humanistisk medisin – om menneskesyn og kommunikasjonstenkning i primærmedisinen», «Allmennmedisinsk kommunikasjonsforskning – et lunsjbord for nybegynnere» og

«Det er jo så jævli ubehagelig å tenke....» sa litteraturviter Drude von der Fehr i sin forelesning om medisinsk semiotikk under Primærmedisinsk uke. Et slikt kraftuttrykk fra en soignert person med et velpleiet språk setter tanker i gang. Jeg lot meg friste til – på Utpostens papir – ikke blott å referere, men å trekke tråder fra fem spennende dager i oktober gjennom min cerebrale vevstol til ei rye om viktige spørsmål i medisin og forskning. Dette føltes desto mer nødvendig når jeg få dager senere kunne lese i en osloavis at konservative amerikanske forskere hadde funnet ut at negre er mindre intelligente enn hvite.»

«Sosial ulikhet og helse i Norge og Europa». Fordi jeg er hvit, var det negrene som fikk meg til å se at disse temaene henger sammen.

Tegnlære i medisinen

Von der Fehr tok tretti svimle leger på en reise i sine egne kropper. Det yter hennes atten-vekttalls forelesning (Etterfølgende foreleser Erik Falkums karakteristikk) liten rettferdighet i det hele tatt å refere, men la gå: Hennes utgangspunkt var at kroppen er et informasjonssystem. Dette fungerer lenge før språket utvikles. Vårt kjøtt og blod er fullt av beskjeder (naturlige tegn) som etter hvert blir språklig uttrykk (symboler). Tegn kan ikke eksistere uten å tolkes, og er derfor alltid i noen grad misvisende. Det du sier er på en eller annen måte en forenkling, forskyvning eller forståelse av noe uten ord. Du kan bare forstå kroppen gjennom tanken, men den er aldri tilstrekkelig. Det er derfor vanskelig å tenke seg en symptomlære uten en fortolkningsteori.

Slik jeg ser det, er det liten vits i å tenke, skrive eller prate i språk uten at noen begriper det. Von der Fehrs tilnærming belyste begreper som smerte, smerteterskel og smerteforståelse – nei, forresten,

det blir galt å bruke belyse. Det skulle jo innebære at jeg kunne se disse begrepene bedre. Men kan man se smerte? Snarere bidro kvinnen til å dyppe kroppen min i mitt eget smertetjern. Vi har naturlig nok hvert vårt. Under forelesningen opplevde jeg sterkt vektleggingen av det individuelle (enten von der Fehr ville det eller ikke), men i etterhånd står faktisk språket som fellesskapssymbol stertere og stertere for meg. Riktignok kan veien fra kroppens naturlige informasjon til din forming av ordet smerte være forskjellig, men det er hevet over tvil at språket hjelper meg til en gjenkjennelse. Det er denne som gjør det lettere for meg å hjelpe deg. Hvorfor skulle jeg bruke mine krefter på det, hvis jeg trodde at smerte var noe du likte?

Det skjer noe med den umiddelbare forståelsen når vi aggregerer fra individ til gruppe. Enhver avisemann vet at ett sultent barn selger mye mer enn millioner. Derfor må jeg spørre om det er viktig dersom negrenes tjern skiller seg grunnleggende fra våre? Det er jo så lett å se at negre er annerledes at det nesten ville være rart om de ikke også kjerner og forstår annerledes. De løper jo fortare enn oss. Det kunne være at disse amerikanske samfunns-



forskerne har rett, selv om de er konservative. Vi forfølger tanken og knytter den til forskning på sosial ulikhet og helse.

Klasser og grupper

Westin etterlyste i sitt innledningsforedrag en klarere og mer konsekvent klassifisering av ulike befolkningslag. Samtidig så han selv hvordan den raske forandringen i samfunnet i retning av likere grupper av mennesker kunne være en årsak til dette. Selv gikk jeg feil på Soria Moria da kurset om sosial ulikhet skulle begynne. Uten å heve øyenbrynene inntok jeg Store Sal, og det gikk noen sekunder før jeg stusset over deltagernes alder. Det viste seg å være et møte i Oslo Unge Høyre. Intet ved disse unges utseende eller klær skilte dem fra de AUFerne jeg kjenner. Så hvorfor dette pratet om større klasseforskjeller?

Hanne Thürmer viste i sitt innlegg «Hva betyr sosioøkonomisk status for hjerte-karsykdommene i Norge?» en tydelig relativ forverring av morbiditet og mortalitet for sosial klasse V over to tiår. Med klart forscherhode påviste hun også en mulighet for feil i denne analysen, nemlig at sosial klasse V idag inneholder relativt sett langt færre individer enn for tjue år siden. Sannsynligvis er det de dårligst stilte i den opprinnelige klasse V som vedblir å være i den, og de vil da naturlig nok utgjøre ytterverdier.

Hun hadde ikke gjort forsøk på matematisk korreksjon av denne mulige feil.

Det hadde vært mye enklere om folk holdt seg i klassen sin. Heldigvis finnes det negre. De kan selvfolgelig, over århundrene, blande seg med oss og således vanskeligjøre inndelingen etter hvert, men hittil har våre mentale kaméra få problemer. Vårt språk definerer opplevelsen av å se en neger på en så klar måte at liten inter-observatør variasjon oppstår. Selvfølgelig er det spennende hvorvidt også hjernene er forskjellige. Hvorfor spennende, forresten? Det finnes da lettere tilgjengelig underholdning! Derfor tør jeg hevde at det må ligge motiv bak. For lettere å forstå meg selv, deler jeg disse i to:

- et ønske om å forstå
- et ønske om å påvirke

Min mor har i alle år vært en solar rettferdighetskraft. Til de grader er jeg blitt fortalt at negre er like mye verdt som oss hvite, at det blir umulig å fortsette artikkelen under forutsetning av grader av intelligens på en tallskala. Jeg velger derfor å anta at negrenes intelligens ikke nødvendigvis er lavere enn vår, men heller at den er annerledes. La oss si at den er rødere, mens vår er blåere. Vi kan finne ganske blå negre, og temmelig røde hvite, men aggregert er det likevel klart at negre tenker temmelig rødt, og vi temmelig blått. Så kunne vi

forestille oss at intelligensfargen predikerer overlevelsesevne. For tiden er den større dess blåere du tenker. Fargevalget setter imidlertid en forsker på den tanke at dette forhold kanskje kunne endre seg med ytre livsbetingelser. Han påviser eksperimentelt at bare fire grader høyere temperatur inverterer situasjonen, plutselig er overlevelsesevnen større dess rødere du tenker. Den politiske implikasjonen er klar: Negre vil kjempe for global oppvarming. Forskerens ønske om å forstå eller påvirke blir politisk sprengkraft.

Observasjon og motiv

Forskeren kan altså gjerne illudere observatør, den som ønsker å forstå – og ferdig med det. Det er umulig. Han er alltid også aktør (slik jeg er det nå, ved å skrive han i stedet for hun). Om han arbeider med elementærpartikler eller epidemiologi er likegyldig. Enhver naturvitenskapelig artikkkel bruker grunnoppskriften, som inneholder bakgrunn, formål, materiale, metode, resultater, diskusjon og konklusjon. Jeg velger å banne i kjerka kun ved å spørre: Burde man ikke alltid innlede med noen linjer om motiv?

På epidemiologisk nivå er det selvfolgelig, vil du si. Det er grunn til å anta at de fleste sosial- og samfunnsmedisinere opp gjennom tidene, ved å studere helse relatert til sosiale klasser, har hatt et ønske om politisk forandring. Klasseindelingen er alltid et politisk instrument. Om vi nå for et øyeblikk returnerer til Thürmers studie, er det lett å forestille seg at en forsker med et konservativt motiv (idag vel å merke, når tendensen er bevegelse mot en høyere gjennomsnittlig verdi for totalpopulasjonen) ville velge en inndeling i klasser som til enhver tid inneholdt den samme prosentandel av befolkningen. Utgruppene forverrede kår ville bli mindre synlig. En motiverklæring først i artikkelen ville bidra til en diskusjon på dens egne politiske premisser. Dens

vitenskapelige verdi ville ikke endres av dette, men dens betydning som påvirkningsinstrument derimot.....

Så spør du da: På det individuelle nivå kan det da ikke være nødvendig å erkjenne motiv? Ved lunsjbordet til Kirsti Malterud fikk vi spennende retter å spise, kanskje særlig hennes betraktninger om

særdeleshet som kan se ut til å bli det fruktbare krysningspunktet mellom humanistisk og naturvitenskapelig tradisjon, overrasker vel ingen. Kvalitet kontra kvantitet er likevel en helt annen skål. Det finnes forskning på store kvanta mennesker av meget høy kvalitet, selv om det er mye verdifull informasjon som går tapt under aggrega-

falkeperspektiv. Prøv det ut på arbeidere og negre! Eller kanskje på en gruppe mennesker som vår natur har gitt forskerne i fanget, en gruppe som må være tilnærmet ideell som objekt for studier over emnet «Blir folk syke fordi de har dårlig råd, eller får de dårlig råd fordi de er syke?». Jeg sikter til et nesten randomisert utvalg: lotto-millionærene.

Samfunn og individ

Svein Haugsgjerd's forelesning kan summeres i én setning: «It takes at least two brains to make a mind.». Denne lydsekvensen danset mellom ørene mine og åpnet kanaler for idéhistorikeren Espen Schaanings avslappede utredning om kommunikasjon og maktstrategier. Brokker av teori fra filosofene Gadamer, Habermas og Foucault utløser fortsatt GABA, serotonin og gud vet hva i mitt hode. For eksempel utledet han fra Gadamer at man i humaniora må stille med fordommer. Hvis du er uten fordommer, er du uten grunnlag for en eller annen forståelse. Da kan du sammenliknes med en forelsket person, du er så åpen for inntrykk fra den andre at du er helt ukritisk. Du vil kunne lese en tekst og ende som rasist – uten å vite hva neger er engang. Habermas har bl.a. beskrevet den opplysningsperioden vi alle er barn av. Tre grunnprinsipper i denne: 1. Ingen makt skal begrunnes i status eller økonomi,

deltagende observasjon med ulik grad av nærlighet og psykologen Elisabeth Arborelius «Kvalitativ bearbeiding av videoinspelingar av konsultationer». Det er lett å kjenne igjen nysgjerrigheten, ønsket om å forstå. Som leger er vi formet i altruistisk tankegang, og motivet om å bli en enda bedre hjelper er selvforklarende og udiskutabelt. I det øyeblikk en skriver en artikkel må det likevel eksistere minst ett motiv til. Det må være et ønske om å påvirke. Å velge negre er ikke rarere enn å velge kvinner. Kvinner har muligens grønnere intelligens.

Humanistisk og naturvitenskapelig, kvalitet og kvantitet?

Dess mer komplekst språksymbolet er, dess større mulighet for interindividuell variasjon i forståelse. For meg har det oppstått en bisarr sammenheng mellom begrepene kvalitativ og humanistisk. Tilsynelatende brukes disse begrepene om én type forskning, som motsats til den naturvitenskapelige, kvantitative forskning. At det nettopp er medisinien, og allmennmedisinien i

geringen. Likefullt kan en innhente et enormt kvantum informasjon av særdeles høy kvalitet, om en mannlig neger på 30 år med videregående skole og gartnerjobb og samtidig miste en masse informasjon om gruppen mannlige negre på 30 år med videregående skole og gartnerjobb. Jeg synes vi skal avlive denne bruken av begrepene kvalitet og kvantitet. Med risiko for å bli mistolket (!), kunne jeg tenke meg å foreslå muldvarps- og



det eneste som skal telle er argumenter. 2. Stadig nye områder (f.eks. kirken) skal kunne problematiseres. 3. Alle kan delta.) avsløres som pretensjoner. Språket garanterer riktig nok for muligheten for forandring, men er likevel et maktmedium. Foucault hevder at kunnskap og makt betinger hverandre gjensidig. Som eksempel trakk Schaanning fram koding som normalt eller unormalt. En slik koding fordrer en normalitetsskala. Maktbærerne søker å korrigere avvik. Men etter korreksjon vil normalitetsbegrepet endres, det vil kunne måles nye avvik, og påny brukes makt for å korrigere dette. Tenk nå på deg selv, hvordan du reagerer på den nye tid, med dens hastighet, alle de brutte familiebånd, ungdommens og individenes flombølge over alt som representerer tro, tradisjon, ritualer og bånd. Forestill deg at i generasjonen etter oss er flertallet borderlinere («ustabil personlighetsforstyrrelse»). Kan en ikke da tenke seg at om ca. 25 år vil en rekke av oss post-68ere tilfredsstille kravene til den nye DSM-VII-diagnosen «treg personlighetsforstyrrelse»?

