

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMIENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2

1995

ÅRGANG 24



Rolletilpasning eller scenskifte på livets teater

Nr. 2, 1995

- 51** *Petter Øgar*
Leder: Rolletilpasning eller sceneskifte på livets teater
- 52** *Knut Lindtner*
Livets teater – vårt bord?
- 55** Smil i hverdagen
- 56** *Eystein Straume*
Forebygging hos forebyggeren
- 60** *Intervju med Anne Alvik*
Vi er kommet opp av depresjonen!
- 64** *Marit Hafting*
Den tause reformen
- 68** *Helge Worren*
Hvordan unngå at telefonen blir telef...?
- 71** *Samtale med Georg Høyer*
Bruk av tvang i psykiatrien, – overgrep eller til pasientens beste?
- 74** *Geir Sverre Braut*
Kva vil vel fylkeslegen seia?
- 76** *Tor Kåre Håberg*
Kinas helsetjeneste anno 1994
- 80** *Utpostens edb-spalte*
EDI og E-post i helsesektoren
- 84** *Björg-Helene Renaa*
Blant barfotleger og andre leger
- 88** *Bokmelding*
Føle det på kroppen
- 89** *Bokmelding*
Fra belastning til utfordring og handling
- 90** *Bokmelding*
Nervøse spiseforstyrrelser
- 91** *Brev fra periferien*
Brev fra Galicia sensommeren 1994
- 92** *John Cooper*
Diabetes i primærhelsetjenesten – slik gjør vi på Hjelmeland

Forsidefoto: Kari Svarttjernet

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
Fax: 22 14 11 97

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

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

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

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

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

Annonser:

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

Abonnement:

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

Grafisk fremstilling:
Nikolai Olsens Trykkeri a.s

Rolletilpasning eller sceneskifte på livets teater



To svært sentrale tema trekkes fram i lyset i dette nummer av Utposten. Det første er et av de mest fundamentale og kritiske poeng i mellommenneskelig kommunikasjon – og dermed i våre konsultasjoner: For å kunne bidra til å løse mange pasienters problemer på en god og konstruktiv måte, må en først kartlegge og forholde seg til pasientens utgangspunkt, tanker og forventninger. Kierkegaards «Hjelperen», Wulffs «Philosophy of Medicine» (1) og Pendletons konsultasjonslære (2) gir de mest kjente filosofiske og vitenskapelige beskrivelser av dette. Alle disse er imidlertid svært individsentrert. Lindtner bidrar med sin artikkel om «Livets teater. Vårt bord?» på side 52 til i sterkere grad å fokusere på pasientenes sosiale virkelighet og konkretiserer og problematiserer realiteten i dette på en god og tankevekkende måte. Det handler ikke bare om å stille de rette spørsmål. En må også ha et visst kjennskap til de scener som finnes i samfunnet og som våre pasienter spiller sine livsroller på. Kanskje må vi i større grad ut av kontorene og ut der dramaet utspiller seg for å kunne få tilstrekkelige forutsetninger til å kunne forstå og dermed hjelpe mange pasienter på en god måte?

Det andre viktige tema er hvordan vi forholder oss til de tegn i tiden som tyder på at rollene i livets teater blir stadig vanskeligere å mestre for stadig flere. Befolkningen føler seg og er(?) sykere enn for 10-20 år siden. Den økende forekomst av uklare smertetilstander og belastningslidelser er blant annet et eksempel på dette. I sin bok «Føle det på kroppen», drøfter Ninna Gram mulige samfunns-

messige årsaker til dette. Boka er anmeldt på side 88.

Grams bok og Lindtners artikkel utløser fundamentale, farlige og vanskelige spørsmål som altfor sjelden stilles. Når rollene åpenbart blir for vanskelige å fylle for stadig flere, er det ikke da mer logisk å prøve å endre manuskriptet og kulissene enn å piske på de utslitte aktørene? Når vi snakker om miljørettet helsevern og forhold i miljøet som påvirker helsa, lar vi de viktigste og mest verdiladede problemstillingene ligge? Er det rådende verdimeslige paradigme i samfunnet med prioritering av økonomisk materiell vekst en trussel for et lykkelig – og dermed helsefremmende liv – for stadig flere av oss?

Manglende balanse mellom krav og forventninger på den ene side og mulighet for meningsfull handling og mestring på den annen side synes å være særdeles sterkt uhelse- og sykdomsframkallende. Helsevesenet – både kollektivt og svært mange av dets enkelte utøvere – er kanskje mer enn noen annen samfunnssektor preget av en slik forventningskrise. Diskrepansen mellom krav og forventninger om hva som kan og bør produseres både med hensyn til kvalitet og kvantitet innenfor de gitte ressursrammer er stadig økende. En rekke forventninger vil aldri kunne innfris selv med all verdens ressurser. Medikaliserte livsproblemer hører til livets scene og må løses eller aksepteres der. Helsevesenet utgjør på denne måten en betydelig høyrisikogruppe for utvikling av belastningslidelser med mange ansikter og uttryksformer.

I denne situasjonen er det svært bekymringsfullt og ytterligere

belastende å registrere økende tegn på avvikende virkelighetsoppfatning og løsningsstrategi mellom de utøvende, styrende og kontrollerende deler av helsevesenet. For en grasrotutøver kan det se ut til at misfornøyde pasienter, publikum og pressgrupper – godt assistert av media – får politikere, sentrale helseadministratorer og helsetilsyn til i noen grad å innta Pilatusrollen. De toer sine hender ved å produsere målsettinger, planer, prosjekter, krav og strategier som skal løse problemene og innfri forventningene. Problemet er bare at det ressursmessige grunnlaget mangler – uansett hvor villige og flinke det utøvende apparat er til å tilpasse seg og effektivisere sin virksomhet. For et økende antall problemer er heller ikke helsevesenet rette adresse for gode løsninger. Det hele får dermed et snev av destruktivt og konfliktskapende narrespill. En slik utvikling må for enhver pris unngås. Også de styrende og kontrollerende deler av helsevesenet må lære seg sin Kierkegaard, Pendleton og Lindtner.

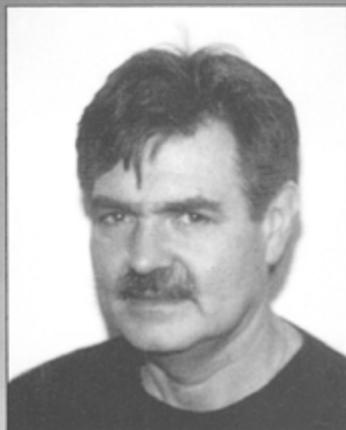
Petter Øgar

Litteratur

1. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Philosophy of Medicine. An Introduction. Oxford: Blackwell Scientific, Oxford, 1986.
2. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The Consultation. An Approach to Learning and Teaching. Oxford: Oxford Medical Publications, 1984.

Livets Teater – vårt bord?

Tekst: Knut Lindtner



Født i 1945 i Bergen. Utdannet psykolog ved Universitetet i Oslo 1972. Skolepsykolog i Sogn, Finnmark og i Bergen tilsammen 14 år. 5 år Sandviken Sykehus og i 2,5 år Hammerfest Sykehus. Nå sjefspsykolog ved Lofoten Sykehus.

Teater skaper sin fascinasjon gjennom konfliktstoff hentet fra virkeligheten. Virkeligheten er Livets Teater. I den grad et teater kan fengse publikum er det ikke bare avhengig av gode skuespillere, altså en god utførelse, men også av et tema som fengsler – som angår dem.

Det drivende element på teater er uløste konflikter mellom de ulike rollefigurene. Slike konflikter finner sin individuelle gjenspeiling og form tolket av den enkelte skuespiller.

På livets teater er det vi som spiller rollene. Vi kjenner ikke stykket og har heller ikke fått tildelt noe rollehefte. Mange scener er

involvert samtidig og griper inn i hverandre. Vi flytter oss fra den ene scenen til den andre i løpet av dagen og skifter tildels rolle og manus.

Likevel er det forbausende hvor mange rollefigurer som går igjen og hvor ofte vi kjenner replikkvekslingen fra lignende situasjoner. Dette forteller oss at det er krefter som dirigerer oss alle og som bidrar til å forme vår rolleutforming, ofte uten at mange engang vet det. Vi spiller med uten å vite det i en oppsetning hvor vi bare i en viss utstrekning kan innvirke på det som skjer. Mange blir ofre i store konflikt-drama uten mulighet til medvirkning, i skuespill satt i scene av krefter utenfor den enkeltes rekkevidde.

Min påstand er følgende: Det er de store sosiale konfliktene som driver Livets Teater. Her blir vi alle i større eller mindre grad statister som ofte hjelpeløst må følge med i den pågående oppsetningen i en eller annen rolle.

Hvordan vi klarer oss er i stor grad bestemt av den rollen vi har fått tildelt, som konge eller knekt, som doktor eller trygdet.

Hva har dette med primærlegens oppgaver å gjøre? Slik jeg har oppfattet det er grunnutdanningen til leger rettet mot kjøttkontroll og hvordan denne skal diagnostiseres, behandles og forvaltes både helsemessig og i forhold til trygdevesenet.

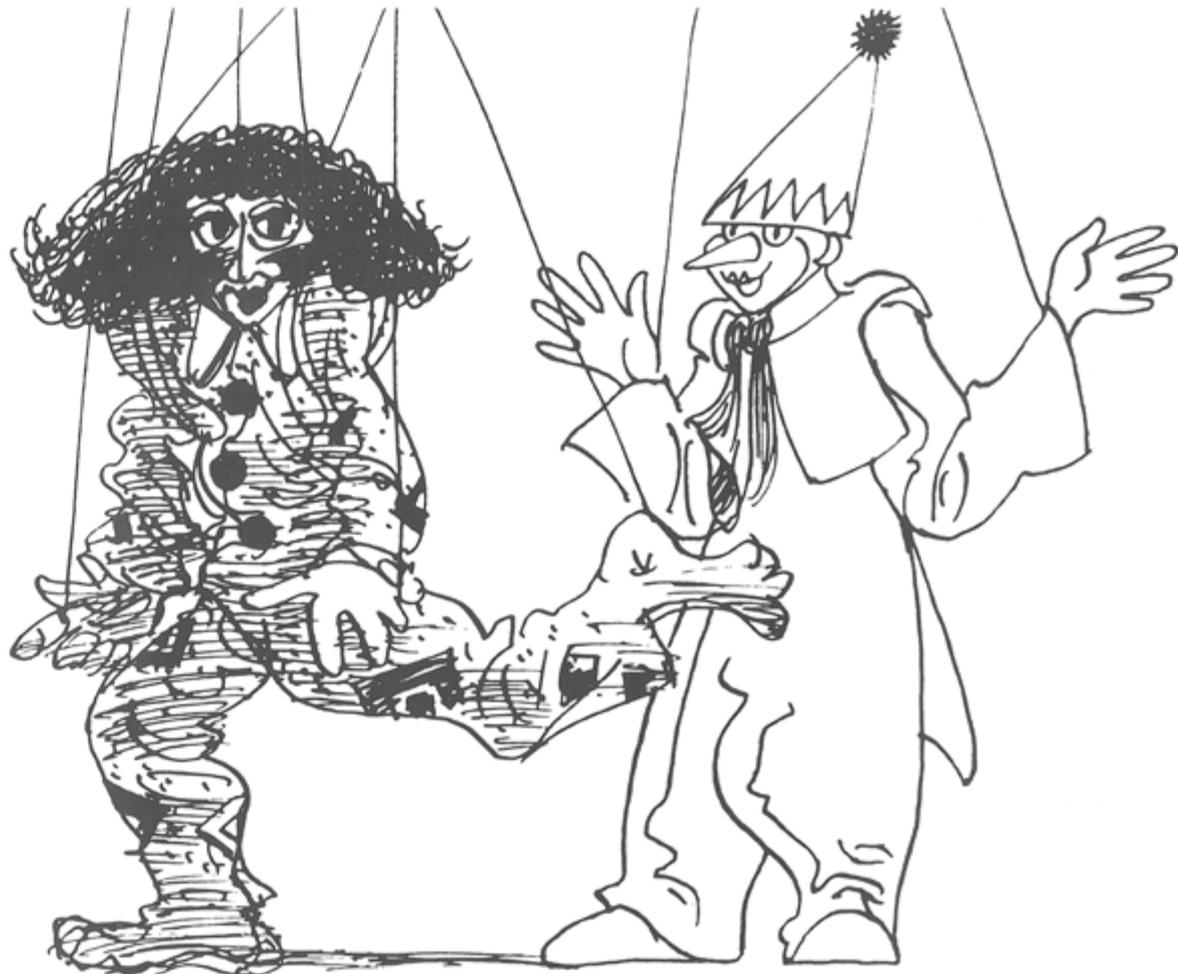
Imidlertid er det ikke et vannrett skott mellom kropp og sjel, mellom soma og psyke. Mange mennesker på livets teater havner i konflikter de ikke finner ut av: de befinner seg i kroniske vanskelige sosiale situasjoner over tid, får problem med å komme videre i livet – i det hele tatt får de tildelt roller de ikke klarer å løse. Ikke alle er flinke

verken til å se det som skjer med dem eller forstå hva som må gjøres. Den rollen de får tildelt er ofte beheftet med en form tenkning – ideologi – som ytterligere vanskeliggjør presis innsikt og dermed mulighet for endring av den individuelle rollen.