Hva betyr dette for deg, lille allmennlege? Slik jeg tolker det, først og fremst en plikt til å utrede dine egne motiver, ikke bare i forskning, men i ethvert mellommenneskelig forhold. Det er greit at du blir oppsøkt med ønske om behandling. Det er greit at du finner ut at du ikke kan behandle. Men er det greit at du instruerer i livsstilsforandring? Dette bringer meg til den nest siste av foreleserne jeg har lyst til å referere, filologen Eli Glomnes. Da jeg så henne, tenkte jeg på en litt myndig, men også fersk gymnaslærer. Da hun begynte å snakke, bar stemmen bud om det samme. Så åpnet hun meg med et enkelt fyndord: Vi kommuniserer aldri bare et innhold, alltid også et forhold. På en avbalansert, men etter hvert rørende måte fortalte hun om statusaksen og nærhetsaksen. Hun sa at når vi føler oss vel, er det en god balanse

mellom nærbet og status. Med innlevelse redegjorde hun for at det å ha det vondt gir lav status.

I vår iver etter å forstå har vi også samlet en rekke mennesker som har det vondt i én gruppe, fibromyalgikerne. Smak på den gruppen. Min antagelse er at du ikke tenker på jordbær. Meg minner det om da jeg surret for mye sitron ned i sausen til hellefisk her forleden. Jeg spør: Hvilket motiv har vi leger for å skape denne gruppen? Det er vår klassifikasjon som har skapt såkalt innsikt. Det er ikke sikkert de er noen gruppe i det hele tatt. Kanskje er det eneste inklusjonskriterium, slik Bjørg Dæhli formulerte det for oss, mennesker med kroniske smarer som gir legene emosjonelt ubehag. Ville det ikke vært interessant om rheumatologenes artikler om dette ble innledd med forfatternes motiv?

Ta nå ikke dette vevstykket til

redusert sensibilitet og autonom dysfunksjon som viktige elementer. Han hadde brent seg på hånden. Han yntet seg mye da jeg stelte sårene, og en velmenende og adekvat mor sa til ham: «Dette er da vel ikke noe for deg, Jens Erik, som har hatt så mye smerte». Hen vendt til meg fortalte hun om 250 liggedager i året på sykehust. Mitt svar kom fra kroppen min: «En blir ikke sterkt av kroniske smarer, en blir sliten og lei.» Selv om dette var ord, språk, symboler, ga det gutten og mora en øyeblikkelig gjenkjennelse som skapte en god atmosfære gjennom resten av prosedyren.

Uten språk derimot, kan tolking være krevende, det vet alle som har møtt flyktninger. På det ene kurset satt jeg vis-a-vis en kvinnelig kollega jeg av obskure grunner stadig måtte se på. Plutselig så hun også på meg. Vi måtte



inntekt for det Piet Hein kaller den «absolutte relativisme». Åpenbart er det nødvendig for mennesket i en rekke sammenhenger å gruppere og ordne for å oppnå ny innsikt. Jeg finner det også formålstjenlig å repetere at gjenkjennelse er en vesentlig del av mellommenneskelig aktivitet, og at dette er mulig trass i alle betraktninger om språket som misvisende symbol. Forleden traff jeg på legevakten en rullestolsbundet femtenåring, i rullestol på grunn av en sjeldent arvelig sykdom med

begge smile, men jeg så ned. Et par minutter senere skjedde det igjen, og vi holdt på å le høyt. Jeg vet ikke hva det var. Kommunikasjon, ja. Interesse? Gjenkjennelse? Pur komikk? Hun var ikke neger. Jeg lurer på om det samme hadde skjedd da? Eller om hun var en hann?

Nåja, la bli med det. Ikke alt egner seg for forskning. □

Pål Gulbrandsen
Institutt for sosialmedisin
Pb. 1130
0318 Oslo

Oppgaver, aktiviteter og veivalg

Tekst: Even Lærum og Olav Rutle



Even Lærum, 50 år, cand. med. fra Oslo 1970, allmennpraktiserende lege ved Nedre Eiker legekontor 1972-80, Dr. med. 1984, Forskningsveileder NAVF-program for allmennmedisinsk forskning 1986-89, professor i allmennmedisin ved Institutt for allmennmedisin i Oslo fra 1987, spesialist i allmennmedisin samme år, har nå legepraksis ved Tanum legekontor en dag i uken. Har drevet forskning og forskningsveiledning bl. a. knyttet til nyresten, urin- og luftveisinfeksjoner i allmennpraksis, pasientopp-levelser ved sykdom, helse og livskvalitet og utgitt ca 110 vitenskapelige publikasjoner. Er for tiden instituttbestyrer ved Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo.



Olav Rutle er allmennpraktiserende på Jessheim og førsteamanuensis ved Institutt for allmennmedisin i Oslo.



Hva slags allmennmedisinske institutter trenger vi, spurte Eystein Straume i en leder i Utposten nr 6, 1994 (1). Det er et viktig spørsmål, som vi er glade for blir

tatt opp (2), ikke minst fordi det har skjedd store forandringer hos oss det siste året.

For ett år siden flyttet vi til Ullevål Terrasse, der vi deler hus

med de andre samfunnsmedisinske instituttene, bl. a. Institutt for sosialmedisin, Institutt for forebyggende medisin, Gruppe for trygdemedisin, Medisinsk historie, Senter for epidemiologisk forskning og Senter for internasjonal helse.

Vi har to professorstillinger, to førsteamanuenser, en halv sekretærstilling og ni langtids- og like mange korttidsstipendiater med hel eller delvis tilknytning til instituttet. De siste to årene har imidlertid instituttet vært merkbart preget av bemanningsreduksjon pga sykdom, permisjoner og vakanser.

Som universitetsinstitutt er vi pålagt oppgaver og plikter av vår arbeidsgiver. Disse er: 1) undervisning, 2) forskning og veiledning, 3) administrative oppgaver og 4) formidling. Vi vil si litt om hver av disse aktivitetene.

1) Undervisning

Undervisning i grunnutdanningen gjennomgår nå store forandringer, med den nye studieplanen for medisinerstudiet som skal starte om et år, kalt «Oslo-96». Allmennmedisin skal her bli et hovedfag på linje med indremedisin og kirurgi, og vil sannsynligvis få egen klinisk eksamen. I 11 av studiets 12 semestere skal det undervises i allmennmedisin. Dette innebærer mer enn en fordobling av våre samlede undervisningsoppgaver. Studentene skal ut i allmennmedisinsk praksis i seks uker (mot fire uker i dag) når de har ett år igjen av studiet. I tillegg skal de ut i praksis det første semesteret.

Ett av prinsippene i den nye studieplanen er tidlig pasientkontakt, og det skal skje i allmennpraksis. I stor grad har innholdet i studieplanen blitt i samsvar med

våre ønsker. Dette mener vi er en av de viktigste målene vi kan bidra til å befeste vårt fag overfor framtidens leger.

I 1993 fikk vi, sammen med instituttene for sosialmedisin, forebyggende medisin og rettsmedisin, Universitetets undervisningspris for godt læringsmiljø.

2) Forskning/veiledning

Forskningsaktiviteten har over tid vært klart økende. Ved siste oversikt var vi engasjert i ca 50 forskjellige prosjekter. Prosjektene varierer fra små «fritidsprosjekter» til større flerårige arbeider på doktorgradsnivå. For de fleste prosjektene fungerer de fast ansatte som veiledere.

Den viktigste rekrutteringen av stipendiater skjer gjennom allmennpraktikerstipendiene, hvor legene kommer med egne idéer og prosjekter hentet fra sin hverdag.

Tradisjonelt har det temamessig vært stor spredning i vår forskning. Det ønsker vi skal fortsette når det gjelder allmennpraktikerstipendene. Men for å bygge opp større kompetanse på noen områder har vi nå valgt å satse langsiktig på tre felt:

- lege-pasientforholdet
- klinisk allmennmedisin
- muskel-skjelettlidelser

Dette mener vi er helt sentrale områder i den allmennmedisinske hverdag.

Lege/pasientforholdet er viktig ved all pasientbehandling ved siden av det medisinsk faglige innholdet. Stikkord er: tillit, kommunikasjon, kontinuitet og oppmerksomhet på pasientopplevelser. Et godt lege-pasientforhold påvirker både pasienttilfredshet og det medisinske behandlingsresultat og motvirker klagesaker og hyppig doktorbytte. Vi har valgt dette satsningsområdet både pga vårt fags ideologiske forankring og den forskningen vi til nå har gjennomført. Forskning om lege-pasientforholdet er senere blitt et satsingsområde for hele instituttgruppen og for Det medisinske fakultet.

Som noen utvalgte eksempler på forskningen hos oss i dag kan nevnes pasientopplevelser ved ulike kliniske undersøkelser, utvikling av spørreskjema for registrering av pasienttilfredshet med primærhelse-tjenesten, kommunikasjon om seksuelt misbruk og incest, lege-pasientforholdet ved B-preparat-forskrivning, behandling av akutt nyresteinsskolikk, diagnostikk og behandling av sinusitt, diagnose og kontrollparametre ved diabetes og langtidsoppfølging av flere kohorter med henblikk på utvikling av muskel-skjelettlidelser. Vi mener dette er praksisrelevante prosjekter med potensiell nytteverdi i den allmennmedisinske hverdag.

Som mål på vår vitenskapelige produksjon for 1994 hadde vi bl.a. 17 artikler i internasjonalt anerkjente tidsskrifter, og ca like mange i nasjonale tidsskrift. To stipendiater disputerte for den medisinske doktorgrad, og to som leverte inn, har fått godkjent sine avhandlinger.

3) Administrative oppgaver

Sist vi fast ansatte gjorde opp vårt bo, deltok vi i 46 forskjellige utvalg, komiteer og råd. Man kan spørre seg hvor mye fornuftig og produktivt som kommer ut av dette arbeidet og vi må se kritisk på all tiden som går med. Men det er oppgaver som for det meste er pålagt oss av arbeidsgiver og som ofte innebærer viktige påvirkningsmuligheter. Som eksempler kan nevnes: deltakelse i forsknings- og studieutvalg, semester- og fagplan-utvalg, fakultetsråd, bedømmelseskomiteer for doktorgrader og vitenskapelige stillinger. Vi er også med å administrere flere større multisenterundersøkelser i allmennpraksis.

4) Formidling

Formidling har først og fremst vært knyttet til videre- og etterutdanningen i form av kursansvar og foredrags-virksomhet, både innen klinisk allmennmedisin og forskning. Vi deltar også i veilednings-

grupper og i lokale møteserier for allmennpraktikere. Her ser vi gjerne at vi blir spurta om å delta i større grad enn tilfellet er idag. Enkelte av oss deltar også i populærmedisinsk formidling.

Fotfeste i faget

Allmennmedisin er nå etablert som et akademisk fag. Det ser vi som en viktig landevinning. Vi er likevel klar over at den akademiske allmennmedisinen lett kan miste fotfestet i selve faget. Vi opplever at den kliniske delen ble lite synlig i den universitetsadministrative sammenslåingen som har skjedd. Vi har arbeidet for at allmennmedisin er noe annet enn et samfunnsmedisinsk fag, og tror vi har fått gjennomslag for det. For eksempel har vi fått støtte for at instituttgruppen nå skal hete «Instituttgruppe for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag».