Mange av disse reagerer på kroniske konflikter med kroppslige symptomer, med diffuse spenninger, smerter, uro eller andre reaksjonsformer som ikke gir mening ved inspeksjon av kroppen. Mange har ikke lært seg å formulere i ord det som plager dem – de lar kroppen snakke. Ofte er rollen beheftet med en forståelse og en moral som ytterligere kompliserer innsikt. Denne gruppen pasienter sendes ofte til mitt arbeidssted som psykiatri, hvis de selv går med på det. Slik jeg ser det blir det vår oppgave å finne ut hva som er de drivende sosiale konflikter, dvs. hvor de er plassert i livets teater og hvilket konfliktstoff som huserer med dem uten at de selv kan bryte ut av rollen.

Men alle kommer først til sin primærlege – vedkommendes forståelse blir dermed avgjørende for det som skal skje videre.

Plasseringen av primærlegen, geografisk, er dermed en viktig faktor for om vedkommende i det hele tatt skal komme på skuddhold av pasientens problemer. Hvis primærlegens scene er på et helt annet teater enn der pasienten befinner seg, oppstår det umiddelbart vansker. For hvis problemene er knyttet til konfliktstoff i pasientens liv og primærlegen ikke vet noe om det – hvordan er det da mulig å skjønne hva som skjer og hvorfor? Bydelsleger i større byer vil derfor i utgangspunktet ha en vanskeligere posisjon enn kommune-



leger i grigrendte strøk. Stabiliteten over tid vil kunne kompensere en del, men ikke helt. Jo større scene, desto vanskeligere er det å forstå.

Likevel tror jeg dette er mulig, men det er andre hindre som må overvinnnes. Et er vår sosiale plassering. Hvis en primærleges sosiale bakgrunn er langt høyere enn folk flest, har vedkommende ikke spilt på flertallet av pasientenes scener. De kjenner ikke sine medspillere, verken replikkføring, tenkning, moral, virkelighetsforståelse eller den faktiske livssituasjon. Dette er et alvorlig handikap.

Viktigst av alt er likevel ens egen forståelse av hva dette dreier seg om. Er det kjøtt-, bein- eller kjertelproblemer, eller er det kroppslige plager som følge av konflikter med sitt utspring fra livets teater? For hvis utgangspunktet er at plagene skal kunne kureres med tradisjonelle virkemidler, piller, salver eller annen kroppslige påvirkning – da rettes kanonen mot spøkelses og symp-

tomer og resultatet blir ofte mye skrik og lite ull.

Etter mange år på livets teater som psykolog har min forståelse forandret seg og blitt stadig mer avvikende fra rådende oppfatninger. Jeg skal likevel legge frem noen synspunkter til spørsmål og diskusjon og vil formulere dem med utgangspunkt i min forståelse som jeg innrømmer noen vil oppleve som sær.

Naturligvis snakker jeg om disse diffuse plagene som dere ser hele tiden og som vanskelig kan behandles tradisjonelt medisinsk – altså det jeg oppfatter som konfliktstoff fra virkeligheten, lagret inne i den enkelte, mange ganger ganske forsteinet.

I stor grad dreier disse plagene seg om ulike former for overgrep, vold av forskjellig art. Det kan være oppdragelsesvold i en rekke varianter, vold fra samfunnets side, f.eks arbeidsledighet, vold i familien i forhold til ektefeller eller barn, mobbing over år i skolen, overgrep

i arbeidslivet av ulik art, voldtekt, ideologisk vold (eks. spiseforstyrrelser), etc. Mange av disse overgrepene er overhodet ikke resultat av vond vilje, tvert imot er de gjort i beste hensikt.

Jeg skal nevne et eksempel. En 28 år gammel mann som jeg traff som nyutdannet skolepsykolog var stoppet helt opp. Han hadde ingen jobb, var uføretrygdet og plaget av så mange rare tanker. Han bodde sammen med sin mor som var enke. Hun tok seg av han på beste måte. For meg var det hele uforståelig helt til jeg tok en tur hjem til dem for å snakke om problemet. Mor var åpenbart fortvilet og ville gjøre alt for sin sønn. Det var det som var problemet. Da vi skulle gå spurte han om ikke han kunne gå en tur med meg langs veien. Da vi skulle kle på oss knyttet mor skollissene hans og knøt skjerfet godt rundt halsen hans.

Er ikke dette uttrykk for livslang vold i beste mening? Er det mulig for en doktor på et fjernt kontor å

forstå hva dette dreier seg om? Jeg skjønnte ihvertfall ingenting før mamma gjorde han klar for aften-turen. Er det rart at han var fryktelig sint på henne, men ikke våget engang å tenke det fordi han var helt hjelpeløs avhengig samtidig?

Dette er etter min mening et eksempel på en sosial konflikt på livets teater som vanskelig kan forstås uten å delta på den scenen den utspiller seg på. Vanlig kjøttundersøkelse gir ingen mening og ikke en psykiatrisk diagnose heller.

Men voldens uttrykksformer er mangfoldig. Ofte blir enkeltes reaksjoner på volden (det vi kaller symptomer) så bisarre at vi blir reddet og tror at de ikke kan gi noen mening, altså tilskrives konfliktforhold på livets teater.

Min påstand er at alle signaler et menneske gir fra seg har en mening og vår oppgave er å finne den og gjøre den begripelig for våre medspillere slik at de selv kan gripe inne i sitt livsspill på en ny og konstruktiv måte. Det betyr ikke at alle klarer det og at vi alltid ser meningen. Men hvis vi ikke ser etter den gjør vi oss selv blinde.

Et annet eksempel. En kvinne ble engang presset til samtale hos meg av familien. De var bekymret for hun oppførte seg så rart. Hun var blitt fjern og snakket om krefter i naturen og hvordan de påvirket oss. Etter mye frem og tilbake begynte hun å komme regelmessig til meg. Diagnostisk var det åpenbart en paranoid psykose. Men det sa meg ingenting, – ga ingen mening om hennes livs teater.

Etterhvert som vi snakket sammen begynte hun å fortelle om scener hun hadde deltatt på. Hun var lurt og sveket av en ektefelle, huset hennes hadde brent ned – det var litt av hvert. Det som gjorde størst inntrykk på meg var likevel historien om hennes arbeidsforhold. Ikke bare det hun fortalte, men måten hun gjorde det på. Hun hadde arbeidet i en bank i mange år. Gjort jobben meget samvittighetsfullt – spart på giroer, vært forsiktig, høflig, ikke laget

bråk. Hun var meget veloppdradd. Så var det bankkrise – medarbeidere skulle slaktes. Hver enkelt fikk personlig og alene oppsigelsen i hånden av sjefen. Hun neide og takket han i hånden, slik hun hadde lært.

Min reaksjon var umiddelbar og ikke til å kontrollere: «Takket du ham? Sparket ikke du ham i pungen?» Etter min mening ville sinne her ikke bare være rimelig, men direkte sunt.

Da hun fortalte meg historien var det uten følelser. Hun ga uttrykk for forbauselse over at sjefens nevø som var ny i banken fikk fortsette. Hun forundret seg over at sjefen fikk nye friske blomster hver fredag på kontoret – og hun sparte på giroene. Da hun fortalte om blomstene strømmet tårene ned, til hennes store forvirring. Det var helt uforståelig for henne. For meg ga dette mening. Det var et stort overgrep hun hadde vært utsatt for som oppdragelsen ikke lot henne se og reagere på. En stor sosial konflikt (bankkrisen) hadde rammet henne personlig og bidratt, slik jeg så det, til hennes uforståelige symptomer etterpå. At ansvarlige og sløser gikk fri med familien mens hun ble sparket forsterket bare overgrepet og gjorde det også mer personlig.

En presisering. Når jeg snakker om vold snakker jeg ikke om ondskap, men om konfliktforhold hvor mennesker blir utsatt for tvang, påføring av smerte eller press – altså tvang til å spille et skuespill de ikke ønsker eller klarer i lengden.

Mange av de menneskene som henvender seg til primærlegen er bærere av voldens symptomer. Angsttilstandene er slik jeg oppfatter det i overveiende grad resultat av fastlåste konflikter på ulike scener hvor det alltid er voldelige element. Fibromyalgier er ofte også resultat av kronisk vold. En spesiell voldsform er oppdragelsen som er av ideologisk art. Gjennom den får menneskene et indre program som tvinger dem selv til handlinger og tanker som de ofte opplever med

fornuften som uhensiktsmessige. Oppdragelsen blir en sterk indre sperre hvor mye av rolleheftet befinner seg. Den tvinger mange til å danse dukketeater på livets scene.

Jeg vil også si noe om språkets betydning på livets teater. Gjennom et bevisst forhold til språkets form og innhold kan mye læres. Språket er ikke bare et middel til å formidle faktisk kunnskap, det er en av de viktigste måtene et menneske uttrykker sin rolle på.

Hvis vi kunne følge et menneske på alle livets scener døgnet rundt ville vi som regel etterhvert lett se en rekke grunner til de plagene det sliter med. Slik er det som regel ikke. Vanligvis møter vi mennesker på et kontor hvor de gjennom ord, mimikk, gest og holdninger spiller sin rolle for oss. Vår rolle slik vi utformer den blir ofte avgjørende for hva vi får frem. Måten vi snakker og lytter til dem på er helt sentralt. Hvis vi gjennom våre holdninger og uttrykksformer formidler at vår scene ikke er deres scene, at vi tilhører et annet og fjernt teater, da forteller vi også at vi mangler forutsetninger til å forstå. For mange blir da den eneste muligheten å gi oss det vi kan, nemlig fysiske symptomer uten mening.

Hvilke konsekvenser får en slik betraktningsmodell for dere? Etter somatiske undersøkelser uten funn må dere flytte oppmerksomheten fra pasientens kropp og mot konfliktforhold og voldsforhold på pasientenes livsscener. Det betyr ikke glemsel av kroppslige årsaker, men at fokus også rettes andre veier. Det vil ikke bare muliggjøre en annen og mer fruktbar forståelse for dere i mange tilfeller, men også tvinge pasienten å tenke i andre retninger.

Husk at dere er øvrighetspersoner. Det dere sier har stor betydning og virker sterkt på deres medspillere. Rolleheftene er ikke ferdigskrevet, ny fokus fra dere gir også nye muligheter og et annet spill.

Språkbruk har også stor betydning. Bruk av ord og vendinger fra

Romerikets tid (latin) og gamle Colloseums dager kan nok ha betydning og være nyttig faglig og vitenskapelig, men ikke på et gate-teater i dagens Norge – altså på livets teater. Her kreves en annen språkføring ikke minst for å få kontakt, men også for å forstå.

Glem at konflikter er uforståelige. Konflikter er meget begripelige og som regel svært konkrete. Problemet ligger ikke her – problemet er at dere ikke kjenner teateret, scenen, medspillerne og rolleheftet godt nok. Problemet er den posisjonen dere har som ofte gjør det vanskelig både å forstå og å delta. Pasientene spiller ofte en rolle på doktors teater og slipper dere ikke inn på sin egen scene. Da blir dere blinde og må nøye dere med at pasientene serverer symptomer og ikke konflikter.

Oppsummering og spissformulering:

Motoren på livets teater er de store sosiale konflikter. Mange tilstander som primærlegen står overfor er en følge av slike konflikter i individuelle kostymer. Slike konflikter kan ikke behandles medisinsk, men teatralisk. Tradisjonell medisin kan bare lette det ubehaget konfliktstoffet fører med seg.

Voldsforhold er alltid et element i slike konflikter og undertrykt sinne går ofte igjen.

Hvis vår scene er fjern fra pasientens teater blir vi svært ofte blinde.

Hvis vårt språk er fra opera mens pasienten snakker i dramaform risikerer vi å spille uten medspillere.

Ofte er det nyttigere å undersøke

pasientenes teater mer enn deres kropp. Jeg tror det vil være nyttig å gjøre det oftere og fortere enn det skjer i dag.

Leger har stor status og det dere vektlegger har stor betydning for pasientenes syn på egne plager.

Etter min mening er den viktigste konfliktkraften i dag på det samfunnsmessige nivå. Økende sosiale forskjeller fjerner primærlegene fra mange pasienters scener, øker konfliktene for mange pasienter på ulikt vis og slik bidrar til å gjøre dere hjelpeløse i forhold til mange plager dere får på doktors scenen.