Vi prøver også å beholde fotfeste i faget på andre måter. For det første har alle fast ansatte klinisk arbeid, fra en dag i uka til halv stilling, og flere av våre stipendiater er halvtids praktikere eller fulltids-praktikere med kortvarig permisjon. For det andre har vi stadig kontakt med praktikere gjennom kurs og foredrag. Og for det tredje har vi kontakt med et praksislærerkorps på over hundre allmennpraktikere i østlandsregionen fra Dombås i nord til Lillesand i sør.

Vi erkjenner imidlertid at vi ikke har hatt god nok kontakt med våre praksislærere. Vi skulle i større grad ha besøkt dem, gitt dem pedagogisk påfyll, og brukt dem aktivt i arbeidet med å utvikle vårt institutt. Vi prøver nå å gjøre noe med dette. For det første har vi i forbindelse med den nye studieplanen søkt om 20 x 1/5 stillinger for allmennpraktikere slik våre kolleger i Trondheim har gått i bresjen for. Om vi får det er ikke avgjort, men Det medisinske fakultet har gått inn for ordningen. Disse tjue allmennpraktikerne, pluss minst like mange til uten formell stilling, har vi tenkt skal

inngå i et nettverk som vi har kalt Akademiske praksiser. Det er et nettverk av allmennpraktikere på Østlandet og Institutt for allmennmedisin. Hovedintensjonen er å utvikle allmennmedisinsk undervisning, drive fagutvikling og i noen grad forskning. Vi tror dette nettverket er med på sikre Instituttets tilknytning til praksis. Samtidig får vi i økt grad praksis inn i undervisning og forskning.

I tillegg til dette planlegger vi fast ansatte i løpet av 1995 å besøke alle praksislærere som hadde student i 1994. Vi vil også i den grad det er tidmessig mulig delta på viktige primærmedisinske konvensjoner, seminarer, årsmøter m.v.

Etter denne redgjørelsen kan man spørre seg om vi er på rett vei? Vi mener at den viktigste oppgaven vår er å sikre en solid akademisk forankring. Det skal undervises i allmennmedisin på universitetsnivå og det skal forskes i all-

mennmedisin i tråd med det som står i universitetets strategiske plan for 1995 til 1999: «Forskning er universitetets livskilde og hovedgrunnlag». Det gjelder også oss som arbeider i akademisk allmennmedisin. Vi må som alle andre universitetsansatte ha arbeidsgiverpålagte oppgaver som første prioritert. Og vi må innordne oss under akademiets lover og regler, selv om dette i blant går på tvers av allmennpraktikernes syn og ønsker. Sammen bør vi kjempe for flere ressurser til å løse de mange oppgavene vi har. I tillegg bør vi sammen arbeide for bedre kontakt, informasjonsutveksling og samarbeide både faglig og forskningsmessig.

Sluttkommentar: Denne gjennomgangen kan noen synes har hatt et skjær av selvros. Da vil vi svare med å sitere en klok person som hevdet: «ta selvros alvorlig, den kommer alltid fra hjertet».

Og vi avrunder med å si: Velkommen til oss og til debatt om våre oppgaver, aktiviteter og veivalg – og hvilke allmennmedisinske institutter vi trenger. □

Olav Rutle og
Even Lærum
Institutt for
allmennmedisin i Oslo
Pb. 1130 Blindern
0318 Oslo

Litteratur

- 1 Straume E.
Hva slags allmennmedisinne institutt trenger vi?
Utposten 1994; 23: 223.
- 2 Lærum E, Rutle O, Evensen ÅR,
Clausen B.
Fra Institutt for
allmennmedisin i Oslo:
Svar på en leder.
Utposten 1994; 23: 309.

Leserbrev

Hjelp og penger å hente?

Utposten er gjort oppmerksom på at de som driver med forsøk i lokale små enheter, kan søke både faglig hjelp og penger fra *Fondet for Lokale Helseforsøk*. Det dreier seg om en privat stiftelse som har som formål å støtte brukerstyrt evaluering av lokale helseforsøk. Dette er forsøk hvor det skal være et samarbeid mellom de det gjelder og eksperter, med helse i noen form som formål. Eksempler på slike forsøk er Liv Laga i Lofoten, Floraprojektet og det nye kulturhuset i Fjell kommune utenfor Bergen. Det sentrale i prosjektene som man vil stimulere er brukermedvirkning på alle ledd, også i forbindelse med evalueringen.

Medlem av fondets styre, dr. Bjørgulf Claussen ved Allmennmedisinsk Institutt i Oslo, forteller

at fondet har en kapital på rundt 120 000, og at de hvert år vil gi ut ca. 10–20 000 til 1–3 prosjekter som måtte oppfylle formålet. Pengene skal gå til evaluering – «det er for mange prosjekter som avsluttes før man har fått evaluert dem skikkelig». Prosjektene bør være små og ha et klart lokalt preg. Store prosjekter med mange aktører og komplisert organisering og finansiering vil sannsynligvis falle utenfor.

I tillegg har fondet knyttet til seg en stor og kompetent referansegruppe som vil kunne bidra med både praktiske tips og f.eks. litteratur, kontakter med andre prosjekter etc. Medlemmene er spredt over hele landet slik at alle deler av landet vil kunne få en kontaktperson.

For den som ønsker å være med å støtte slike prosjekter, kan bidrag sendes til fondet. Pengegaver er skattefrie – de kan trekkes fra på selvangivelsen!

For å få kontakt med fondet og for donasjon kan man kontakte Truls W. Gedde-Dahl, telefon 22 18 40 78. Her vil man også kunne få søkeradsskjema.

Betty Pettersen



Mange kan bidra til gode utprøvinger av lokale helsetiltak

Dette leserbrevet minner om noen få, men viktige sider av det samfunnsrettede arbeid med helse og helsefremmende tiltak. Legene har tidligere stått sentralt i dette arbeidet, men det vil ikke uten videre fortsette slik i fremtiden.

En fersk diskusjon av folks helseproblemer (1) konkluderer med at:

- sosioøkonomiske forskjeller er økende og viktige å angripe
- kvalitetsforskning bør settes inn for å finne epidemiologien for positiv helse, inklusive metoder for å fremme helsen slik at grunnlaget for politiske avgjørelser og tiltak kan presenteres på en overbevisende måte
- praktisk folkehelsearbeid bør legge vekt på å velge det riktige problem og gjøre et kvalitetsarbeid som medfører at sakene får gode politiske konsekvenser

Utposten 6/94 minner om noen premisser man bør ta hensyn til for å følge opp disse problemer i praksis. Man bør således grundig tenke på og satse på bedre utvikling av :

- «det gode liv» for primærlegen som en avgjørende forutsetning for den medisinske delen av det lokale helsefremmende arbeid
- primærlegens spesielle mulighet til å registrere lokalbefolkingens helsestatus og virkninger av ulike helsetiltak (og av «forstyrrende faktorer» for årsaksslutninger)
- samarbeidsmåten mellom sentrale fagfolk og lokal virksomhet

- lokal samordning av spesifikk helseopplysning med andre helsetiltak

Vi minner dessuten om at:

- kvalifisert nærmiljøarbeid bør prioriteres høyere, fordi det er effektivt
- bevisst eksperimentering er påkrevet og oftest mulig når en mangler gode praktiske metoder for håndtering av spesifikke helseproblemer
- ulike helhetstilnærminger eller arbeidsmodeller bør stadig utprøves og evalueres med oppdaterte metoder. To viktige eksempler på ulike opplegg som begge baserer seg på lokal styring og mange av de overnevnte prinsipper er Sogn og Fjordane prosjektet for forebygging av ulykkes-skader (2) og systemet for Lokale helseforsøk (3).

Svarene på disse utfordringene kan kanaliseres i riktig retning ved å:

- påvirke holdninger og praktiske muligheter slik at enhver som har noe å bidra med i et tiltak/prosjekt får anledning til å bidra (åpenhet fra sentralt og lokalt hold og fra både lerd og leg)
- vektlegge allsidige og gode metoder for totalevaluering
- i totalevalueringer vektlegge de svake gruppene (1). Det innebærer at man i Lokale helseforsøk må satse på total oppslutning for å unngå utvalgsproble-

mer (bias) (3). Da får man med de viktige marginalgruppene.

Den videre styring av det praktisk helsefremmende arbeid synes for tiden noe usikker (4). Skal helsearbeidere kunne influere positivt på den videre utvikling av helsetiltak som ulike sektorer og politikere formelt samordner, tror vi at man bør legge vekt på momentene ovenfor. I februar vil det deles ut en evalueringspris fra det nye, private «Fondet for Lokale helseforsøk» (Utposten 4/94). Dette vil være en liten skjerv i et slikt arbeid.

Hilsen
Truls W Gedde-Dahl
og Peter F Hjort

Litteratur

1. Hjort PF. Prevention: the wish of everybody, the priority of nobody. Plenary lecture at Eur Publ Hlth Assoc annual meeting Copenhagen 17.12.94.
2. Kopjar B, Guldgrov B, Dale JH. Sogn and Fjordane county community-based injury prevention: evaluation design. NIPH Annals 1992; 15(2):87-98.
3. Gedde-Dahl TW. Lokale helseforsøk. En effektiv satsing på forebyggende arbeid? Utposten 1993;21(4):164-9.
4. Grimsmo A. Forebyggende helsearbeid i fare. Vitamin 1994;7(5):10.

**Imigran på blå
resept betyr ikke at
alle med hodepine
skal ha det**



**IMIGRAN
PÅ BLÅ
RESEPT**

HVEM SKAL IKKE HA IMIGRAN, - OG HVEM BØR FÅ DET?

Det blir din oppgave å sørge for at pasienter med andre former for hodepine enn migrene ikke får resept på Imigran.

Følgende kontraindikasjoner gjelder for Imigran: Hypersensitivitet overfor innholdsstoffene. Ukontrollert hypertensjon. Sumatriptan må ikke brukes av pasienter med tidligere hjerteinfarkt, pasienter med ischemisk hjertesykdom eller Prinzmetal angina/koronar vaso-spasme. Samtidig bruk av preparater som inneholder ergotamin eller ergotaminderivater. Samtidig bruk av monoamin-oksydasehemmere eller i to uker etter slik behandling.

Migrenepasienter som har utmerket effekt av annen behandling skal heller ikke ha Imigran.

NÅR ER DET RIKTIG Å FORSKRIVE IMIGRAN?

Det er også din oppgave å sørge for at de av dine pasienter som trenger Imigran får det. Indikasjonen for Imigran er: Akutte anfall av migrene med eller uten aura der symptomene er alvorlige og annen behandling ikke har ført frem.

HVEM KAN FORSKRIVE, - OG HVORDAN BRUKES IMIGRAN?

Fra 1. januar 1995 har alle leger anledning til å forskrive Imigran. Imigran kan forskrives på blå resept § 9 punkt 36 (migrene anfallskuperende midler) av leger ved nevrologisk avdeling eller poliklinikk, eller spesialister i nevrologi eller allmennmedisin.

Vanlig dose er én 100 mg tablett. Denne skal tas når pasienten er helt sikker på at det er et migreneanfall. Dersom symptomene kommer tilbake, kan behandlingen gjentas. Maksimal døgn dose er 300 mg. Behandlingen bør

prøves ved tre anfall før effekten vurderes. Pasienter som får god effekt av denne behandlingen, kan prøve å redusere dosen til én 50 mg tablett. Denne dosen er tilstrekkelig for noen anfall hos enkelte pasienter. Målet bør være å bruke laveste effektive dose.

Hvis én 100 mg Imigran tablett ikke gir tilstrekkelig effekt – og migrenediagnosen er sikker, – kan pasienten prøve Imigran subkutan injeksjon. Effekten er noe bedre og kommer raskere (etter 10-15 minutter) enn ved bruk av tabletter. Hvis symptomene kommer tilbake, kan ny dose gis. Maksimal døgn dose er to injeksjoner (12 mg). Ved oppkast anbefales injeksjon fremfor tabletter.

Behandling med Imigran må ikke anses som mislykket uten at injeksjon har vært forsøkt.

Vi ønsker at Imigran skal beholde sitt gode rykte. Derfor er det svært viktig at Imigran bare blir forskrevet ved sikker migrenediagnose.

Glaxo

Glaxo AS, postboks 4312 Torsvold, 0402 Oslo
Telefon: 22 15 19 45 Telefax: 22 15 67 61



Imigran "Glaxo"

Migrenemiddel.

ATC-nr.: N02C X04

T INJEKSJONSVÆSKE 12 mg/ml: 1 ml inneh.: Sumatriptan succinat respond. sumatriptan 12 mg, natr. chlorid 7 mg, aqua ad inject. ad 1 ml. **Tabletter 50 mg og 100 mg:** Hver tablet inneh.: Sumatriptan succinat respond. sumatriptan 50 mg, resp. 100 mg, lactos. 207 mg, resp. 140 mg, const. q.s. Fargestoff: 50mg: Titandioksid (E171), jernoksid (E172). 100 mg: Titandioksid (E171). **Egenskaper:** Klassifisering: Vaskulær 5HT₁-receptoragonist. Virkningsmekanisme: Selektiv 5HT₁-receptoragonist uten effekt på 5HT₂- og 5HT₃-receptorer. 5HT₁-receptorer er funnet i hovedsak i carotis sirkulasjonen. Dilatasjon av disse kan antas å være den underliggende mekanismen ved migrene. Absorpsjon: Subkutan injeksjon: Rask og fullstendig. Klinisk effekt etter 10-15 minutter. Biotilgjengelighet: 96%. Tabletter: Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biotilgjengelighet: 14%. Proteinbinding: 14 - 21%. Halveringstid: Ca. 2 timer. Metabolisme: Metaboliseres hovedsakelig til et inndøleddksyredeserivat av sumatriptan, tils. 5HT₁, eller 5HT₂ aktivitet. Utskillelse: I urinen. Indikasjoner: Akutte anfall av migrne med eller uten aura der symptomene er alvorlige og annen behandling ikke har ført frem. Kontra-indikasjoner: Hypersensitivitet overfor innholdsstoffene. Ukontrollert hypertensjon. Sumatriptan må ikke brukes av pasienter med tidlige hjerteinfarkt, pasienter med ischemisk hjertesykdom eller Prinzmetal angina/koronal vasospasme. Samtidig bruk av preparater som inneholder ergotamin eller ergotaminderivater. Samtidig bruk av monoaminoksydasehemmere eller i 2 uker etter slik behandling. Bivirkninger: **Hypiske (>1/100):** Smerte på injeksjonsstedet. Smerte, kribling, varme, tyngde, trykk eller stramninger i deler av kroppen, inkludert bryst og halsregion. Symptomene er hovedsakelig milde og kortvarige, men kan i enkelte tilfeller være intense. Disse symptomene kan forveksles med angina pectoris og kan i sjeldne tilfeller (<1/1000) være forårsaket av koronarvasospasme. Forbigående redm, svimmelhet og mathet. Tretthet. Døsigheit. Forbigående blodtrykksstigning (10 mm Hg). Kvalme og oppkast. **Mindre hypiske:** Endringer i leverfunksjonsprøver. Hudutslett. Sjeldne (<1/1000): Epileptiforme anfall, blodtrykksfall, bradykardi, overfølsomhetsreaksjoner (fra hudreaksjoner til sjeldne tilfeller av anafylaksi). Takykardi. Hjertebank. Kortvarig økning i perifer karmotstand. I ekstremt sjeldne tilfeller (<1/10000) har det vært rapportert arytmier, forbigående ischemiske EKG-forandringer eller hjerteinfarkt ved bruk av sumatriptan. **Forsiktighetsregler:** Sumatriptan skal ikke injiseres intravenøst. Migrene-pasienter kan være spesielt utsatt for cerebrovaskulære hendelser (f.eks. cerebrovaskulæ skade, TIA) som i enkelte tilfeller kan forveksles med symptomer på migrne. Sumatriptan bør bare brukes i tilfeller hvor det ikke er tvil om diagnosen migrne. Ved tvil bør pasientene henvises til nevrolog. Sumatriptan bør ikke benyttes ved hemiplegisk, oftalmoplegisk eller basilaris migrne. Koronar sykdom må utelukkes før Imigran

forskrives til pasienter hvor hjertesykdom kan misteknes. Sumatriptan bør brukes med forsiktighet av pasienter med epilepsi eller andre forandringer i hjernen som senker krampeterskelen. Pasienter med kjent overfølsomhet overfor sulfonamider kan utvikle en allergisk reaksjon (fra hudreaksjoner til anafylaksi) ved bruk av sumatriptan. Dersom ergotamin brukes, må ikke sumatriptan tas tidligere enn 48 timer etter inntak av ergotamin. Tilsvarende må det gå 24 timer før ergotamin kan tas etter inntak av sumatriptan. Forsiktighet utvises hos pasienter med sykdom som kan føre til endret absorpsjon, metabolisme eller utskillelse av legemidlet, som f.eks. nedsatt nyrefunksjon. Lavere dosering bør vurderes til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Døsigheit kan opptre som et resultat av migrne eller behandling av denne. Forsiktighet bør utvises hos pasienter ved bikkjøring, betjening av maskiner o.l. På grunn av begrenset erfaring, bør sumatriptan inntil videre ikke brukes av pasienter under 18 eller over 65 år. En tendens til økning av visse svulsttyper i dyreforsøk innen normal spontan forekomst er rapportert. **Graviditet og amming:** Erfaring med bruk av sumatriptan hos gravide er begrenset. Det er forholdsvis lav margin mellom anbefalt klinisk dose hos menneske og doser som har gitt fosterdød i dyreforsøk. Bruk under svangerskap frarådes derfor. Sumatriptan utskilles i morsmelk hos dyr. Opplysninger om overgang i human melk foreligger ikke. Bruk av sumatriptan under amming anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** Ergotamin. MAO-hemmere. Teoretisk mulighet for interaksjoner med litium og serotonin re-opttakshemmere. **Dosering:** Til behandling av akutte anfall av migrne. Må ikke brukes profilaktisk. Det anbefales å starte behandlingen ved de første tegn på migrne. Sumatriptans effekt er imidlertid uavhengig av hvor lenge anfallen har vart når behandlingen starter. De anbefalte doser bør ikke overskrides. **Voksne (18-65 år):** **Tabletter:** Vanlig dose er 1 tablette á 100 mg. En lavere dose (50 mg) vil være effektiv for noen anfall hos enkelte pasienter. 1 tablette á 50 mg bør benyttes dersom pasienten har nedsatt leverfunksjon eller dersom pasientens bivirkninger begrenser nyten av 100 mg-tabletten. Dersom symptomene kommer tilbake kan behandlingen gjentas. Maksimum døgndose: 300 mg. Det skal være minimum 2 timer mellom dosene. Tablettene svelges hele med 1/2 glass vann. **Injeksjonsvæske:** Bare til subkutan injeksjon. Pasientene bes lese bruksanvisningen nøyde, og spesielt legge merke til håndtering av brukt sprøyte. En ferdig fylt sprøyte (6 mg) injiseres subkutan. Injeksjonsvæsken bør brukes til pasienter hvor rask innsettende effekt er nødvendig eller ved kvalme og oppkast. Dersom symptomene kommer tilbake kan en ny dose gis i løpet av 24 timer. Det skal være minimum 1 time mellom dosene. Maksimum døgndose: 2 injeksjoner (12 mg). **Oppbevaring og holdbarhet:** Injeksjonsvæsken beskyttes mot lys. **Pakninger og priser:** **Injeksjonsvæske:** Med GlaxoPen: 0,5 ml (6 mg pr. sprøyte) x 2 kr 586,40. **Refill:** 0,5 ml (6 mg pr. sprøyte) x 2 kr 566,30. **Tabletter:** 50 mg: Enpac: 6 stk. kr 400,40. 100 mg: Enpac: 2 stk. kr 247,20. 6 stk. kr 692,-.

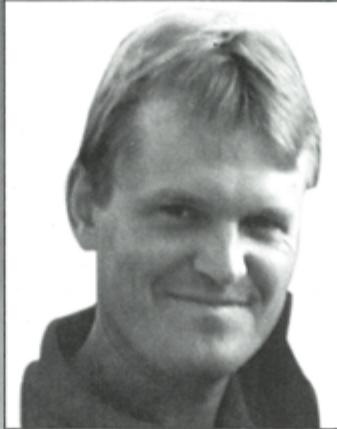
T:36

Glaxo

Glaxo AS, postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo
Telefon: 22 15 19 45 Telefax: 22 15 67 61

På tur til eventyrland

Tekst: Arnulf Heimdal



Tidligere omstreifende allmennpraktiker, med kjærlighetsorg til Lofoten. Opprinnelig fra Oslo, og nå i ferd med å gro fast på ny. Cand. med. Bergen 1984, spesialist i allmennmedisin, mottar for tiden kommunal lønn til livsopp holdet. Lite imponert over kommunale datasystemer.

Han fornemmet straks at den gamle damen var skeptisk til forslaget. Fysioterapi for et litt varmt og ømt tommelfingerledd ønsket hun ikke. Hun ba bare om en trygghet for at det ikke var noe farlig. Så, som den gode og trygge lege han så ut som, gjorde han det eneste rette. Det kom bare så overraskende, der han satt med det mest imponerende og moderne datasystemet for allmennpraksis jeg noensinne har sett. «Men du kan også smøre litt Tigerbalsam derpå, det vil nok lindre noe.» Det sa han, på vennlig dansk. Mens

Praksisbesøket ble en eventyrlig erfaring, om hva som går an og hvordan man kan ha det i allmennpraksis.

han strøk den gamle damens tommelfingerledd med sine fingre.

Hun virket beroliget med dette, og takket for seg, ca 8 minutter etter at konsultasjonen hadde startet. Og delte neppe min opplevelse av kontrasten mellom gode gamle råd for allverdens helseplager, og vår tids hypermoderne fremskritt. Jeg fikk på ny denne følelsen av å være i eventyrland.

Slik jeg fikk det under den forrige konsultasjonen. Som var en vanlig helsekontroll av en 10 mnd gammel gutt. Nokså identisk med det som foregår på norske helsestasjoner, bortsett fra at dette var en naturlig del av hans daglige arbeidsoppgave, som allmennpraktiker i Danmark. Han henter frem gutten på skjermen på undersøkelsesrommet. Jeg så i farten at skjermen var nummerert med nr 13. Etter å ha undersøkt gutten, la han enkelt og greitt inn høyde, vekt og hodeomkrets i datajournalen. Og så, med kun ett trykk på en tast, var skjermen full av percentilkurver i nydelig oppsett, med farger og alle herligheter. Eventyrland...

På Danmarkstur

Hele kontoret var altså på Danmarkstur. Finansiert av et lykkelig sammentreff av en godhjertet og savnet kollega, og legemiddelinndustriens pengepung. Temaet var praksisbesøk, der vi ønsket å se litt nærmere på hvordan dansk allmennpraksis fungerer. Der har de hatt listepasientsystem i en mannsalder allerede, noe som vi hadde hørt fungerte nokså ukomplisert.

Mistenkelig. I hvert fall verdt å se nærmere på. Forberede oss på det som måtte komme også her på berget.