*Knut Lindtner
Lofoten sykehus
Senter for psykisk helsevern
8372 Gravdal*



Forebygging hos forebyggeren

Legers helse og trivsel

Tekst: Eystein Straume



Eystein Straume, f. -42. Cand. med. des. -68 i München. 5 års sykehustjeneste på ulike avdelinger, 17 år som distriktslege/kommunelege i Loppa. I økende grad opptatt av pasient – legeforskjølet og hvordan dette påvirker både lege og pasient. Arbeider for tiden med å etablere en støttegruppe for leger i Finnmark. Liker å seile på Loppahavet.

Høsten 1994 ble det arrangert grunnkurs 2 i allmennmedisin i Hammerfest. Tema for dette grunnkurset er forebyggende helsearbeid. Kurskomiteén ga kurset et litt annet innhold enn vanlig og hadde blant annet invitert til et foredrag om forebygging hos forebyggeren. Innlegget i noe omarbeidet form gjengis her.

Jeg vil ta for meg et forebyggende program som angår oss på spesielt vis: Nemlig det programmet hvor det er vi som skal være objektet, hvor det er vi som skal forebygges. Jeg vil snakke om en metode jeg liker og som jeg finner meget meningsfull, og jeg vil si noe om håpet i vår medisinske verden. Formålet mitt er å meddele dere min tro på at vi har valgt verdens fineste yrke. Men yrket har farer og medfører slitasje. Jeg håper jeg kan være med på å vise en vei for å redusere farene og øke gledene i yrket. Legers helse og trivsel blir for mange andre et mål på om våre råd er til å leve med. Nå er det en gammel erfaring at skomakerens barn er skoløse og at legens familie er dårlig både undersøkt og behandlet. Idag vil jeg likevel våge å se på tilstanden for meg selv og mine nærmeste. Jeg vil holde våre egne reaksjoner og vår egne vansker opp som et speil, så kan hver og en se om han eller hun liker det de ser. På den måten kan vi hjelpe hverandre til større klarhet i egen væremåte.

Problemet

Det står nemlig ikke bare bra til. Yrket gir ikke bare gleder. Det er en rekke rapporter om leger som føler seg stresset, oppbrukte og utbrente (1), og om leger som svikter på det faglige plan. Likedan rapporteres det om legers misbruk av alkohol og narkotika og vi hører om selvmord blant kolleger. Kvaliteten av helsetjenesten og særlig av pasient-lege forholdet diskuteres stadig og i ulike fora. Det er usannsynlig at en nedkjørt og ulykkelig lege kan utføre tilfredsstillende legearbeid. Disse enkelt-rapportene (2) har ført til økende oppmerksomhet og økende bevissthet om vårt tema. Legeforeningens sentralstyre nedsatte i 1992 et

utvalg til å se på «helsetjeneste og kollegial støtte for leger». Rapporten fra utvalget ble senere samme år fulgt opp med vedtak i sentralstyret som påla alle fylkesavdelingene å opprette kollegiale støttegrupper. Utvalget (3) ga en definisjon av den «sykdommen» som skulle bekjempes: den oppbrukte legen som er den lege som på grunn av konflikter, stress, eller slitasje i det daglige liv står i fare for eller ikke klarer å utføre sitt arbeid på en tilfredsstillende måte, faglig og/eller menneskelig.

Problemet størrelse

Problemet størrelse er ikke kjent. Data fra andre nordiske land, England og USA viser et dystert bilde. Det er antakelig 50 – 100 ganger mer medikamentmisbruk blant leger enn i befolkningen, selvmordsraten blant leger er 3 – 8 ganger høyere enn i befolkningen, i USA antas det at 10 % av legene er alkoholikere, mot 5% i befolkningen forøvrig. Halvparten av legeektenskapene er dårlige og legers ektefeller har oversykkelighet av depresjoner. Legekårsundersøkelsen er ikke ferdig analysert enda, det kan forventes at vi får en sikrere beskrivelse av problemet i vårt land når undersøkelsen blir ferdig. Det er liten grunn til å tro at forholdene er vesentlig anderledes hos oss.

Det spesielle med problemet

Det spesielle med problemet er av to slag. På den ene siden angår dette kvaliteten av legetjenestene. Kvalitetssikring må fra nå av også innbefatte legen som menneske. Det vil sannsynligvis være den vanskeligste delen av hele kvalitetssikringen. De første kravene om kvalitetssikring har også, ikke overraskende, kommet på den tekniske fronten, med nemkokontroll og

kontroll av laboratorietjenesten. På den andre siden er behandling av leger vanskelig. Leger er resistente mot behandling, behovet for å bevare kontroll og å forbli i legerollen er effektive hindringer mot behandling. «La meg slippe å bli som de andre pasientene» er vel en bønn mange kjenner igjen. Egen medisin smaker ofte beskt. Det ligger også en spesiell utfordring i problemet. Som profesjonelle hjelpere må vi finne måter å ta vare på hverandre og hjelpe hverandre. Jeg har en følelse av at andre yrkesgrupper er mer profesjonelle enn oss når det gjelder å ta vare på hverandre. Både politi og militære yrkesutøvere praktiserer briefing og debriefing etter påkjenninger, der vi i vår omnipotente rolle klarer oss uten slik kollegial støtte. Selvfølgelig forekommer det at kolleger snakker sammen om vanskelige opplevelser. Det er likevel min påstand at det skjer sporadisk og uten system.

Metoder for mestring

Vi er altså ute etter metoder for mestringen av det å være lege, mestring på en slik måte at tilstanden oppbrukt lege ikke inntreffer. Først må vi se på årsakene til «vår sykdom». Eller for å snakke med epidemiologene: Vi må se etter risikofaktorene (jeg er ikke sikker på om det er det mest egnede språket i dette tilfellet). Det er to hovedområder for leting etter risikofaktorer og virkemidler.

Arbeidsforhold og faglige forutsetninger

Våre arbeidsforhold og faglige forutsetninger er viktige for den slitasjen vi utsettes for. Dette fortjener nøye kartlegging og vurdering. Det er langt på vei, slik jeg ser det, tradisjonelt fagforenings- og organisasjonsarbeid som må til. Mange av oss sliter med å tilpasse oss den kommunale virkelighet som vi nå har som ramme for vår virksomhet. Den dårlige rekrutteringen til kommunelege 1 stillingene bekymrer meg. Likedan er det vik-

tig at vi blir klar over hvordan legerollen formes og forandres i samfunnet. Det yrket vi valgte i ung alder er for de fleste av oss ganske anderledes enn det yrket vi står midt oppi og det er igjen anderledes enn det yrket vi en dag skal forlate som glade pensjonister. I utøvelsen av vårt yrke er vi i liten grad oppmerksomme på den dynamiske forandringen i samfunnet rundt oss. I en presset arbeidssituasjon vil ofte enhver forandring oppleves som en trussel. Jeg vil likevel la dette ligge nå.

Legers personlighet

Det andre hovedområdet er legers personlighet, våre egne følelser og behov. Størst mulig bevissthet på egen væremåte, egne følelser og behov er et mål i denne sammenhengen. «Kjenn deg selv» var svaret fra orakelet i Delfi. Det gjelder fortsatt. I vår yrkespraksis kommer vi ofte i situasjoner hvor vi konfronteres med egne holdninger og følelser samtidig som vi får pasientenes bekymringer, smerte og lidelse lastet på oss. Dette kan illustreres med noen eksempler:

Forventninger

Vi er lært opp til å løse problemer og har gjennom studiet fått forventninger til hva vi kan utrette som problemløser. Pasienten har også forventninger til legen. Den syke håper på hjelp og helbredelse. I det håpet ligger selve rettferdiggjørelsen av legens handlinger. Men pasientens forventninger er skapt av ulike krefter og er ofte lite realistiske, forventningene som møter legen kan være krav om helbredelse, krav om å bli frisk. I virkeligheten, og med økende erfaring, opplever vi at våre kunnskaper og ferdigheter og det vi maktet ikke strekker til og vi begynner å tvile på egen kompetanse og dyktighet. Forventningene oppfylles ikke og blir en stressfaktor.

Usikkerhet

Erfaringer lærer oss at vi må ta beslutninger under usikkerhet og at vi må leve med denne usikker-

heten. Vi arbeider med sannsynligheter. Det ligger i den medisinske vitens natur at også faglig riktige beslutninger kan gi gale resultater, som først avdekkes av etterpåklokskapens bitre innsikt. Vår kunnskap gir sannsynligheter, også der hvor vi sterkt ønsker sikkerhet. Angsten for feilgrep forsterkes med økende mediafokusering. Likedan oppleves det stundom truende at vi ikke lenger har et Helsedirektorat som faglig støtte, men et Helsetilsyn som årvåkent jakter på våre feilgrep. Utøvelsen av helsetilsynet er et tveegget sverd. Både tilsynsmyndighetene og vi trenger å diskutere den nye situasjonen slik at begge parter kan bli mest mulig trygge i sine roller.

Behov for å være godt likt

En oppofrende lege, uegennyttig, utholdende og villig til å bruke all sin tid for å hjelpe andre får mye ros og anerkjennelse. Men det er en anerkjennelse og en selvaktelse som sterkt er knyttet til selvfornektelse. Egne behov fylles med fag og arbeid. Klarer du ikke å leve opp til slike forventninger oppstår følelser av svakhet, usikkerhet, engstelse, depresjon og fortvilelse. Dette kompenseres gjerne med mer arbeid, mer oppofrelse, følelsesmessig tilbaketrekking fra familien, mindre sosial kontakt og bruk av stimulansia.

Hva slags mennesker er vi som velger et yrke med slike belastninger? I hvor stor grad er vi klar over egne følelser og egne behov? Og hvordan tilfredstiller vi egne behov? Jeg tror psykoanalytikere vil beskrive oss omtrent slik:

- vi har behov for omsorg og vi gir til pasientene den omsorgen vi ikke fikk selv
- vår skyldfølelse og følelse av utilstrekkelighet fører til selvoppofrelse
- vårt behov for anerkjennelse fører til trang til å kontrollere andre
- vårt behov for intimitet dekkes ved omnipotens

- vår hjelpeløshet og sårbarhet dekkes med perfektjonisme
- vår skyldfølelse dekker vi med flinkheten vår
- vårt behov for at å bli elsket av alle fører til arbeidsnarkomani

Det angis at følgende personlighetstrekk forekommer hyppig blant leger: Tvil – skyldfølelse – overdreven ansvarsfølelse. En triade av egenskaper som disponerer for å bli utbrukt og utbrent.

To budskap

Jeg snakker ikke om behov og følelser som er uønskete eller uverdige eller ufine. Det er ikke snakk om å arbeide for å fjerne uheldige og lite aktverdige følelser. Det ville jo være typisk oss om vi ville fjerne risikofaktorene på den måten. Risikoen ligger ikke i våre følelser og behov. Tvert imot er våre behov viktige og verdifulle og en forutsetning for å gjøre en god jobb. Risikoen er at vi forneker våre egne følelser og behov. Vi forneker våre egne behov og søker behovstilfredsstillelse på andre måter. Jeg har to budskap: Det ene er: Det er lov å kjenne på egne behov og egne følelser. Det er viktig å få mest mulig klarhet i dette og det er viktig hvordan du i samhandling med andre mennesker bringer dette til uttrykk. I allmennmedisin er kommunikasjon et nøkkelbegrep. Kommunikasjon krever klarhet i tanker. Klarhet i tanker forutsetter bevissthet for egne følelser og behov. Vær ærlig mot deg selv, lytt til kroppen din. Den er din beste venn og vil deg alltid godt. Ta den på alvor når den gir deg noen beskjeder. Egne symptomer som smerte, øket tretthet, konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, irritabilitet, tilbaketrekking eller nedtrykthet skal tas på alvor og må føre til mottiltak. Symptomene må lyse som røde varselamper. De er tegn som sier at nå er belastningen for stor. Mottiltaket er pause og påfyll av alt som gir livsglede, som rekreasjon, omsorg og kjærlighet. Jeg snakker ikke om narcisisme, jeg snakker om større klarhet og

bevissthet på egne reaksjoner. Mitt andre budskap er: La sårbarhet bli din styrke. Altfor ofte har jeg opplevet at faglig omnipotens (som er en smittsom sykdom blant oss!) blir til nihilisme og impotens. Det er en lite påaktet sammenheng mellom sårbarhet og styrke(4). Det er en underlig setning i Bibelen (5) som ikke slipper taket i meg: «Ved hans sår fikk vi legedom». For meg sier dette noe vesentlig om hjelperollen og om forutsetningene for å helbrede.

Kollegiale støttegrupper som metode

Slike tanker som omtalt ovenfor ligger i bunnen for den helsetjeneste for leger som nå etableres. Videre bygger den på erfaringene fra veiledning i grupper. Åpenhet mellom kolleger som bryr seg om hverandre blir et grunnleggende element. Støttegruppene består ikke av A-laget og er ikke de beste blant oss. Det er vanlige leger som har sagt seg villige til å gå inn i disse gruppene og som har fått en spesialtrening i åpenhet for egne og andres følelser og behov. Det er også hentet impulser fra nettverkstenknningen. Familie og venner kan ta kontakt med støttegruppene. Trygghet og tillit må bli grobunn for åpenhet ikke bare mellom kolleger, men mellom oss og de vi arbeider sammen med og de vi lever sammen med. Da jeg studerte fremste møtene mellom klinikerne og patologene som sannhetens øyeblikk. Med respekt for den døde og i ærefrykt for den erfaring som på denne måten ble samlet lærte jeg mitt fag. I allmennmedisin må vi samle erfaring på annet vis. Inntrykkene fra vårt arbeid må bearbeides til klarhet og innsikt. Veiledningsgruppene har vist oss en vei å gå. Jeg ønsker meg livslang veiledning som en selvfølgelig del av min yrkespraksis. Jeg ønsker meg en yrkespraksis hvor egne opplevelser og egne reaksjoner stadig kan bearbeides. På den måten ser jeg for meg at undring og nysgjerrighet stimuleres som en kilde til læring og utvikling.

Rent praktisk tror jeg vi kan lære av det politiet gjør. De har klare regler for når psykologisk briefing og debriefing skal gjennomføres. De har en liste over situasjoner som medfører intellektuelt og emosjonelt stress og en metode for å mestre dette så hensiktsmessig som mulig. Samtidig brukes det som en kilde til læring. Kan veiledningsgruppene i allmennmedisin utarbeide tilsvarende retningslinjer for oss? Utfordringen er herved gitt! Videre må det være en fagforeningssak å arbeide for tid og rom både for å lage retningslinjene og for å kunne praktisere dem!

Håpet

Den er tungt å være den omnipotente legen og det er en rolle som nødvendigvis må føre til skuffelser, yrkespraksis sparer oss ikke fra tilkortkomning. Og det er en rolle som holder pasienten fast i en legeavhengig posisjon. La oss legge av oss denne tunge omnipotens. Da skaper vi en bedre situasjon for pasienten og stimulerer han til å delta i mestring og helbredelse av egne lidelser. Og vi får et mye mer tilfredstillende liv som leger. Håpet ligger i anerkjennelse av egen svakhet og ikke i benektningen og livsløgnen om omnipotens.

*Eystein Straume,
9550 Øksfjord.*

Litteratur:

1. Fugelli Per. Den utbrente legen. Nord. Med. 1987;102: 360- 2.
2. Kjell Noreik, Berthold Gruenfeld, Kari Sønderland: Leger i krise – tap av autorisasjon og lisens. Tidsskrift Nor Lægeforen nr 6, 1992; 112: 778- 80.
3. Den norske lægeforening: Rapport fra utvalg nedsatt 1992 om helsetjeneste og kollegial støtte for leger.
4. Glin Bennett: The Wound and the Doctor. Secher and Warburg, London 1987. 313 sider.
5. Det nye testamentet. 1. Peter 2,24.

PULMICORT TURBUHALER "DRACO"

Kortikosteroid ATC-nr.: R03B A02

INHALASJONSPULVER: 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose: Hver dose innh.: Budesonid, 100 µg resp. 200 µg et 400 µg. **Egenskaper:** Ved bruk av pulverinhalator (Turbuhaler) oppnås lokal effekt. Preparatet inneholder rent budesonid, dvs. ingen 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 nås 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 kretslop inaktiveres i leveren (første-passasje). **Indikasjoner:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller kromoglikat. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor budesonid. **Bivirkninger:** Lett halsirritasjon, hoste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candidainfeksjoner i munnhule og svelg kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervøsitet, uro og depresjon samt adferdsforstyrrelser hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved behandling med andre glukokortikosteroider). Hos enkelte pasienter på høy dosering er det påvist binyrebarksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. **Forsiktighetsregler:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøye. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinitt, eksem, muskel- og leddsmerter) 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/ammning:** 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 morsmelk:** Opplysninger foreligger ikke. **Dosering:** Initialt, under perioder med alvorlig astma, ved dosereduksjon og eventuell seponering av peroral behandling med glukokortikosteroider anbefales følgende dosering: **Voksne:** 200-1600 µg daglig, fordelt på 2-4 doseringer. 1 mindre alvorlige tilfeller: 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Dosering 2 ganger daglig er vanligvis tilstrekkelig. Dosering 1 gang daglig vil kunne være aktuelt for pasienter som ikke trenger mer enn 400 µg pr. dag. Der man ved mildere former for astma har fått tilfredsstillende effekt av 400 µg x 1, kan man prøve om lavere doser er tilstrekkelig. Dosen kan gis enten om morgenen eller om kvelden. Dersom optimal behandling ikke oppnås med denne dosering, bør dosen og doseringshyppigheten økes. **Barn ≥ 6 år:** 200 - 800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Forsiktighet utvises ved doser på 800 µg pga. fare for binyrebarksuppresjon. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterk slimproduksjon bør initialt (og over en kortere periode - ca. 2 uker) få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved exacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugg. **Vedlikeholdsdose:** Når den ønskede kliniske effekt er oppnådd, bør dosen gradvis reduseres til den lavest mulige dose som holder astmasymptomene under kontroll. Dosering 2 ganger daglig - morgen og kveld er som oftest tilstrekkelig. **Steroidavhengige pasienter** som overføres til Pulmicort bør være i stabil fase. Ved overgang fra peroral steroidbehandling, gis Pulmicort (i høydose) i kombinasjon med vedlikeholdsdosen av oralt steroid i ca. 10 dager. Deretter reduseres den orale dosen gradvis med f.eks. 2,5 mg prednison (eller tilsv.) pr. måned til lavest mulig dose. I mange tilfeller vil det være mulig å substituere den perorale kortikosteroidbehandlingen helt med Pulmicort Turbuhaler. **Andre opplysninger:** Hver dose tilmåles ved vridning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Det er viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munnstykket, selv om kravet til inhalasjonsteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol. Pasienten trenger hverken kjenne noen smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden av dette i en dose er meget liten. Det er viktig å instruere pasienten i å skylle munnen godt med vann og spytt ut etter hver dosering. **Pakninger og priser:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 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 fordelene:

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

(Felleskatalogen)



Budesonid
Pulmicort®
Turbuhaler®

ASTRA
Astra Norge

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



Vi er kommet opp av depresjonen!

Helsetilsynet skal være et offensivt tilsynsorgan med fokus på pasientenes rettigheter

ANNE ALVIK intervjuet av Geir Sverre Braut

Statens helsetilsyn skal reindyrke tilsynsfunksjonen. Vi skal særlig legge vekt på å sikre at pasientrettighetene blir oppfylt. Det var dette Stortinget var mest opptatt av da det ble bestemt at vi ikke skulle nedlegges, sier helsedirektør Anne Alvik. Hun leder en etat som har over 400 ansatte når fylkeslegekontorene regnes med.

– Det som er så moro og gjør det til et privilegium å være helsedirektør, er at vi har masse flotte folk i etaten, både sentralt og ved fylkeslegekontorene. Jeg tror jeg kan si at vi de seinere åra har klart å få tak i veldig flinke folk. En av mine viktigste oppgaver som leder er nettopp å få tak i gode folk. Det ser også ut til at vi klarer å beholde disse. Internt opplever jeg at vi har en god stemning. Jeg møter blide, entusiastiske mennesker som attpåtill sier at de trives med å være her! Vi har løftet oss opp av nedleggingsdepresjonen.

Ellers er det moro å få ha et arbeid som er utrolig variert.

Arbeidsoppgavene kan handle om alt fra skadedyrbejkjempelse til beinmargstransplantasjoner. Det er ingen fordypningsjobb, men bredden fascinerer.

Tilsynsfører, rådgiver og dommer

Helsetilsynet har mange ulike roller, som tilsynsfører, rådgiver og sanksjonsmyndighet. I noen sammenhenger kan disse oppleves som uforenlige. I Sverige har man tatt konsekvensene av det og skilt ansvarsnemnda ut som et eget myndighetsorgan. Dette mener Anne Alvik ikke er særlig hensiktsmessig.

– En egen ansvarsnemnd ble foreslått også hos oss som en del av forslaget om å nedlegge Helsedi-

rektoratet i 1992. Da ble forslaget om en ansvarsnemnd klart avvist av Stortinget. I Helsetilsynet er vi derfor litt forbauset over at forslaget dukker opp igjen allerede nå i NOUen om ny helsepersonellov.

– Jeg synes tilsynsarbeidet gir nyttig informasjon om hva som er allment aksepterte faglige normer som vi trenger når vi skal utøve sanksjonsmyndigheten på en forsvarlig måte. Likeledes får vi gjennom sanksjonsarbeidet masse nyttig informasjon som vi kan nytte i rollen som rådgiver. Bevissthet omkring de ulike rollene er viktig; ikke minst må det være en løpende diskusjon om grensene mellom rollene. Ofte er det dessuten slik at når noe starter som en klagesak, er det ganske umulig å fastslå umiddelbart om det vil ende opp som en systemsak eller som en personsak.

De erfaringene Helsetilsynet får gjennom tilsynsvirkomheten, skal formidles tilbake til helsetjenesten slik at de kan legges til grunn for videre kvalitetsutvikling. Satsingen på tilsynsfunksjonen innebærer i første rekke en opptrapping av tilsynet med at systemene fungerer tilfredsstillende. Helsetilsynet er opptatt av at lista skal henge relativt høyt dersom man ønsker å benytte kunnskap fra systemtilsyn som grunnlag for reaksjoner mot enkeltpersoner; med andre ord at det er systemet, sykehuset, kommunehelsetjenesten, som i første rekke blir kritisert.

Lett å få medvirkning fra eksterne fagmiljøer

– Det er også inspirerende å oppleve at det ikke er vanskelig å få medvirkning fra eksterne fagmiljøer når vi skal legge lista for «allment aksepterte faglige normer». Når vi således får gode råd og har gode folk internt til å «fordøye» disse

rådene, tror jeg at vi kan opprettholde den legitimiteten vi trenger både blant fagfolk og publikum.

Helsedirektøren er opptatt av at det statlige helsetilsynet både sentralt og regionalt må være åpne for ulike innspill fra enkeltpersoner i helsetjenesten, enten disse kommer telefonisk, per brev eller gjennom kommentarer på ulike møter.

– Jeg opplever ofte at jeg får frustrerte kommentarer eller ytringer når jeg er ute og holder innlegg f.eks. på helsepersonellmøter. Sannsynligvis er muligheten til å nå fram med synspunkter til noen som sitter sentralt viktigere i slike sammenhenger enn det budskapet jeg kommer med i mitt innlegg. Jeg prøver å stille opp i sammenhenger hvor helsepersonell møtes, enten det er i regi av fylkesleger, sykehus, fagforeninger eller andre, nettopp for å få tilbakemelding fra grunnplanet.

Helsetilsynet har ikke noen formalisert og regelmessig kontakt med fagforeningene. Dette skjer

sporadisk når det ytres ønske om det av den ene av partene

Helsetilsynet og fylkeslegene: en statlig toenighet

Mange synes at det er på tide at Helsetilsynet og fylkeslegen utad framstår som en samlet etat. Andre mener at fylkeslegene bør slås sammen med fylkesmennene til et regionalt statlig tilsynsorgan.

– Jeg har klare oppfatninger om det. Stortinget har sagt at Helsetilsynet og fylkeslegene er ett. Dersom den faglige legitimiteten til det samlede tilsynet skal være tilstede, må aksene mellom fylkeslegene og Helsetilsynet være tydelig og kraftig, både administrativt og faglig. Jo sterkere denne aksene blir, desto mer meningsløst blir det å tenke seg fylkeslegen som avdelingsleder hos fylkesmannen. Jeg tror også den sterke fagaksen er vesentlig for rekrutteringen av gode fagfolk både regionalt og sentralt. Utfordringen for Helsetilsynet

Mange fører tilsyn med folkehelse, men bare vi fører tilsyn med hele helsetjenesten





Stortinget har sagt at helsetilsynet og fylkeslegene er ett.

net og fylkeslegene blir da å få til en felles virksomhetskultur.

Avdeling for samfunnsmedisin er en nyskaping som ikke bare arbeider med folkehelse spørsmål

– De erfaringene vi får gjennom tilsynet, har nøye sammenheng med rådgivningsfunksjonen vi skal ha. Våre råd skal i vesentlig grad bygge på erfaringer fra tilsynet. Det er dette som ligger til grunn for utviklingen av avdeling for samfunnsmedisin som nå er i gang hos oss. Det vesentlige for denne avdelingen er å analysere tilsynsdata fra fylkeslegene og de andre fagavdelingene her og sørge for at hele bredden blir ivaretatt. Avdelingen skal styrke Helsetilsynets kompetanse og innsats innen epidemiologi og statistikk, og bidra til en bedre utadrettet informasjon

til helsetjenesten og andre brukere. Jeg tror således at vår avdeling for samfunnsmedisin må sies å være en nyskaping. Jeg er forøvrig glad for at tidligere Utposten-redaktør Berit Olsen er leder for avdelingen!