Dessuten er det godt for arbeidsmiljøet å gjøre lystbetonte ting sammen. Selv var jeg sitemann ansatt, og så frem til samværet med vennlige arbeidskollegaer av ulike yrkesgrupper. Sykepleiere, bioingeniør, legesekretærer og leger. Et velutstyrt kontor i landets største by, med god stabilitet og lite frustrasjoner. Et sted å slå seg til ro, etter i alt 8 ulike arbeidsplasser de siste 10 år. Jeg hadde til og med begynt å bli fortrolig med kontorets datasystem. Ihvertfall på gode dager. Selv om det helt klart hører hjemme på bydelens museum, rett borti gata her, og har gjort det i endel år allerede. Ett av de etterhvert mange tvilsomme offentlige dataprosjekter.

Og her er hva vi så...

Vi traff allmennpraktikere med fra 14 til 25 års fartstid i samme praksis. 20 – 25 pasienter på en vanlig dag. Tykke bunker med listepasienter, ankommet dagen før vårt besøk, utsendt og ajourført hvert halvår. Opp til 45 timers arbeidsuke i en vanlig fulltidspraksis. Pasienter som har gratis legehjelp, og tar dette som en selvfolge. Kort sagt, et lovende opplegg til temaet utbrenhet i allmennpraksis. Men nei.

Tilfredshet og autonomi

De var tilfreds med listepasient-systemet. Pasientene også. Og vente-

tid for ledig time?? Fra 1 – 6 dager for vanlige timer, men der var alltid ledige hastetimer fra morgenen av. Og midt på dagen kunne pasientene komme uanmeldt i et visst tidsrom. Dette medførte av og til noe forsinkelser, men sjeldent mer enn 20 -30 minutter. Dessuten kunne de med et trykk på tastaturet se at det på senteret var 25 ledige timer på mandag.

Dette var fredag, og senteret med sine 5 leger betjente ca 6000 pasienter, samt deres børn.... Et sted i provinsen, som her lå ca

1 times togreise fra København. De var fornøyd med å eie sitt eget lunsjbord, samt annet inventar. De valgte selv fritt sine medarbeidere og kollegaer ved nyansettelser. Akkurat det var sjeldent et tema. Pengene kom fra det offentlige. Dels som tilskudd pr hode på listen, dels som refundert regning for hvert besøk, nokså likt våre lege-regningskort. Ukomplisert det også. Dessuten hadde de et par damer noen timer pr dag til å lage i stand frokost, som hos oss heter lunsj, men ikke ser slik ut.

Autonomi, sa den ene. Det samme ordet som vår vennlige og savnede norske kollega hadde brukt for å forklare hvorfor han sluttet i norsk kommunal fastlønnet allmennpraksis. Han hadde savnet det. Men han syntes det var trivelig å være med gamle arbeidskamerater til Danmark.

Noe må være problematisk?

Om ikke kvinnelige leger var mer utsatt for å gå lei?? Særlig med liste-pasientsystemet?? De kjente ingen, og visste heller ikke om mange som sluttet før pensjonsalder. Riktignok hadde kvinnelige leger noe lenger ventetid for vanlig time, kanskje 6-7 dager, men det gikk godt. Men jo, de hadde nok ofte noe mer kompliserte pasientgrupper.

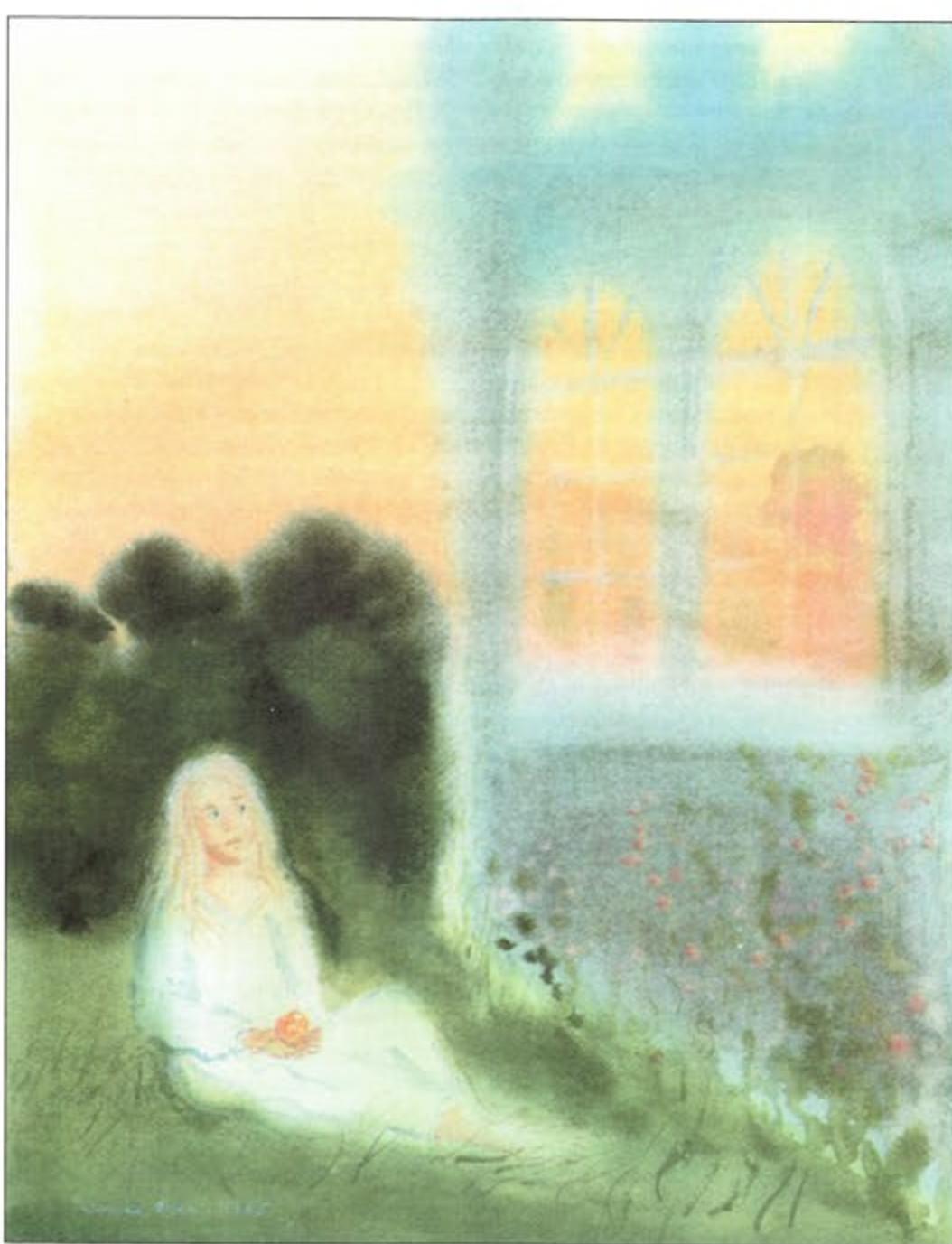
Om ikke det var mye å gjøre??

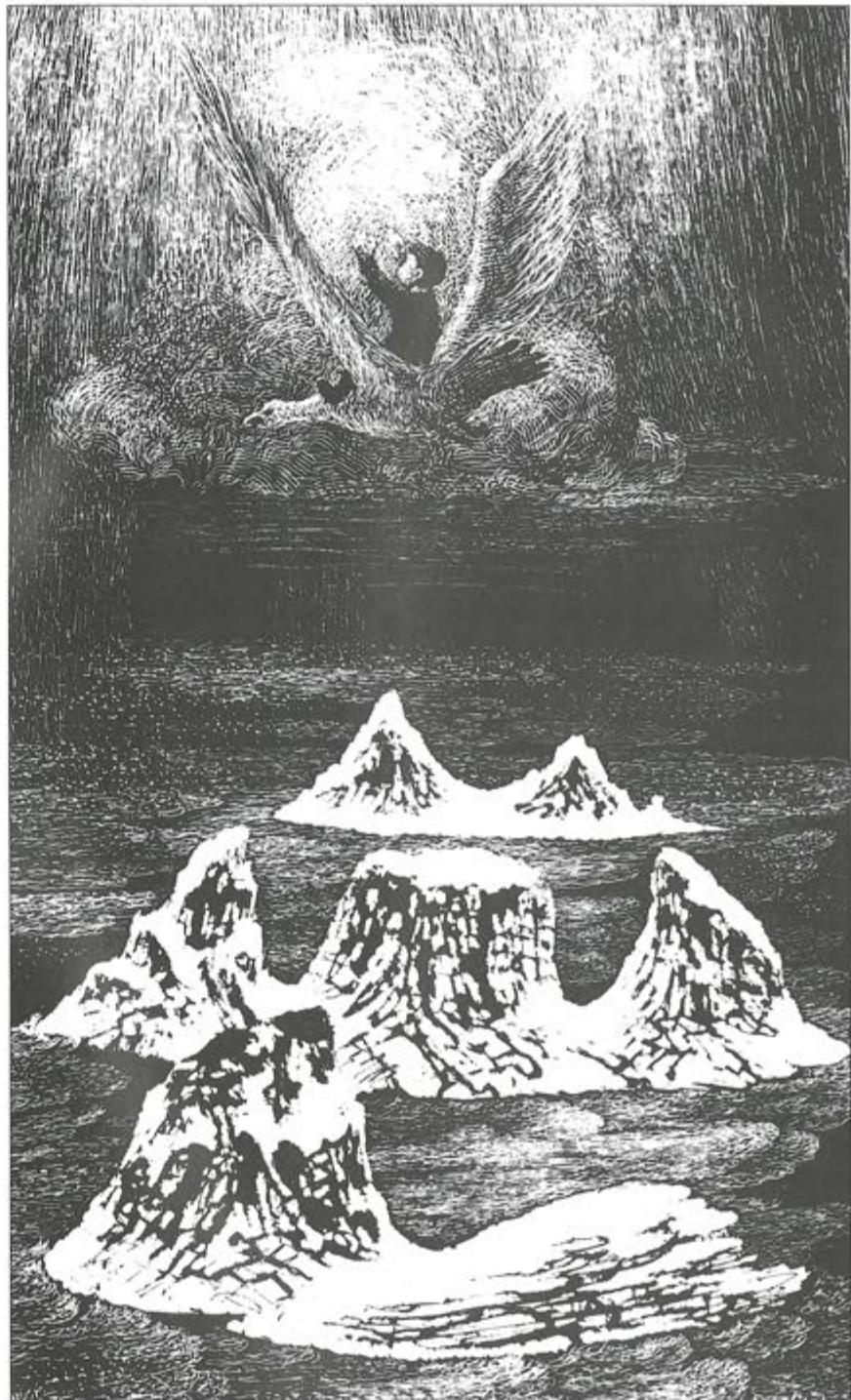
Joda. Men om en gikk sammen i gruppepraksis, kunne en organisere seg slik at det ble fridager innimellom. Feks hver mandag...

Men ble det ikke mye unødig mas og tull når alt var gratis???
Tja...? Nei, de syntes da ikke det?

En mistanke hadde meldt seg... Om det var mange søker til ledige allmennpraktikerstillinger i Danmark??

Noe varierende, men gjennomsnittlig ca 30 – 50 stykker. Også i provinsene. Noe mer i København.





Arbeidsledighet blandt leger?
Nei, ikke etter en reform på sykehusene for noen år siden, der en opprettet en god del faste stillinger for avdelingsleger på hvert sykehus.

Neivel, ikke det heller. Men var det da ikke noe som opplevdes som negativt for danske allmenpraktikere??
Joda. Etter å ha tenkt seg noe om,

kom det frem at den offentlige satting på samfunnsmedisin var dårlig. Ihvertfall kunne den vært bedre. Måskje som i Norge??

... og enda mer
Etterpå fikk vi høre litt om det de drev med utenom vanlig allmennpraksis: Sorg- og krisegruppe. Psy-

koterapeutisk gruppe. Sov-godt-prosjekt, der forbruket av sove-medisiner lokalt hadde sunket betydelig og holdt seg der i lang tid.... Lokalradio med helseinformasjon. Redigering av tidsskrifter. Samt «Andet efter ønske»....

Hjem – til ettertanke

Etter en hyggelig middag på en egnet fergekro ble vi kjørt til stasjonen. Klem og toget hjem. Fra eventyrland.

Neste dag var fredag, men ble også brukt til litt undring.

Skulle vi si ja til EU? Og hvorfor brukte aldri pasientene mer enn ca. 15 min på å fremføre sine ærender, samt bli fornøyd med resultatet??

At det var så kort ventetid for ny time måtte være noe av svaret. Man trenger ikke lage noen lang liste før doktorbesøket når det bare er å komme tilbake neste dag om en skulle ha glemt noe. Dessuten kostet det jo heller ikke noe mer å glemme noe. Og våre gode og vennlige kollegaer hører nok definitivt til de mer ressurssterke, på mange vis. Det hjelper godt.

Men kanskje det også dreier seg om noe mer? Om lunsjbord og autonomi? Om datasystemer med persentilkurver kun ett tastetrykk borte? Om trivsel og stabilitet, variasjon og kontinuitet? Om en smule dansk vennlighet?

Praksisbesøk til et annet land anbefales på det varmeste. Vi så, vi undret oss, vi gledet oss sammen, og kanskje lærte vi noe nyttig også, til eget bruk. Jeg tror det.

For det går an. I eventyrland... □



Anmeldt av Olav Thorsen

Universitetsforlaget 1994

220 sider

Pris 245 kr.

Når man får tilsendt en bok for anmeldelse ti dager før jul med frist 1. januar, kan to ting skje: man kaster et raskt blikk på boken, blar litt i den og ber så om utsettelse – eller man kaster seg over boken og sluker denne som en sulten ulv, mens man lar juleforberedelser og legevakter gå sin skjeve gang. Jeg gjorde ingen av delene. Dette er nemlig ikke en bok man leser fra perm til perm uten å puste. Det er en bok man studerer, bruker tid på og tenker igjennom. Dette lar seg vanskelig forene med hektisk julehandel og familieselskaper med barn i alle aldre og andre rare dyr som forstyrre julefreden. Denne anmeldelsen er derfor resultatet av en enkel gjennomlesning i løpet av noen stille stunder mellom julekaker og nyttårsfeiring.

Bakgrunnen for boken er en undersøkelse om pasienters tilfredshet med leger som Den norske lægeforening ønsket å få gjennomført i 1986. På det tidspunktet hadde allerede flere slike undersøkelser blitt utført, blant annet Kverneviktundersøkelsen (Thorsen, Fugelli, Samuelsen). Den intervjuundersøkelsen denne boken byg-

Ole Berg og Per Hjordahl

Noe for meg – og kanskje for alle?

Medisinens som pedagogikk

En studie av pasienters erfaringer med leger

ger på ble foretatt av MMI i 1987 og dekker et vidt spekter av spørsmål om lege-pasientforholdet: legesøkningsfrekvens, roller, tillitsforhold osv. I boken finner man foruten spørsmålene som ble stilt, også en rekke tabeller med resultaten fra undersøkelsen og forfatternes kommentarer til disse.

Boken har fire hovedkapitler: legesøkning (hvem går til lege og hvor ofte), lege- og pasientrollene, pasientenes vurdering (tilfredshet) med legene og tilslutt forfatternes betrakninger omkring legerollen nå og i fremtiden.

Boken er utgitt med støtte fra Den norske lægeforening, og er fra forfatternes side «tildels skrevet for et faglig publikum», men henvenner seg også til «den interesserte almenhet». Store deler av boken, det vil si tre av fire hovedkapitler, er sterkt preget av forfatternes forskningsbakgrunn og behovet for dokumentasjon og faglig fremstilling av resultatene fra spørre-skjemaudsøkelsen. Mange vil nok derfor ha noe problemer med endel spesialuttrykk og forkortelser som forekommer i slike vitenskapelige arbeider ($\gamma = .21$, $kjikv.: 100.68$, $9d/f$, $p = .0001$ osv.). I tillegg er endel av tabellene forsynt med forkortelser som gjør dem vanskelige å forstå uten samtidig å lese hele teksten (p.kns., Ikpas., Ing.oppf., osv.). Forfatterne bruker også endel uttrykk som det

kanskje med fordel kunne vært funnet norske betegnelser på, som «exit»- og «voice»- pasienter. Deler av boken virker derfor, paradoksal nok litt, lite pedagogisk i sin fremstilling av stoffet.

Den siste delen kan leses separat, i og med at den både inneholder et resymé av resultatene fra undersøkelsen, og samtidig forfatternes tanker og filosofering omkring legerollen nå og i fremtiden. Med bakgrunn i resultatene anbefales en systemisk tilnærming til pasienten og en aktiviserende legerolle preget av innlevelse i pasientens situasjon. Denne delen av boken kan på mange måter leses som en lærebok om lege-pasientforholdet.

Boken krever altså at man bruker tid på den, gjerne som materiell i en kollegial studiegruppe. Når man leser denne boken tenker man uvilkårlig: – er jeg slik? og – hvordan virker jeg på mine pasienter? □

Olav Thorsen
Klubbgt. 9
4013 Stavanger



Anmeldt av Eystein Straume

Forlag: Universitetsforlaget
2. utgave 1994
ISBN 82-00-41087-0
352 sider, pris kr. 315.-

Viktig innfallsport til temaet arbeidsløshet.

Forfatteren presenterer boken som 2. utgave fordi den er en oppfølging av boken «Arbeidsløs i velferdstaten» som kom på samme forlag i 1986. Benevnelsen forvirrer og forunder meg fordi dette er en annen bok. Den første boken var et samarbeid mellom tre forfattere med ulik bakgrunn (Knut Halvorsen, Odd Bakken og Per Fugelli) og den kom i forkant av den store bølgen med arbeidsløshet som vi nå opplever. Boken ble en hjelp for blant annet undertegnede til å forstå hva som skjedde når arbeidsløsheten skyldet over samfunnet. Boken var i forkant av det som skjedde og den stilte grunnleggende spørsmål om årsaker til og følger av arbeidsledighet samtidig som den problematiserte fenomenet arbeid i det postindustrielle samfunn. Mine forventninger til 2. utgave av boken var derfor store. Jeg er skuffet uten at jeg riktig vet hvorfor. Tittelen er forandret og den er blitt underlig eksklusiv. Termen arbeidsmarginalisering appellerer neppe til andre enn snevre faggrupper blant samfunns-

Knut Halvorsen

Arbeidsløshet og arbeidsmarginalisering – levekår og mestring

vitere og sosionomer. Merkeligere er det at forfattteren av «praktiske grunner» har skrevet boken alene. Det fruktbare samarbeidet fra 1. utgave er ofret for øket effektivitet. En god del av faktaopplysningene er hentet fra en levekårsundersøkelse av de arbeidsløse i regi av Statistisk Sentralbyrå i 1990/92 hvor forfatteren var involvert. Boken er likevel disponert på samme måte som den første og har 10 kapitler som beskriver arbeidsløshetens omfang, årsaker og følger, mestningsstrategier og kostnader. Det siste kapitelet spør om vi må leve med massearbeidsløshet.

Den som letter etter svar på spørsmålene finner ikke det. Boken er «vitenskapelig» anlagt på den måten at forfatteren presenterer de ulike teorier, forståelsesemåter og løsninger som er til diskusjon på en kort og klar måte og så får leseren selv trekke sine konklusjoner. Omkring 500 litteraturhenvisninger er med på å gjøre boken til et oppslagsverk og en nyttig innfallsport for alle som kommer i befatning med problemet arbeidsløshet.

Samtidig er forfatterens forsøk på å være objektiv med på å gjøre boken kjedelig. Mye av stoffet presenteres som en skoleflink opprømsing og lar forfatteren briljerer med overlegne faktakunnskaper. For meg hadde boken blitt mer lesbar og spennende dersom for-

fatteren hadde tatt standpunkt i noen av sakene og ikke bestrebet seg på å servere en objektiv oversikt over hele feltet. Og jeg savner på en vanskelig definierbar måte noe av det smittende engasjementet og entusiasmen som var så viktig for meg i den første boken. Og jeg tenker at arbeidsløsheten er kommet for å bli.

Boken er likevel viktig som oppslagsverk og innfallsport til temaet arbeidsløshet. Leger som møter arbeidsledige og som samarbeider med trygdekontor og arbeidsmarkedetaten bør anskaffe boken □

Eystein Straume
9550 Øksfjord



Ivar Birger Mediås (red.)

Sjukeheimen, mellom sjukehus og open omsorg:

Håndbok i sykehjemsmedisin,
Allmennpraktikarserien

Meld av Aslak Bråteit

Forlag: Tano 1994.
128 sider, Pris 178 kr

Ei ny bok i allmennpraktikarserien er nå komne. NSAM fekk i 1987 oppretta ei referansegruppe i sjukeheimsmedisin, og gruppa gjer i denne boka ein freistnad på å setja ein medisinsk fagleg standard i communal eldremørsorg.

Sjukepleiarar og hjelpepleiarar har heva sin kunnskap og praksis i open omsorg og sjukeheimar og står sentralt i den kommunale langtidsomsorg og rehabilitering. Store sjukeheimar har heiltidstilsette tilsynslegar, men på dei mange små sjukeheimar arbeider tilsynslegen nokre få timer i veka. I mellom alle medarbeidarar og samarbeidspartnerar kan det vera vanskeleg å finna sin plass og sitt ansvar. Tilsynslegen er utsatt for faglege og etiske utfordringar som ofte må løysast i medisinsk fagleg isolasjon. Dessutan er mange av pasientane ikkje i stand til å ta vare på sin eigen tarv, og i fråvær av kontrollkommisjon er sjukeheimen eit minefelt mellom formynderiet og humanismen.

Legen skal prøva å balansere sine råd for den eine opp mot omsynet til dei mange, både pasientar og tilsette. Mange av desse vanskane tek boka opp og gir råd for ut frå lovverk og forskrifter, etisk

tenking og humanistisk tradisjon.

Inndeling og val av emne er prega av praktisk erfaring med emnet. Lover og forskrifter er berre nemnde med titlar, tilsynslegen vert rådd til å ha lovsamlingane tilgjengeleg. (Var det ein ide å trykke referert lovverk som eit addendum ved neste utgiving?) Konsekvensane av lovverk og forskriftene vert drøfta og råd gitt. Tilsynslegen si oppgåve er i dei ymse kapittel samla i rammer, slik at ein raskt kan gå gjennom sine eigne rutinar og samanlikna, kva kan og bør eg gjera vidare?

Samarbeidsrutinar, tilhøve til open omsorg og sjukehus er diskutert og boka osar av praktisk erfaring med samarbeid mellom desse partnerane i diagnostikk, rehabilitering og pleie.

Den døyande pasient, den demente pasient og den psykiatriske pasient er omtala særskilt. Medikamentbruk er både vanskelegare og annleis hjå eldre og vert illustrert. Likevel er desse kliniske tekstane å sjå på som praktiske supplement til tekstar i geriatribøker. Her er noko overlapping i høve til Laake si geriatribok, utkomne på Universitetsforlaget i 1986 og revidert 1993.

Det er over 30 000 plassar i sjukeheimar i Noreg, ein stor institusjonsmasse. Mange fleire menneske er innom sjukeheimane årleg, anten som ein mellomsta-

sjon mellom sjukehuset og heimen, ved eit avlastingophald eller ved akutt sjukdom. Sjukeheimane skal prøva å fylla mange roller, som opprenningsplass, pleieheim, communal ressursbase for eldremørsorg, ofte akuttmedisinsk kommunikasjonssentral, staden for ein verdig død. Her er mange oppgåver som går utover dei tradisjonelle legeoppgåvene som solistdiagnoskar og allvitar. Legeoppgåva kan opplevast både tyngjande og utfordrande. Det har mangla ei samla framstilling av kva som er god og høveleg sjukeheimsinnsats. Denne boka er eit nyttig og praktisk stykke tekst for å setja ein standard. Den vil danna eit godt grunnlag for vidare fagleg utviklingsarbeid.