Skal Helsetilsynet føre tilsyn med helsetjenesten eller folkehelsa?
 – Skriver du folkehelsa med stor F, blir spørsmålet enda morsommere! Det er i første rekke helsetjenesten vi skal føre tilsyn med. Der er vi unike. I faktagrunnlaget vårt skal vi selvsagt også bruke data om folkehelsa. For oss er det viktig med kunnskaper om folkehelsa for å kunne gi råd og føre tilsyn. Når det gjelder tilsyn med folkehelsa, er det også mange andre på banen.

Tilsyn med Tilsynet

Statens helsetilsyn har utarbeidet en ambisiøs strategisk plan for åre-

ne 1994-97. Det har vært sagt at som strategisk plan, er den noe av det beste som statsforvaltningen har prestert. Mange utenforstående er spente på hvordan Helsetilsynets etterlevelse vil bli evaluert i årene som kommer. Hvem fører tilsyn med Tilsynet?

– Innmari bra spørsmål, vi ble tatt litt på senga der. Vi har planlagt en brukerundersøkelse hvor vi vurderer den strategiske planen for Statens helsetilsyn sammen med den for fylkeslegene som gjelder fra og med 1995. Men det er mulig at vi skulle ha tenkt noe videre, f.eks. på en vitenskapelig evaluering. Dessuten – alle arbeidsoppgavene i den statlige helseforvaltningen er nylig gjennomgått og vurdert; til og med Stortinget har sagt sitt i saken under den grundige behandlingen av saken om Helsedirektoratet i 1992. □

HbA_{1c} I PRIMÆRHELSETJENESTEN



Svært enkel prosedyre. Høy nøyaktighet og presisjon.

HbA_{1c} på 9 minutter med 1µl fullblod!



DCA 2000

Kontakt oss for ytterligere informasjon/demonstrasjon

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr./-sted: _____

Telefon: _____

Bayer Diagnostics



Bayer Norge A.s Postboks 114, 1483 Skytta, Tlf.: 67 06 86 00. Fax: 67 06 86 90.

Den tause reformen

Omsorgen for de psykiatriske langtidspasientene i kommunehelsetjenestens første tiår

Tekst: Marit Hafting



Marit Hafting, født 1948.
Cand. med. Bergen 1973.
Fra 1988 kommunelege i
Volda og Ullensvang.
1988–1992 medlem av
Utpostens redaksjon, 1992–93
journalist i Tidsskrift for
Den norske lægeförening.

Problemets karakter og omfang

Med psykiatriske langtidspasienter mener jeg mennesker som lider av schizofreni, manisk depressive sinnslidelser eller affektive psykoser og andre kronifiserte invalidiserende sinnslidelser. Diagnosene er ikke her det viktigste, men det at vi i kommunene har en gruppe mennesker som lider av kronisk, ofte invalidiserende psykiatrisk sykdom som i stor grad påvirker deres omgang med andre mennesker.

2-3% av befolkningen over 18 år er psykiatriske langtidspasienter (1), og for det store flertall av disse er nettopp en særlig sårbarhet i møtet med andre mennesker sentralt i deres sykdom. 0,3-0,6% av befolkningen har en schizofren lidelse (2), dvs. at det i Norge i dag lever mer enn 10 000 mennesker med denne lidelsen. Sykdommen har relativt lav insidens, det er dens kronisitet som gjør den til et betydelig folkehelseproblem. Risikoen for å utvikle en manisk depressiv psykose en eller annen gang i livsløpet regnes til ca. 1%, og rundt 10% av alle selvmord blir foretatt av pasienter med depressive lidelser (2). I en utredning om den økende selvmordshyppigheten blir

nedbyggingen av de psykiatriske institusjonene listet opp som én av forklaringene (3).

Til enhver tid bor 9 av 10 personer med schizofreni utenfor institusjon (1), og når de er innlagt er oppholdene vanligvis korte, over halvparten av oppholdene er på mindre enn 1 måned (4). Vi vet en del om de psykiatriske langtidspasientene mens de oppholder seg på institusjon, mens vi bare har sporadiske undersøkelser fra kommunene. Disse rapportene forteller gjerne om ensomhet, passivitet, manglende ansvar for eget liv, fattigdom og slitne pårørende. Bildet preges av høy grad av lidelse og isolasjon.

Den tause reformen

Det siste tiåret er ikke bare kommunehelsetjenestens, eldreomsorgens og de psykisk utviklingshemmedes ti-år, det er også de psykiatriske pasientenes tiår. De har nemlig også vært utsatt for en reform, den tause reformen. Den ble ikke annonsert med glansede brosjyrer og informasjonsmøter med fengende slagord til befolkning og helsepersonell. Det kom ingen delegasjon fra Sosial- og helsedepartementet for å motivere oss for vår nye oppgave. Den står

Kommunehelseloven feiret tiårsjubileum i 1994. Ett av lovens formål var å legge til rette for samarbeid og kontinuitet i tjenestetilbudene. Det blir da er paradoks at de psykiatriske langtidspasientene som har stort behov for kontinuerlig og tverrfaglig omsorg nettopp i dette tiåret har blitt forlatt av institusjonshelsetjenesten og i liten grad fanget opp av kommunehelsetjenesten. Denne artikkelen er en lett omarbeiding av et innlegg holdt på konferansen Kommunehelsetjenesten 10 år, arrangert av Kommunenes sentralforbund, Helsetilsynet og Folkehelse september 1994.

imidlertid klart å lese i utredninger og planer for psykiatrien fra og med siste halvdel av 70-årene. Slagordene var integrering, deinstusjonalisering, normalisering, overføring av ressursene til pasientenes lokalmiljø. De psykiatriske sykehusene skulle i fremtiden kun være behandlingsinstitusjoner, omsorgen og aktiviseringen av denne pasientgruppen skulle foregå i kommunene. I løpet av det tiåret kommunehelseloven har fungert, har sengetallet i 2-linjetjenesten blitt redusert med rundt 25%, mens reduksjonen i de psykiatriske sykehusene er rundt 50%, fordi det i perioden er bygget en del psykiatriske sykehjem (2). I samme periode har det skjedd en utbygging av psykiatriske poliklinikker. Men på tross av nedbygging og slagord: sykehusene og sykehjemmene tar fremdeles 90% av ressursene til psykiatrien på fylkesplan, mens bare 3% går til de psykiatriske poliklinikkene, dvs. den desentraliserte psykiatrien (4).

Den tause reformen – i kommunene

Det er vanskelig å si om den enkelte pasient i den enkelte kommune har fått det verre eller bedre. Pasientundersøkelser viser at flertallet av pasientene i institusjon ønsker å bo utenfor; det er vel ikke for ingen ting av navn som Gaustad, Valen og Oppdøl forbindes med uhygge for folk flest.

For de langtidspasientene som ble utskrevet i begynnelsen av 80-årene, fulgte det ofte noe midler med til etablering i hjemkommunen, og i forbindelse med utskrivningen var det gjerne et samarbeid mellom institusjonen og den kommunale helse- og sosialtjenesten. Som kommunelege har jeg etter den perioden ikke opplevd slik oppmerksomhet fra den psykiatriske 2-linjetjenesten. Da kom de fra det psykiatriske sykehuset og hadde møter med oss om «felles pasienter». Vi opplevde imidlertid at så snart utskrivningene

var klarlagt og i boks, var kommunehelsetjenesten ikke lenger interessante samarbeidspartnere. Min hovedbekymring gjelder i hovedsak ikke disse pasientene som ble skrevet ut etter å ha tilbragt årrekker på institusjon; de kom stort sett inn i et system med pleie og omsorg. Min bekymring gjelder alle de andre, de som aldri har vært langtidspasienter i institusjoner. De som blir innlagt under akutt forverring og oppblussing av sin kroniske lidelse, men som ellers bor hjemme, ofte alene eller svært ofte på sitt gamle barneværelse hos aldrende foreldre. De er integrert i lokalmiljøet på den måten at de er usynlige, de er enten aldri kommet ut i arbeid, eller er falt ut av arbeid, og hverken helse- og sosialtjenesten eller

politikerne møter dem i noen sammenheng som gruppe, langt mindre som pressgruppe. Mange kommunepolitikere har vel først siste året, gjennom oppslag i media, blitt klar over at denne gruppens rett på allmenn helse- og sosialomsorg i kommunen faktisk var en av forutsetningene for den omfattende reformen som har funnet sted innen psykisk helsevern. Kommunen har ansvar for at denne pasientgruppen får hjelp til egnet bolig, arbeid, aktivisering, utdanning, støttekontaktordninger og avlastningstiltak for pårørende – i tillegg til hjemmesykepleie, allmennlegetjeneste og hjemmehjelpstjeneste. Disse pasientene er ofte selv ikke i stand til å bygge opp et sosialt nettverk rundt seg, som vi tidligere var inne på er det



nettopp i møtet med andre mennesker at lidelsens kjennetegn manifesterer seg.

En del av disse pasientene er inne i systemet, har kontakt med primærlege, psykiatrisk sykepleier, eventuelt psykiatrisk dagavdeling, dagsenter, poliklinikk. Første- og annenlinjetjenestene gir i samarbeid et tilbud. Det er kommet oppmuntrende rapporter, blant annet fra Lofoten og Fosen, der denne typen 1 1/2 -linjetjeneste har gitt denne pasientgruppen verdigere liv (5,6). Forutsetningen for desentralisert psykiatri er nettopp tverrfaglig, forpliktende og kontinuerlig samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Fortsatt tror jeg imidlertid dessverre regelen er at det er lite samarbeid over linjene, at de psykiatriske poliklinikkene

ofte konsentrerer sine tilbud mot andre pasientgrupper enn de langtidpsykiatriske pasientene. Holdningen der er ofte at «de er ferdigbehandlet» og trenger derfor ikke lenger 2-linjetilbud. Jeg tror dessverre også at det heller er unntaket enn regelen at poliklinikkene driver organisert konsulentvirksomhet av særlig omfang overfor kommunenes helse- og sosialtjenester. Et tankekors her er at det muligens er de svakeste og sykeste som har det minst kvalifiserte hjelpetilbudet på kommunenivå, noe enkelte undersøkelser kan tyde på (7).

De andre kom foran

Hvorfor har det blitt slik? Forutsetningene skulle være til stede i kommunene, – kommunchelse-

lovens formål er nettopp å legge forholdene til rette for tverrfaglig samarbeid og kontinuitet slik nettopp denne pasientgruppen trenger. Kommunchelsetjenesten skal ha sin oppmerksomhet rettet mot svake grupper og registrere endringer i sykkeligheten i befolkningen. Jeg tror det er mange forklaringer, men hovedforklaringen er at kommunene, både politikere og fagfolkene, rett og slett har vært opptatt andre steder. I dette ti-året har eldre-bølgen nådd kommunene, med en kraftig utbygging av eldreomsorgen på alle nivå. Dette har krevd engasjement og ressurser, og tildels gått ganske høyllytt for seg.

I samme tidsrom er HVPU-reformen satt ut i live med overføring av omsorgen for de psykisk



utviklingshemmede til kommunene. På slutten av perioden kom så skandalene med mappebarna og derfor Sandmannmidlene! De kommunale ressursene har altså gått andre veier. Det gjelder også fagfolkernes engasjement. Eldreomsorgen har dominert de kommunale opplæringsplanene innen helse- og sosialetaten slik at kommunene nå har et svært kompetent fagkorps når det gjelder eldreomsorg.

Det hverdagslige må gis prestisje

Denne pasientgruppen har også krav på kompetente fagfolk. Men hva slags kompetanse kreves? Tom Sørensen skrev nylig i en leder i Tidsskriftet at en forutsetning for at den lokale omsorgen for de psykiatriske langtidspasientene skal fungere er at det hverdagslige gis faglig prestisje (8). Det er de banale livssituasjonene som blir sentrale i møtet med de såkalt ferdigbehandlede med restsymptomer. Hvordan klare å gå på butikken, hvem kan følge på bingo, hvordan bryte sirkelen med kaffi og røyk, dårlig ånde og dårlig form? Hvordan komme gjennom helgene når det offentlige liv, butikkene og kafeene etc. er stengt. Men også bivirkningsproblemene krever faglig kompetanse, det kronifiserte preget som de store dosene med tunge neuroleptika gir, begynner å bli et etisk problem for helsevesenet. For ikke å snakke om slitasjen, søvnvanskene, aggresjonen og fortvilelsen hos pårørende som føler døgnansvar og lever med disse pasientenes lidelse, angst, uro, mismot og vrangforestillinger til dagen. Jeg mener få besitter denne kompetansen nå, men at det kan oppbygges i samarbeidet mellom 2.- og 1. linjen, og med brukerne, – både pasienter og pårørende, som kompetente korrektiv og rådgivere.

En del kommuner har i denne perioden tilsatt psykiatriske syke-

pleiere, men deres rolle i organiseringen av tiltakene rundt pasientene er lite diskutert.

Avslutning

De eldre har i dette siste ti-året vunnet den kommunale kampen om medienes oppmerksomhet og HVPU-klientene har gjennom forpliktende personlige tiltaksplaner vunnet administrasjonens oppmerksomhet. Men hvordan får de psykiatriske langtidspasientene oppmerksomhet? Når sykdommen blusser opp, og de i og for seg kan stille til en del oppstuss, blir de effektivt tvangsinnlagt, roet ned og kommer tilbake til gutteværrelset, passivisert etter 14 dagers opphold. De eneste som kjenner til

episoden er legevaktlegen som la dem inn og de pårørende. Vi har snakket om 2.linjetjenestens manglende engasjement når pasienten forlater sykehuset, men kommunehelsetjenesten har heller ikke maktet å registrere den endrete sykkeligheten i befolkningen som følge av nedbygging av institusjonene. En av oppgavene ifølge kommunehelseloven er nettopp å bringe slike endringer videre til politikerne som er ansvarlig for at hele befolkningen får nødvendig helschjelp og omsorg. □

Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 Voss

Litteratur

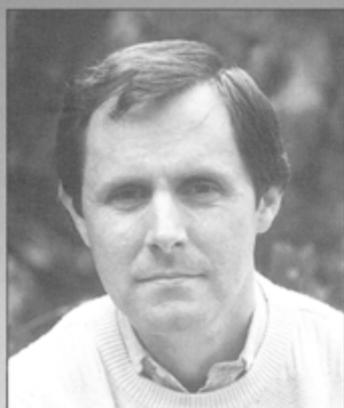
1. Sørensen T, Sandanger I, Mastekaasa A, Skårseth S. Vurderinger av behov hos psykiatriske langtidspasienter i et lokalsykshusområde. I: Sørgaard K, Sørensen T, Herder O, red. Lokal erfaring – sentral kunnskap. Oslo: Kommuneforlaget, 1991: 64-79.
2. Norges forskningsråd. Alvorlige psykiske lidelser. Handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse. Oslo: Norges forskningsråd, 1993.
3. Helseinspektatens utredningsserie 1-93. Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge. Oslo: Helseinspektatet, 1993.
4. Pedersen PB, Heggstad T, Bergsland KH. Sammenlikningsdata for psykiatriske fylkeshelsetjeneste i 1992. Oslo: SINTEF/ Norsk institutt for sykehusforskning/ Kommuneforlaget, 1994.
5. Malterud K, Kristiansen U. En modell for evaluering av et nytt helsetjenestetiltak. Erfaringer fra Fosen-teamet. Oslo: Notat til SME/ Sosialdepartementet, 1991.
6. Sørensen T, Sandanger I. The strategic network position: a feasible model for implementing a decentralized psychiatry. Health Promotion 1989; 4: 297-304.
7. Lie, T. Psykiatrisk helsetjeneste i krise? I: H. Piene, red. Innsikt og oversikt. Helsetjenesteforskning 1987-1992. Oslo: NAVF/ NORAS, 1992.
8. Sørensen T. Reform eller glemsel – Psykiatriske langtidspasienter; liv og behandling utenfor institusjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2091-2.

Hvordan unngå at telefonen blir telef...?

Litt om telefonbruk i en allmennpraksis



Tekst: Helge Worren
ill.: Per Ståle Bjerkvik



Helge Worren er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Privatpraktiserende allmennpraktiker i Nitedal. Redaktør i Utposten.

Hva er saken ?

Jeg hadde ikke vært allmennpraktiker lenge før jeg oppdaget at :

- 1) telefonen er et av de aller viktigste og mest uunnværlige instrument i en allmennpraksis
- 2) telefonen er/kan være en av de virkelige store stressfaktorer på kontoret.

Verdien av erkjennelse nr. 1 har bare økt med årene, ikke minst når tekniske fremskritt gjør anvendelsen stadig mer mangfoldig og omfattende. Telefonen er ofte pasientens første kontakt med helsetjenesten om et problem, og vil for mange oppleves som avgjørende for det som skjer senere. Erkjennelse nr. 2 likte jeg dårlig. Til tider har jeg lyst til å slenge telefonen vegg-i-mellom, evt. finne meg et hemmelig sted hvor intet telefonpip kan nå meg.



Telefon dreier seg om kommunikasjon. Kommunikasjon er viktig. Så langt kom jeg alltid i min positive tenkning, ikke minst når telefonfrustrasjonen nådde høydepunkter.

Kan noe gjøres ? Dette spørsmålet var sannsynligvis et positivt og konstruktivt skritt videre. Jeg hadde begynt å erkjenne at det

kunne ikke fortsette slik med telefoner i tide og utide, likt og ulikt og viktig og mindre viktig om hverandre og uten annet fristed på kontoret enn det nærmeste WC. Jeg hadde jo forlenget innsett at

- konsultasjonene på kontoret ble dårlige av stadige telefonavbrytelser (selv om man til tider utvilsomt (noe utilsiktet) fikk testet den tilstedeværende pasients hørsel)
- telefonkonsultasjonene når pasient samtidig var tilstede på kontoret også ble dårlige, da man måtte kamufflere navn og andre kjennetegn med kodeord og omtrentligheter
- det belastende stressmoment stadig å bli avbrutt av telefoner og ikke få gjort et arbeid skikkelig ferdig.

Øverst: Til tider har jeg lyst til å slenge telefonen vegg-imellom

Nederst: Konsultasjonene på kontoret ble dårlige av stadige telefonforstyrrelser



Jeg ønsket meg m.a.o. :

- 1) uforstyrrede konsultasjoner
- 2) uforstyrrede telefonkonsultasjoner
- 3) muligheter for å gjøre andre ting (trykkesaker, henvisninger o.l.) uten å måtte starte forfra stadig vekkt pga. telefonavbrytelser.

Dette er naiv tenkning og utopi, fikk jeg høre. Etter hvert fikk jeg vite at vi var ganske mange naive og utopisk tenkende allmennpraktikere. Glemmer du helt pasientene? Bør ikke de kunne ha tilgjengelighet til legen når de føler behov for det? Ideelt sett, ja. Jeg følte imidlertid sterkt at det var viktig det Magne Nylenna skrev i UTPOSTEN 4/5 1985 – TELEFONRUTINER (1) : «Her, som så ofte ellers, blir løsningen et kompromiss der tilgjengelighet veies opp mot skjerming.» Er det meg selv jeg først og fremst skjerner? Kanskje litt det også, men jeg velger å tro at jeg også skjerner pasientkonsultasjonene og mitt arbeid med de som kanskje har ventet i flere uker på å få time.

Hva gjør vi?

Det er fristende å svare med en floskel – «Det er mange veier til Rom», m.a.o. at det finnes mange måter å ordne telefonrutiner på. Uansett hva man gjør, bør man ha et bevisst forhold til telefonbruken. Det er et for viktig redskap i vår praksis til å la tilfeldighetene råde grunnen alene. Telefonbruk og telefonrutiner er muligens noe av det mest forsømt på våre allmennpraktikerkontorer.

Gjennom flere års prøving og feiling og etter nå ha jobbet i duo-praksis de siste 3 år (hvor jeg har plukket opp ytterligere rutiner fra en kollega som jeg tror har hatt de samme tanker omkring telefonen som jeg), gjør jeg følgende :

- 1) Fast telefontid (for oss fra kl. 12 til 13). Jeg har ingen pasienter i dette tidsrommet. Da kommer telefonene rett inn til meg, evt. via sentralbord hvis vi beg-

ge er tilstede samtidig (sjelden). Jeg noterer ned journalnotat og beskjeder (på et fastsatt skjema) underveis, og dette ekspederes videre av legesekretær når telefontiden er over.

- 2) Egen linje for øyeblikkelig hjelp, som håndheves stramt av medarbeiderne (slik at «hostesoftbestillinger» unngås på denne linjen)
- 3) Utenom den faste telefontiden, er det alltid medarbeiderne som svarer telefonen. Kun øyeblikkelig-hjelp-telefoner, henvendelser fra sykehus, apotek slipper da gjennom. Jeg er usikker på om annet enn ø.hj.-telefoner bør slippe gjennom direkte.
- 4) De som må snakke med meg samme dag og som ikke kommer gjennom i telefontiden eller ikke kan ringe i denne tiden, ringer jeg gjerne opp mot slutten av dagen (og føler meg forpliktet til dette, hvis det er lovet). Medarbeidernes nøkkelrolle kommer inn her, både som silingsinstans og som en instans som kan løse svært mange problemer der og da.
- 5) Automatisk telefonsvarer brukes utenom kontortid og i vår lunsjpause, ellers ikke. Vi leser ikke inn at beskjed kan gi etter pipetone (dette førte bare til en mengde uforståelige lyder og misforståelser). I lunsjpausen kan vi nås på ø.hj.-nummeret, som både er kjent blant publikum og på vaksentralen.
- 6) Jeg er konsekvent (forsøksvis) kort under telefonsamtalene i den faste telefontiden. Trenger vi å snakke lengre, prøver jeg å si at vi får snakkes senere enten per tlf. eller per konsultasjon/besøk. Medarbeiderne prøver også å ha korte (men vennlige) telefonsamtaler, og tar heller ved behov kontakt igjen senere når telefonen erfaringsmessig er mindre belastet.
- 7) Vi har investert endel i et moderne telefonsystem, hvor vi foruten en fast linje inn har

den nevnte ø.hj.-linjen. Anlegget har også en linje som vi kan ringe ut på (unngår å oppta de 2 faste linjene inn) og en hemmelig linje som familie og andre viktige og nære personer kan nå oss på (også når automatisk telefonsvarer er slått på)

- 8) Enhver ordning bør ha innbygd fleksibilitet som gir muligheter for unntak fra avtalte rutiner. Telefoner som «må» inn til legen, kommer oftest inn. Ikke minst blir det viktig å lytte bak ordene pasienten bruker. Men: unntakene bør ikke bli reglene.

Medarbeideren en nøkkelperson

Helt avgjørende for en god ordning med telefonbruk er medarbeideren. Medarbeideren er selve krumtappen. Hennes (det er fortsatt slik at nesten alle medarbeidere er kvinner) kompetanse blir helt avgjørende for den hjelp som pasienten får når han/hun ringer. Selv om det bør være en løpende diskusjon på kontoret omkring kriterier for avvisning, henvisning og øvrig takling av henvendelser, vil den kompetanse medarbeideren har være avgjørende for den mengde og den type telefonhenvendelser legen mottar. Det er derfor en god investering for legen og praksisen å investere i medarbeiderens videre- og etterutdanning, såvel eksternt som internt på kontoret. Enighet om praktisering av ordninger er viktig, noe som igjen krever lojalitet. Det er knapt noe mer forvirrende for en pasient enn å møte ulike svar avhengig av hvem man snakker med på kontoret. Selv om de fleste telefonhenvendelser til kontoret vil være av administrativ karakter (timebestillinger, svar på prøver o.l.), vil endel av henvendelsene kunne dreie seg om spørsmål av mer helsefaglig karakter. De mer kompliserte spørsmål bør henvises til konsultasjoner eller legen direkte. På de enklere og mer kortfattede spørsmål, blir mange pasienter – etter min erfa-

ring – godt fornøyd med svar fra medarbeideren hvis de får det klare inntrykk av at dette skjer i samråd med eller utfra legens faglige retningslinjer. Nok en grunn til å satse på medarbeideren.

Hvordan har vi det ?

Hva er så resultatet av den telefonpraksisen vi har ? Er det blitt fryd og gammen og en seilas med uforstyrrede konsultasjoner og telefonkonsultasjoner ? Det er fortsatt en god del stress i praksisen, men

- de aller fleste konsultasjoner skjer uten avbrytelser
- telefontiden er hellig, da er jeg uhindret til disposisjon for pasienttelefoner som kommer (det blir mange av dem, og øret blir til tider like rødglødende som lampene på telefonapparatet)
- telefonapparatet blir ikke lenger møtt med de mest hatske blikk
- jeg opplever sterkere at det er vi på kontoret som har telefonen som redskap og ikke omvendt

- de aller fleste pasientene (mitt inntrykk) syns ordningen fungerer tilfredsstillende – når den praktiseres med fleksibilitet, varme og av og til forhåpentligvis også litt humor.