På ny bryt NSAM nytt land. Boka fyller ein brest mellom fagtekstane og lovverket og høyrer heime i bokhylla til dei mange tilsynslegar og på kontoret på sjukeheimen. □

Aslak Bråteit
Kommunelege
og sjukeheimslege i Finnøy

Etterutdanning for medarbeidere i allmenpraksis

Etterutdanningen er kommet i stand på bakgrunn av et samarbeid mellom Alment praktiserende lægers forening (Aplf), Norsk Bioingeniørforbund (NOBI), Norsk Hjelpepleierforbund (NHF) og Norsk Helsesekretærforbund (NHSF).

Kursets mål:

Å gi en faglig kompetanseheving av det daglige arbeid

Målgruppe:

Medarbeidere i allmenpraksis uavhengig av tidligere faglig bakgrunn og geografisk tilhørighet

Kursavgift for medlemmer

av ovenstående forbund:

kr 3 250,- pr. deltaker pr. år, tilsammen kr. 6.500,-
+ håndbok ca. kr. 250,-

Kursavgift for ikke medlemmer:

Kr. 4.000,- pr. år, tilsammen kr. 8.000,- + håndbok
ca. kr. 250,-

Oppstart:

Sommer/høst 1995

Påmeldingsfrist:

20. mars 1995.

Etterutdanningen vil foregå i grupper på 7 -10 medarbeidere og vil tilsammen utgjøre 120 timer over en to-års periode.

Det stilles ingen krav til faglig bakgrunn for etterutdanningen.

Det vil bli forsøkt tilrettelagt slik at ingen deltaker har lengre reisevei enn 10 mil pr. møte.

For nærmere orientering,
ring Norsk Helsesekretærforbund, tlf. 77 65 71 80

Påmeldingsslip:

Sendes: Norsk Helsesekretærforbund,
Postboks 9202 Grønland, 0134 Oslo

Jeg ønsker å melde meg til etterutdanningsgruppe (veiledergruppe) for medarbeidere i allmenpraksis.

Navn:

Adr.:

Postnr./sted: Fylke:

Tlf.privat: arbeid:

Arbeidssted/arbeidsgiver:

Medlem av hvilket forbund: Medlemsnr.:

Kongsvoll-kurset 1995 23.-25. mars

er i år flyttet til Jægtvolden Fjordhotel på Inderøya i Nord-Trøndelag.

Kursets tittel: «Risikabelt – for hvem? Om risikobegrepet i medisinen.»

Målgruppe: Allmennpraktikere og samfunnsmedisinere.

Kurset er søkt godkjent som emnekurs med 15 kurstimer for spesialitetene allmenn- og samfunnsmedisin.

Kurskomité: Elisabeth Swensen, Anna Stavdal og John Nessa.

Påmeldingsfrist: 25.02.95.

Kurset er en del av NSAM's «tenkedugnad» omkring risikobegrepet slik vi anvender det i vår kliniske hverdag. Aktuelle spørsmål er: Hva er risiko? Hvordan skal

vi som leger forholde oss til subjektivt friske risikanter? Hvordan vurdere vinning og tap ved ulike interventionsstrategier – faglig, etisk og pedagogisk? Vi ønsker å konkretisere problemstillingene til risikovurdering og intervension overfor risikofaktorer for hjerte- og karsykdom.

Innledere og medaktører på kurset er filosof *Arild Utaker* fra Universitetet i Bergen, dansk allmennpraktiker/gjesteprofessor ved Seksjon for allmennmedisin i Bergen *Hanne Hollnagel*, allmennpraktiker/stipendiat *Reidun Forde* fra Senter for medisinsk etikk, og kommunelege/forsker *Jostein Holmen* fra Folkehelsa i Verdal.

Kurset forutsetter noe forberedelse (studiemateriell sendes ut før kursstart) og er basert på dialog mellom innledere og deltagere.

Jægtvolden Fjordhotel er en tradisjonsrik idyll innerst i Trondheimsfjorden med relativt grei adkomst (fly/tog/bil). Kurset starter torsdag formiddag og avslutes lørdag ettermiddag. Antall deltakere er begrenset oppad til 50.

Påmelding sendes *NSAM, postboks 1130 Blindern, 0318 OSLO*, merk konvolutten «Kongsvoll».

Vi minner om **Wonca**, allmennpraktiserende legers internasjonale legekongress i Hong Kong 10. – 14. juni 1995.

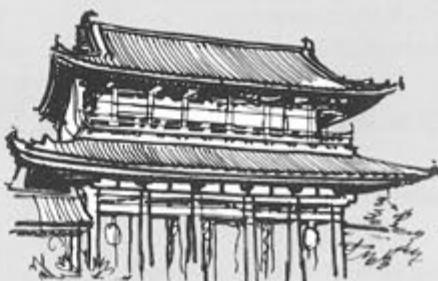
Be om vårt *justerte og oppdaterte* program med varierte etterkongresssturer til Kina, Bali, Singapore, Thailand o.a.

Vi har også reiseprogram til AAFP Kongressen i Anaheim 21. – 24. september 1995.

Ring 38 02 56 11 eller fax 38 02 14 79
for nærmere informasjon.



Medica tours



Spesialistkurs i samfunnsmedisin

KOMMUNELEGEKURSET 1995

Årets kurs blir arrangert på Statens Institutt for Folkehelse (Folkehelsa) i Oslo
mandag 21. august - fredag 24. november 1995 (14 uker).

Kommunelegekurset dekker kravene til teoridelen av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin, og teller også som spesifiserte kurs i spesialistutdanningen i allmennmedisin med i alt 175 timer innen videreutdanningen eller 180 timer innen etterutdanningen.

Kurset har en styringsgruppe med representanter fra Kommunenes Sentralforbund, Statens helsetilsyn, Den norske lægeforening og Folkehelsa.

Kurset har som mål å dyktiggjøre leger for samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver:

- overvåking og analyse av helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne og formidle slik kunnskap til befolkningen og myndigheter
- overvåking og analyse av helsetjenesten og formidle slik kunnskap gjennom rådgivning og ledelse
- planlegging, administrasjon, kvalitetssikring og evaluering av tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom

Kurset omhandler følgende emner:

- helsetjenestekunnskap (bl.a. administrasjon, ledelse og helseøkonomi)
- helsefremmende, sykdomsforebyggende og sosialmedisinsk arbeid
- miljørettet helsevern og smittevern
- vitenskapelig metodikk (bl.a. epidemiologi og statistikk, prosjektarbeid, evaluering og kritisk vurdering)

Kurset tar opp inntil 25 leger, som alle må ha heltids permisjon fra arbeidsgiver. Inkludert et skriftlig arbeid regnes kurset som ett semesters studium.

Søkerne anbefales å forhåndsinformere sine arbeidsgivere om søknaden og tidlig søke om permisjon med lønn. Beskjed om opptak gis i mars.

Det er ingen kursavgift. Borteboende deltakere får et stipend fra Den norske lægeforening, og må selv ordne sitt boligbehov i Oslo. Kurssekretæren kan gi råd om bolig.

Informasjon om kurset er sendt til alle kommuner i landet.

Nærmere opplysninger om kurset kan fås hos kurslederen, overlege Jon Hilmar Iversen,

Avdeling for samfunnsmedisin, Folkehelsa, tlf. 22 04 24 05, eller kurssekretæren Randi Hageler, tlf. 22 04 23 45.

Søknadsfrist: 24. februar 1995

Søknadsskjema med nærmere opplysninger fås hos fylkeslegene. Søknaden skal sendes til fylkeslegen i det fylket søkeren arbeider.



Videreutdanning i folkehelsevitenskap (Public Health)

Fagområdet medisin v/Istitutt for samfunnsmedisin tar opp studenter til ett-årig eller ett-semesters videreutdanning i folkehelsevitenskap. Tilbudene er opprettet med økonomisk støtte fra Den norske lægeforening. I tillegg til spesialiteten i samfunnsmedisin, er høstsemesteret godkjent med 175 kurstimer for spesialiteten i allmennmedisin. MPH-grad gir ekstra meritt ved søknad på stilling (konf. Legeforeningens årbok).

Legeforeningen yter etter fastsatte retningslinjer stipend til dekning av boutgifter, reiser, litteratur samt lønnstap (for leger som ikke får permisjon med lønn i 2. semester). Kommunenes sentralforbund har anbefalt at det legges til rette for at leger får ta samfunnsmedisinsk utdanning (KS-rundskriv 24/87). De som eventuelt får problemer med å få permisjon fra sin arbeidsgiver, kan ta kontakt med Lægeforeningens forhandlingsavdeling. Studiet gir normalt rett til studielån i Statens lånekasse for utdanning.

Ett-semesters videreutdanning i folkehelsevitenskap

Første semester inkl. bestått eksamen godkjennes som obligatorisk teoridel til spesialiteten i samfunnsmedisin (Kurs i kommunalt helsearbeid for leger).

Ett-årig videreutdanning i folkehelsevitenskap

Studiet tilsvarer utdanning til Master of Public Health. På grunnlag av tidligere cand.mag.-grad eller tilsvarende, gjennomført studium og godkjent spesialoppgave får studentene graden Kandidat i folkehelsevitenskap (MPH).

Folkehelsevitenskap er kunnskap om og metoder for å forebygge sykdom og fremme helse ved organisert samfunnsmessig arbeid. Studiet søker å gi forståelse for epidemiologiske metoder som kreves for å beskrive forekomst av risikofaktorer og sykdom i befolkningen. Folkehelsevitenskap dekker et noe videre emneområde enn det som omfattes av samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet. Studiets målsetting er å gi studentene et «verktøy» framfor ren kunnskapslæring.

Studiet er et heltidsstudium som kvalifiserer helsepersonell for ledende stillinger i helsevesenet både i kommune, fylke eller stat. Studiet er også velegnet for helsepersonell som vil gå inn i forskning. Søkerne må ha helse/sosialfag utdanning og tilfredsstille kravene til cand.mag. samt ha min. 2 års yrkeserfaring fra helsevesenet.

Høstsemesteret starter i uke 34 og omfatter følgende emner: *EDB, statistikk og programpakken Epi-Info, Epidemiologi og medisinsk statistikk, Forebyggende helsearbeid, Organisasjon og ledelse, Klinisk epidemiologi, Helseøkonomi og beslutningsteori og Miljørettet helsevern*. Undervisningen i epidemiologiske metoder er gitt et større omfang enn de andre emnene. Epidemiologibolken og klinisk epidemiologi er fra 1994 også definert som forskerkurs for bl.a. doktorgradstudenter. Vårsemesteret er delt i to perioder hvor emnene videreføres, men hovedvekten er lagt på oppgaveskriving under veiledning.

Søknadsfrist: 20. februar 1995 (Det kan eventuelt dispenseres fra søknadsfristen)

Nærmereopplysninger: FH-utdanningen, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø. Tlf 77 64 48 16/77 64 48 24 eller Fax 77 64 48 31

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

PULMICORT TURBUHALER "DRACO"

Kortikosteroid ATC-nr.: R03B A02
INHALASJONSPULVER: 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose: Hver dose innel.: Budenosid, 100 µg resp. 200 µg et 400 µg. Egenskaper: Ved bruk av pulverinhalator - buhaler oppnås lokal effekt. Preparatet inneholder rent budenosid, dvs. ingen hjelpe- eller drivgasser. Absorpsjon: Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absorberes derfra. Maks. plasmakonsentrasjon etter inhalasjon av 1 mg budenosid er ca. 3,5 nmol/l og nedsatt etter ca. 20 min. En enkeltdose på 100-1600 µg har en virketid på 10-12 timer.

Metabolisme: Ca. 90% av dosen som når systemisk kretsløp inaktivertes i leveren (forste-pas-sasje). **Indikasjoner:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller kromoglikat. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor budenosid.