Vi har ikke foretatt en registrering av telefonene inn til kontoret, slik det er mulig å få gjort for bl.a. å finne ut hvor mange som ringer uten å komme frem. Det er forstemmende å se resultatene av endel av disse undersøkelsene, hvor en relativt høy andel som ringer aldri lykkes å nå frem. Dette vil nok være nyttig for endel kontorer som utgangspunkt for en videre diskusjon om telefonrutiner. Dette er bl.a. omtalt i Den norske lægeforenings hefte : TELEFONGJENGELIGHET I ALLMENNPRAKSIS, skrevet av allmennpraktikeren Kjell Nordby (2). Illustrasjonene (tegnet av Per Ståle Bjerkvik) i denne artikkelen er hentet fra dette heftet.

Helsetjenesten har et nærmest allergisk forhold til ordet effektivitet. Jeg kan dele denne type straks-reaksjon hvis det innebærer at vi må løpe ennå fortere, svette

ennå mer og gjøre ennå flere ting på en gang. Men hvis effektivitet innebærer å få mer ut av det vi gjør (og attpåtil få det noe bedre selv) ved å se nærmere på rutiner, da er jeg alltid åpen for diskusjon, håper jeg. Jeg tror telefonrutinene våre bør være av de viktigste rutiner vi snarest (og fortløpende) ser nærmere på – til beste for pasientene og forhåpentligvis også vår egen trivsel.

Dette var vår måte å bruke telefonen på. Hva gjør du ?

Helge Worren
Langmyrgrenda 59 b
0861 OSLO

Litteratur :

1. Nylenna, Magne : Telefonrutiner. UTPOSTEN 4/5 1985, s. 129-131.
2. Nordby, Kjell : Telefongjengeligheit i allmennpraksis. Den norske lægeforening, 1994.

Nasjonalforeningen for folkehelsen inviterer til vårsymposium:

«Dagliglivets medisin – svangerskap, nyfødtperiode og spedbarnstid»

Lørdag 29. april 1995, klokken 0930-1615
Ingeniørenes Hus, Kronprinsens gate 17, Oslo.

Symposiet vil belyse hvordan medisinske forhold virker inn på samlivs- og familiesituasjonen. Samlivs- og helseproblemer pga. graviditet, miljøfaktorers betydning for spedbarnets helse, normale og unormale helsetilstander, herunder krybbedødtrusselen, er utgangspunkt for de mange foredrag under symposiet. **Symposieavgift er kr. 400,-, inkl. enkel lunsj. Skriftlig påmelding innen 7. april til NfF, Fagavdelingen, PB 7139 Homansbyen, 0307 Oslo.**



Nasjonalforeningen for folkehelsen
Utvalget for nyfødtmedisin

Bruk av tvang i psykiatrien, – overgrep eller til pasientens beste?

Samtale mellom Georg Høyer og Eystein Straume om
rettssikkerhet og psykisk helsevern

Problemet

Eystein

I medhold av Lov om psykisk helsevern har vi vide fullmakter. Å benytte denne makten opplever jeg som voldsomt. Både faglig og følelsesmessig er det vanskelig å si til en pasient at han skal innlegges i psykiatrisk sykehus mot sin vilje. Du avbrøt din psykiatrisk utdanning kort før du var ferdig spesialist i psykiatri. Senere tok du doktorgraden på et arbeide om tvunget psykisk helsevern. Hva var det som skjedde med deg?

Georg

Problemet var nært knyttet til bruk av tvang. Jeg hadde forestillinger om at tvangsbehandling var forbeholdt psykisk syke mennesker som var så voldsomme og farlige at tvangsbehandling var det eneste riktige. Jeg møtte imidlertid mange dypt ulykkelige og fortvilte mennesker som ofte følte seg krenket ved at de var fratatt muligheten til selv å bestemme over egen behandling. Samtidig erfarte jeg at behandlingsresultatene var usikre. Jeg fikk en følelse av at innleggelse i psykiatrisk institusjon ikke førte til den tilsiktede bedring. Denne erfaringen gjorde det enda vanskeligere å fortsette i klinisk psykiatri. Og det ble viktig for meg å se nærmere på lovens intensjoner og å undersøke hvordan den ble praktisert.

Loven

Eystein

Selv synes jeg tvangsinnleggelse er dramatiske situasjoner og jeg føler et intenst ubehag ved å gjøre det.

Georg

Uten tvil er tvangsinnleggelse dramatiske inngrep. Høyesterettsadvokat Ketil Lund har påpekt at dette sannsynligvis er det mest dramatiske inngrep i den personlige friheten her til lands, fengselsstraff medregnet. I dag er det likevel situasjoner hvor tvungen anbringelse synes å være eneste mulighet. Utdfordringen blir av to slag. Regelverket må utformes og praktiseres slik at pasientenes rettssikkerhet er ivaretatt, og behandlingen som gies må være av slik art og kvalitet at det er til gagn for den syke. Jeg er ofte i tvil om disse vilkårene er oppfylt. Særlig vanskelig blir det hvis tvang og behandling er tiltak som nærmest utelukker hverandre.

Om Georg Høyer.

Født i 1947.

*Cand.med 1974 i Oslo,
og er for tiden professor
i sosialmedisin ved Institutt
for Samfunnsmedisin ved
Universitetet i Tromsø.*

*Georg
Høyer*



Eystein

Det psykiske helsevernets struktur har endret seg mye over kort tid. Har det samtidig skjedd endringer i bruk av tvungent psykisk helsevern?

Georg

Den offentlige statistikk er mangelfull når det gjelder det psykiske helsevern, men hovedtrekkene i utviklingen er ganske klare. Fra 1980 til 1990 er det totale sengetallet i psykiatriske institusjoner redusert fra 286 til 186 senger per 100 000 innbygger. Størst er reduksjonen i psykiatriske sykehus, men det er også en reduksjon i sengetallet for psykiatriske sykehjem. Det er en mindre økning av senger til psykiatriske pasienter i allminnelige sykehus. I samme perioden er det kun små endringer i antall innleggelser. Dette innebærer en vesentlig redusert liggetid. Om vi ser vi på bruken av §§ 3 og 5 i lov om psykisk helsevern så viser det seg at tvangsinnleggelser brukes i økende grad. Så mønstret i den senere utviklingen er kortere liggetid og mer bruk av tvangsinnleggelser. Det er også tankevekkende at på tross av økt satsing på polikliniske tjenester, øker antallet førstegangsinnlagte.

Eystein

Kan du på noen måte forklare denne økte bruken av tvangsinnleggelser?

Georg

Jeg er ikke sikker på om jeg har noen forklaring, men utviklingen i vårt land er motsatt av utviklingen i andre vestlige land vi gjerne sammenligner oss med. Til og med svenskene som tidligere lå langt høyere enn oss med hensyn til bruk av tvangsinnleggelser, har nå et nivå som vesentlig under det norske.

Eystein

Lov om psykisk helsevern er fra 1961. Er loven foreldet?

Georg

Loven ble ført i pennen i siste halvdel av 1950 årene. Chlorpromazin var kommet i bruk og det rådet en optimistisk tro på at alvorlig sinnssyke nå kunne få effektiv behandling. Loven er preget av dette, men er etter mitt syn likevel rimelig brukbar. For 6 år siden ble det lagt fram forslag til en revisjon av loven (NOU 1988: 8. Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke). Av ulike grunner havnet utredningen i en skuff. Vi får neppe noen ny lov nå, og det er ikke sikkert vi trenger det heller. Vi trenger enkelte justeringer som gjør loven bedre anvendelig i en mer desentralisert psykiatrisk helse-tjeneste. Det som bekymrer meg i dag er ikke lovens innhold, men hvordan praksis utvikler seg. Høyesterett avsa 12. mars 1993 en dom som er av stor interesse når det gjelder psykiatriske pasienters muligheter til selv å velge om de vil motta psykiatrisk behandling eller ikke. Jeg tror dette er en dom som betyr et tilbakeslag for psykiatriske pasienters autonomi og rettssikkerhet. Slik jeg forstår dommen går den i korthet ut på at en pasient som er blitt symptomfri på depotmedikasjon med neuroleptika fortsatt ansees å være alvorlig sinnslidende i lovens forstand. På denne måten har Høyesterett utvidet gruppen av sinnslidende som i fremtiden kan bli utsett for tvangsinngrep.

Eystein

Vi snakket tidligere om den reduserte varigheten av opphold i psykiatriske sykehus. Som kommunelege mener jeg å se at pasientene i større grad er i sitt nærmiljø. Det opprører meg at denne tause reformen har skjedd uten at kommunehelsetjenesten eller andre instanser i lokalsamfunnet har fått økte ressurser og kompetanse til å kunne gi et godt nok tilbud lokalt. I denne situasjonen er det viktig for meg at kontakten til det psykiatriske sykehuset er god. For meg er det en trygghet når sykehuset finner at

pasienten kan utskrives til tvungent ettervern. Det øker sykehusets tilgjengelighet.

Georg

For meg er det viktigere at pasienten føler seg trygg i forhold til kommunelegen, og jeg er usikker på om en økt bruk av tvungent ettervern skaper større tillit mellom kommunehelsetjenesten og de psykiatriske pasientene.

Eystein

Balansen mellom det å respektere pasientenes autonomi, uten at man bruker dette som et påskudd til å la være å gripe inn, står for meg som vanskelig.

Georg

Jeg er enig i at dette er et dilemma. I en slik situasjon kan det være at legens mulighet til å bruke tvang kan føre til at man legger for lite arbeid i å oppnå en frivillig behandlingsallianse.

Kongressen

Eystein

Du har arbeidet med disse problemene i mange år. Hvilke holdninger møter du blant kolleger til disse spørsmålene?

Georg

Jeg er kronisk forbauset over at disse spørsmålene i skjæringsfeltet mellom etikk, juss og psykiatri ikke synes å ha større interesse hverken blant leger eller jurister. På denne bakgrunn har jeg påtatt meg å arrangere en stor internasjonal kongress om juss og psykiatri. Kongressen finner sted i Tromsø fra 25 -29 juni i år. En rekke av de forhold vi har snakket om vil bli tatt i full bredde under kongressen. Jeg håper kongressen vil samle god deltakelse også fra Norge og at vi kan få gode diskusjoner omkring blant annet tema vi har tatt opp i vår samtale. Kongressen vil bestå av fire plenumsamlinger hvor internasjonalt anerkjente fagfolk vil gi sine bidrag. Spesielt tror jeg

plenumssamlingen om fremtidens struktur på psykisk helsestjeneste vil være interessant for norske primærleger.

Vi vil også ta opp helt grunnleggende spørsmål. Er det i det hele tatt mulig å drive behandling ved bruk av tvang?

I tillegg vil det være en rekke parallelle sesjoner, der blant annet HVPU-reformen og tvungen ettervern vil bli tatt opp. Jeg tror kongressen vil være av interesse for mange, og det skulle glede meg å se norske primærleger i Tromsø disse dagene.

Selv håper jeg kongressen kan være et bidrag til en utvikling mot best mulig rettssikkerhet for våre pasienter. Det er også forskning som synes å vise at god rettssikkerhet og god psykiatrisk behandling er sammenfallende. Kan vi finne tak i denne synergien, kan dette være med på å peke ut veien videre fra den vanskelige posisjonen mellom medisinsk paternalisme og likegyldighet.

*Eystein Straume
Kommunelege i Loppa
9550 Øksfjord*

Tromsøseminaret i medisin 1995:

The XXI international congress on law and mental health, Tromsø, June 25-29 1995.

**Sponsored by the international academy
of law and mental health**

Parallellsesjonene omfatter: Utviklingen av lovgivningen innen det psykiske helsevernet, Prediksjon av farlighet, Fremtidig struktur av det psykiske helsevernet og Rettssikkerhet og rettigheter i psykiatrien i lys av menneskerettighetene.

Det vil i tillegg være rundt 100 foredrag i parallellsesjoner viet sentrale tema som: suicid og authansasi, tvangsbehandling, kontrollkommisjoner, behandling av seksualforbytere, pasienters og pårørendes situasjon, HVPU-reformen, kompetanse og samtykke, taushetsplikt i psykiatrien m.fl. Kongressen er søkt godkjent for spesialiteteten i allmennmedisin, samfunnsmedisin og psykiatri

Videre vil det bli anledning til besøk på Åsgård Sykehus, deltakelse i work-shop om forskningsmetodologi samt post-congress faglig tur til Arkhangelsk. Kongressavgift er kr 1800 som omfatter Welcome reception, alle luncher, bankett samt transport fra Tromsø sentrum til Universitetet.

For mer informasjon og tilsendelse av påmeldingsskjema,
kontakt: Sissel Andersen, ISM, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø.
Telefon 776 44819, Fax 776 44831. Påmeldingsfrist: 15 april.

ECCO 8

**8th European Conference on Clinical Oncology
Cancer research and Cancer nursing
Paris 29. oktober - 2. november 1995**



Medica tours arrangerer en fellestur til kongressen i dagene:
Lørdag 28. oktober – fredag 3. november. Priser fra kr. 4.940,-.