Bivirkninger: Lett halsirritasjon, hoste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candidainfeksjoner i munhule og sveig kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervositet, uro og depresjon samt adferdsstyrreiser hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved behandelning med andre glukokortikosteroider). Hos enkelte pasienter på høy dosering er det påvist binrybarksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. **Forsiktighettsregler:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøye. Enkelte pasienter kan føle ubehag (Leks. rhinit, eksem, muskel- og leddsmarter) på grunn av minsket generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske innlegg m.m.) kan det være påkrevet med fornyet systemisk behandling. **Graviditet/amming:** Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes pga. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. **Overgang i placenta:** Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvingende nødvendig. **Overgang i morsmilk:** Opplysninger foreligger ikke. **Dosering:** Initialt, under perioder med alvorlig astma, ved doseredusjon og eventuell seponering av peroral behandling med glukokortikosteroider anbefales følgende dosering: Voksen: 200-1600 µg daglig, fordelt på 2-4 doseringer. I mindre alvorlige tilfeller: 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Dosering 2 ganger daglig er vanligvis tilstrekkelig. Dosering 1 gang daglig vil kunne være aktuelt for pasienter som ikke trenger mer enn 400 µg pr. dag. Der man ved mindre former for astma har fått tilfredsstillende effekt av 400 µg x 1, kan man prøve om lavere doser er tilstrekkelig. Dosen kan gis enten om morgenen eller om kvelden. Dersom optimal behandling ikke oppnås med denne dosering, bør doses og doseringssyppigheten økes.

$n \geq 6$ dr: 200 - 800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Forsiktighet utvises ved doser på 600 µg pga. fare for binrybarksuppresjon. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterkt slimproduksjon bør initialt (og over en kortere periode - ca. 2 uker) få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved exacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimpudder. **Vedlikeholdsdose:** Når den ønskede kliniske effekt er oppnådd, bør doses gradvis reduseres til den lavest mulige dose som holder astmasymptommene under kontroll. Dosering 2 ganger daglig - morgen og kveld er som oftest tilstrekkelig. **Steroidavhengige pasienter:** som overføres til Pulmicort bør være i stabil fase. Ved overgang fra peroral steroidbehandling, gis Pulmicort (i hoydose) i kombinasjon med vedlikeholdsdosene av oralt steroid i ca. 10 dager. Derefter reduseres den orale doses gradvis med f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsv.) pr. måned til lavest mulig dose. I mange tilfeller vil det være mulig å substituere den perorale kortikosteroidbehandlingen helt med Pulmicort Turbuhaler. **Andre opplysninger:** Hver dose tilnåles ved vriddning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Det er viktig å instruere pasienten om å inhale kraftig og med et dypt andedrag via munnstykke, selv om kravet til inhalasjonsteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol. Pasienten trenger hverken kjenne noen smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden av dette i en dose er meget liten. Det er viktig å instruere pasienten i å skyte munnen godt med vann og spyte ut etter hver dosering. **Pakninger og priser:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 315,10. 200 µg/dose: 200 doser kr. 508,40. 400 µg/dose: 50 doser kr. 293,30. 200 doser kr. 854,30. (01.01.95)

T: 2, 30

BRICANYL TURBUHALER "DRACO"

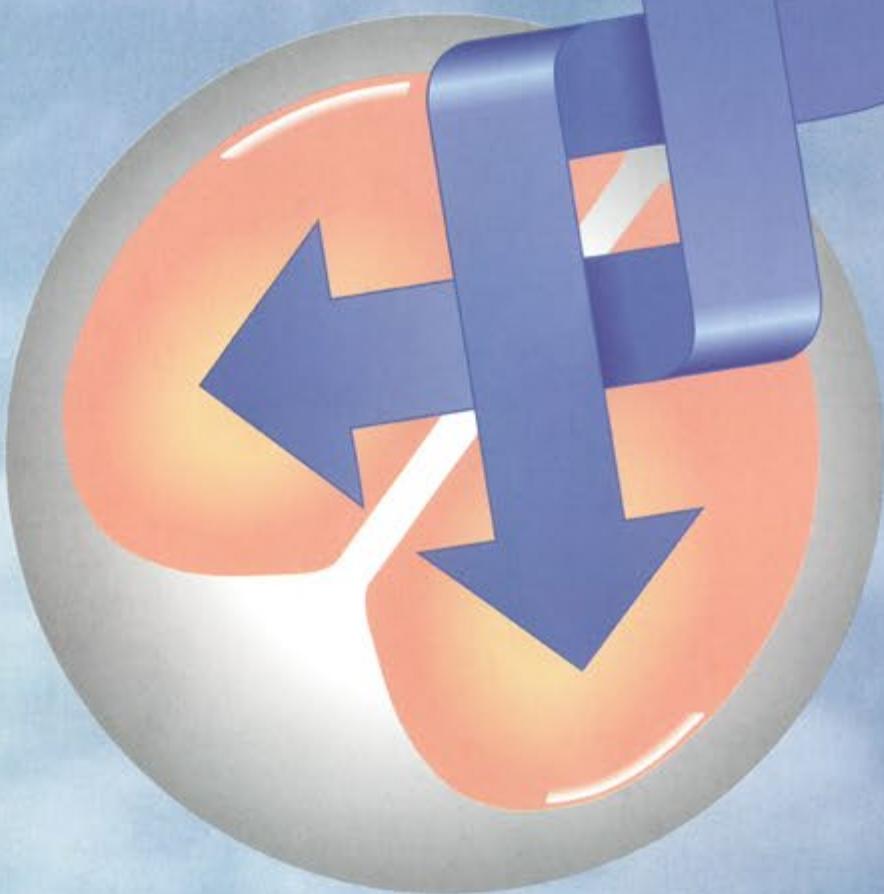
Adrenergikum ATC-nr.: R03A C03
INHALASJONSPULVER: 0,25 mg/dose og 0,5 mg/dose: Bricanyl Turbuhaler: Hver dose innel.: Terbutalin. sulf: 0,25 mg resp. 0,5 mg. Egenskaper: Klassifisering: Selektiv beta₂-stimulator. Virkningsmekanisme: Virker i terapeutiske doser hovedsakelig på beta₂-receptorene i bronkial-muskulaturen. Øker nedsatt mucociliær transport. Stimulering av beta₂-receptorene i uterus-muskulaturen gir relakserende effekt. Virkebid: Inhalert terbutalin virker i løpet av få minutter. Effekten varer opp til 6 timer. Turbuhaler er en pulverinhalator som inneholder 200 doser rent terbutalinsulfat dvs. ingen hjelpestoffer. Hver dose tilnåles ved vriddning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Kravet til inhalasjonsteknikk (som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol) er eliminert. Turbuhaler er effektiv også under et akutt astma-anfall. **Absorpsjon:** Ca. 20-30% av tilført dose deponeres i lungene ved normal inhalasjonshastighet. **Indikasjoner:** Bronkospasme ved bronkialastma, kronisk bronkitt, emfysem og andre lungesykdommer hvor bronkonstriksjon er en komplisierende faktor. Sekretstagnasjon grunnet nedsatt mucociliær transport som f.eks. ved kronisk bronkitt og cystisk fibrose. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor noen av innholdsstoffene. **Bivirkninger:** Tremor og palpitasjoner, spontant reversibele i løpet av 1-2 ukers behandling. Etter bruk av inhalasjonsaerosol/inhalasjonsvæske er bronkospasmer sett i spilde tilfelle. Dette er ikke observert etter bruk av Turbuhaler. Urtikaria og eksantem kan forekomme. Pga. inhalasjonsaerosolens innhold av freoner som drivgass, har man hos noen pasienter sett et fall i FEV1 umiddelbart etter doseintak. **Forsiktighettsregler:** Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med ukontrollert hypertyreodisme. Diabetes-pasienter som starter med samtidig terbutalin-terapi bør få sjekket sitt blodsukker nøyde pga. fare for hyperglykemi. Systemisk bruk av beta₂-stimulatoren i store doser kan gi rytmeforstyrrelser hos pasienter med koronar hjertesykdom. Hyperprofisk kardiomyopati. Ved all inhalasjonsterapi bør passienten i inhalasjonsteknikk sjekkes regelmessig. Ved bruk av forsteverapparat bør den optimale dose justeres for hvert enkelt apparat. Pasienten skal oppfordres til å kontakte lege der som effekten av behandlingen blir dårligere, da gjentatte inhalasjoner ved alvorlige astmaanfall ikke må utsettes starten av annen viktig terapi. **Graviditet/Amming:** **Overgang i placenta:** Ingen teratogen effekt er påvist i dyreforsøk. Generell forsiktighet i første trimester anbefales. **Overgang i morsmilk:** Passerer over i morsmilk, men noen effekt på barnet er lite sannsynlig ved bruk av terapeutiske doser. **Interaksjoner:** Betabloktere, fremfor alt ikke-selektive, kan redusere eller helt oppheve effekten av beta₂-stimulatorer. **Dosering:** Individuell. Vanlig dosering: **Inhalasjonspulver:** 0,25 mg/dose: Voksne og barn over 12 år: 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjoner) ved behov eller hver 6. time. 1 alvorlig tilfeller inntil 6 doser pr. doseringstilfelle. Maks 24 doser pr. dogn. **Barn 3-12 år:** 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjoner) ved behov eller hver 6. time. 1 alvorlig tilfeller inntil 4 doser pr. doseringstilfelle. Maks 16 doser pr. dogn. **0,50 mg/dose:** Voksne og barn over 12 år: 0,50 mg (1 inhalasjon) ved behov eller hver 6. time. 1 alvorlig tilfeller inntil 3 doser pr. doseringstilfelle. Maks 12 doser pr. dogn. **Barn 3-12 år:** 0,50 mg (1 inhalasjon) ved behov eller hver 6. time. 1 alvorlig tilfeller kan 2 inhalasjoner tas ved samme doseringstilfelle. Maks 8 doser pr. dogn. **Overdosering/ Forgiftning:** Mulige symptomer: Hodepine, uro, tremor, toniske muskelkramper, palpitasjoner, arytmier. Av og til blodtrykksfall. Hyperglykemi, laktacidose, hypokalemii (vanligvis ikke behandlingsstregende). **Behandling:** **Lette til moderate tilfeller:** Reduser doses - øk derefter doses sakte dersom en sterkere bronkospasmolytisk effekt er ønskelig. Alvorlige tilfeller: Magetømning, aktivt kull. Bestem syre-base balansen, blodsukker og elektrolyter. Hjertefrekvensrytme og -trykk monitores. Metaboliske forandringer korrigeres. En kardioselektiv betablocker (f.eks. metoprolol) anbefales til arytmibehandlingen. Betablockere bør brukes med forsiktighet pga. muligheten for å indusere bronkial obstruksjon. Dersom den beta₂-medierte reduksjon av perifer vaskular motstand vesentlig bidrar til et blodtrykksfall, bør et volumökende medikament gis. (F-65d sympathomimetika). **Andre opplysninger:** Det er viktig å instruere pasienten mht. riktig bruk av preparatet. Ved forskrivning til små barn er det spesielt viktig å forsikre seg om at disse er i stand til å følge instruksjonene i bruksanvisningen. **Forskrivningsregel:** Inhalasjonsvæske: Behandling skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i indremedisin, pediatri, lungesykdommer eller øre-nese-halssykdommer. **Pakninger og priser:** Inhalasjonspulver: 0,25 mg/200 doser kr 134,80. 0,5 mg/200 doser kr 194,40. (01.01.95)

T: 2, 30



Astra Norge AS, Postboks 1, 1471 Skåner
Telefon 67 92 15 00. Telefax 67 92 16 50

Målrettet astma- behandling:



Opptil 30%
deponering
i målorganet
med Turbuhaler®

Ref. 1)

Budesonid
Pulmicort®
Turbuhaler®

Terbutalin
Bricanyl®
Turbuhaler®