Ta kontakt med oss snarest og be om program.

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

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**

Kva vil vel fylkeslegen seia?

Tekst: Geir Sverre Braut



f. 1955, cand. med. 1980, tilsett ved fylkeslegekontoret i Rogaland sidan 1985, fylkeslege same stad sidan 1994. Medredaktør i Utposten.

Med utgangspunkt i ovanstående spørsmål framfører Kjell Nordby si uro over klagesaksbehandlingen hjå fylkeslegen i ein artikkel i Utposten nr. 8/94. Han hevdar at dokumentasjonskrava til allmennmedisinaren er urealistiske og at klagesaksbehandlingen er byråkratisk, tilfeldig og spesialistsentrert (1).

Sjølv om Nordby ikkje høyrer heime i «mitt» fylke, Rogaland, veit eg inderleg godt at mange legar her vil gje klagesaksbehandlingen vår same kritikken. Eg aktar såleis ikkje å gå i rette med Nordby, det har eg ikkje grunnlag for. Der-

imot skal eg seia litt om korleis vi, og dei fleste andre fylkeslegekontor, tenkjer for tida. Vi er opptekne av slike spørsmål som Nordby stiller, og har eit ganske stort krav mot oss, både frå helsetenesta og pasientane, om å vera objektive i saksbehandlingen.

Fylkeslegen er ikkje advokat for nokon

Nordby seier at legen ikkje har nokon advokat til å føra saka si for seg. Det har heller ikkje dei fleste pasientane som vender seg til fylkeslegen med eit klagemål. Og dei aller fleste klagesakene vert avslutta utan at nokon advokat vert brakt inn i saka. Reint umiddelbart tek eg det som eit teikn på at fylkeslegens rolle som konfliktløysar også inneheld eit element av konflikt-demping. Det høyrer likevel med til kvardagen at vi tilrår pasientar (og for den saks skuld også legar) å kontakta ein advokat for råd og støtte. Dette er ikkje minst aktuelt i saker der fylkeslegen ikkje finn grunnlag for å gå vidare med saka med utgangspunkt i rolla som tilsynsførar.

Fylkeslegen må unngå å verta oppfatta som advokat for nokon av partane i ei klagesak. Eg ser likevel stundom at den av partane som ikkje får medhald hjå fylkeslegen lett oppfattar oss som advokat for motparten. Legen vil då sjå på oss som advokat for pasienten, medan det er heller ikkje så reint sjeldan at pasienten opplever oss som advokat for legestanden! Dette er eit lodd som fylkeslegen må leva med.

Klagesaksbehandlingen er ein del av tilsynet

Det er med utgangspunkt i tilsynsrolla at fylkeslegen tek klagemål mot helsetenesta til behandling. Heimelen for dette ligg i §§ 2 og 3 i lov om statleg tilsyn med helsetenesta (sjå ramme). I lovgjevinga er det sagt lite eller inkje meir om saks-gang og innhald i klagesaksbehandlingen. Mykje av vurderings-temaet vert å sjå saka opp mot § 25 i lov om leger som stiller krav om at ein lege skal utøva verksemda si forsvarleg. Kravet til forsvarleg legeverksemd vil ein jurist kalla ein rettsleg standard. Dette er ein regel som ikkje stiller spesifikke krav til handlinga, men som gjev ein fastsett målestokk til bruk ved vurderinga (2). I dette tilfellet kan standarden kanskje omskrivast slik: «Korleis ville ein annan lege ha handla i ein tilsvarende situasjon?».

Valet av sakkunnige kan såleis, som Nordby peikar på, vera utslagsgjevande for vurderinga av kva som er forsvarleg legeverksemd. Når det gjeld saker i forhold til allmennpraktikarar, vert dei hjå oss vurderte med utgangspunkt i det ein kan venta av ein allmennpraktikar.

For å sikra at ein har høve til å få eit breitt utval av sakkunnige, har Helsetilsynet i samarbeid med Legeforeninga kome fram til at ein skal kunna venda seg til dei aktuelle spesialforeiningane ved kvalitetsutvala når helsestyremaktene treng sakkunnige i særlege saker. Det er laga nærare retningsliner om dette (3). Denne ordninga er relativt ny og skal evaluerast.

Klagesaksbehandlninga er i ferd med å verta standardisert

Både Helsetilsynet og fylkeslegane er opptekne av at reaksjonsmønsteret ikkje skal syna særlege variasjonar kring i landet. Ved spørsmål om formell kritikk i form av tilrettevising, åtvaring, suspensjon eller tilbakekalling av autorisasjon, skal dette avgjerast sentralt. Uformell kritikk kan gjevast av fylkeslegen lokalt.

For å sikra likskapen i saksbehandlinga, vart det i 1994 utarbeidd eit utkast til rettleiing om saksbehandlinga ved fylkeslegekontora i klage- og tilsynssaker (4). Eg reknar med at denne vert tilgjengeleg i trykt form i løpet av kort tid.

Fylkeslegen treng også tilbakemelding på eiga verksemd

Eit av dei felles måla for alle fylkeslegane i 1995 er å planleggja og byrja oppbygginga av eit system for å sikra at fylkeslegen i si eiga verksemd oppfyller krav i lovverket og følgjer god forvaltningsskikk (5). Helsetilsynet krev vidare at vi skal ha rutinar for å kjenna og ivareta behova til dei som brukar oss, og mellom dei er både legar og pasientar. Som nemnd innleiingsvis er det såleis ikkje grunnlag for å gå i rette med Nordby. Vi må

registrera synspunkta og søkja å handla slik at grunnlaget for kritikken ikkje er til stades ved neste korsveg.

Det handlar om å vera forutseibar

All kvalitetssikring handlar om å vera forutseibar. Eg tolkar det Nordby skriv som eit ønske om forutseibar klagesaksbehandling. Det er eit krav som både legar og pasientar må kunna stilla i ein rettsstat. Det er spanande å byggja opp rutinar og ta omsyn til røynsler for å sikra forutseibar behandling på eit fagleg forsvarleg grunnlag. Det handlar meir om offensiv kreativitet enn om protektiv byråkratiisme. Nordby gjev sjølv til slutt i artikkelen eit godt døme på det i form av rutine kring bruk av «rosa resept».

*Geir Sverre Braut
Fylkeslegen i Rogaland
Postboks 680
4001 Stavanger*

Litteratur:

1. Nordby K. Kopp, PK-info og rosa resepter. *Utposten* 1994;23(8):326-29.
2. Gulbransen E. *Juridisk leksikon*. Oslo: Kunnskapsforlaget, 1987.
3. Statens helsetilsyn. Brev av 6.6.94 (94/01441) til Den norske lægeforenings spesialforeninger.
4. Knapskog AB et al. Saksbehandlinga i klage- og tilsynssaker. Veileder for fylkeslegekontorene. Utkast. Oslo: Statens helsetilsyn, 1994.
5. Statens helsetilsyn. Brev av 23.12.94 (94/09996) til landets fylkesleger.

Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten

§ 2 Fylkeslegens oppgaver

- Fylkeslegen skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket.
- Fylkeslegen skal gjennom råd, veiledning og opplysning medvirke til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket.
- Fylkeslegen skal medvirke til at lover, forskrifter og retningslinjer for helsetjenesten blir kjent og overholdt.
- Fylkeslegen skal holde Statens helsetilsyn orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som innvirker på disse.

§ 3 Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll.

- Enhver som yter helsetjenester skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.
- Fylkeslegen skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygges svikt i helsetjenesten.

Lov av 13. juni 1980 nr. 42 om leger

§ 25 Forsvarlig legevirksomhet

- En lege plikter å utøve sin virksomhet forsvarlig.
- Han skal gjøre sitt beste for å gi sine pasienter kyndig og omsorgsfull hjelp.
- Han skal gi hver pasient de opplysninger han bør ha om sin helsetilstand og behandling. Såvidt mulig skal legen la pasienten selv medvirke ved behandlingen.

Kinas helsetjeneste anno 1994

*Er barfotlegen i ferd med å bli erstattet av
allmennpraktiker etter vestlig mønster?*

Tekst og foto:
Tor Kåre Håberg



Tor Kåre Håberg, født 1946. Cand. med. Oslo 1972. Distriktslege/kommunelege i 1975-1991. Fra 1991 privatpraktiserende allmennlege på Ålgård. Spes. i allmenn- og samfunnsmedisin.

Studietur til Kina nov-94 sammen med 40 andre leger fra Norge, Sverige og Danmark. Turen var organisert av den amerikanske organisasjonen People to People, og ble ledet av riksdagsmedlem og professor Barbro Westerholm, Stockholm.

Folkerepublikken Kina har de senere år åpnet seg mer og mer mot omverdenen. Utenlandske kapitalinvesteringer har lenge vært

sett på med blide øyne, og store internasjonale konsern er forlenget på plass. Selv om sykkelen fortsatt er fremkomstmiddel nr 1 i landet, ser man, idet det minste i større byer, økende innslag av Volvo'er, Saab'er og Mercedes'er i persontrafikken. I Beijing støter man hyppig på moteriktige unge mennesker av begge kjønn som haster avsted med stresskoffert og mobiltelefon. Samtidig synes andelen fattige mennesker å øke. Tiggere er ikke et uvanlig syn. I Kinas større byer er der en hektisk byggeaktivitet, såvel boligkomplekser som turisthoteller. Folk som reiser ofte til landet kan fortelle at utviklingen i Kina går med ekspressfart.

Kinas sterke økonomiske vekst får vestlige økonomer til å «himle» med øynene. Den forventes i innværende år å bli ca 13%. At Kina er inne i en slik intens økonomisk vekst og utvikling, er oss godt kjent takket være våre korrespondenter og internasjonale media. Det antas å være mindre kjent for Utpostens lesere hva som for tiden rører seg i kinesisk helsetjeneste, og da spesielt kinesisk allmennmedisin. Med bakgrunn i en meget vellykket 14 dagers studietur i november-94, vil jeg i denne artikkelen beskrive noen sentrale trekk ved kinesisk helsetjeneste, og spesielt hvilke trender som synes å gjøre seg gjeldende i nær framtid.

Hvordan turen kom istand

I kjølevannet av den politiske og

økonomiske liberaliseringen, har kinesisk helsetjeneste åpnet sitt vindu mot omverdenen. I de senere år har det pågått en omfattende utveksling av kontakt mellom ulike deler av kinesisk helsestell og tilsvarende deler i en rekke andre land. Det kinesiske helsedepartement sammen med den kinesiske legeforening tok for 3 år siden initiativ til å invitere en delegasjon av ulike legekategorier fra Norden. Bakgrunnen var ønske om å etablere faglige forbindelser mellom ulike legegrupper i Norden og tilsvarende kinesiske legegrupper. Den amerikanske organisasjonen The Citizen Ambassador Program of People to People International, en organisasjon som i over 30 år har organisert profesjonell utveksling innenfor ulike samfunnssektorer og mellom ulike land med kunnskapsutveksling og etablering av vennskap som et overordnet siktemål, sto som turoperatør. En svensk professor i farmakologi og f.t. riksdagsmedlem, Barbro Westerholm, som påtok seg å være delegasjonsleder, sendte i juli-94 ut invitasjon til ulike kategorier leger i Norge, Sverige og Danmark. Mang en kollega har nok latt denne invitasjonen gå for raskt i papirkurven. Vi oversvømmes jo av invitasjoner. Jeg for min del så dette opplegget som en historisk sjanse til å besøke et land som jeg hadde hørt så mye om, og det attpåtil i en sammenheng hvor helsefaglige tema syntes velproposjonert blandet sammen

med sosiale og kulturelle aktiviteter.

Befolkningsstruktur

Kina er verdens største produsent av jordbruksprodukter. I tillegg til å brødfø sine egne 1,2 milliarder mennesker, har landet en eksport av matvarer større enn noe annet land. 80% av innbyggerne er da også bosatt på landsbygda. Selv med «kun» 20% av innbyggerne bosatt i byer, har landet over 40 byer med over 1 million innbyggere, og hvorav 3 har over 10 millioner.

Politiske forhold

Deng Xiaoping, som stadig sitter med makten i en alder av snart 90 år, har formulert sin politiske tese slik: «Det er det samme om en katt er hvit eller svart, så lenge den fanger mus». Utlagt i praktisk politikk betyr dette at kapitalistiske produksjonsmetoder hilses velkommen av den kinesiske lederen så lenge produksjonen gagnar den kinesiske økonomiske utviklingen, og så lenge dette ikke truer det kommunistiske maktapparatet. Den pragmatiske Deng har tidligere vist at for omfattende liberalisering ikke aksepteres. Da studentene krevde mere frihet og demokrati på den himmelske freds plass i juni-89, ble de som kjent brutalt slått ned. En av våre engelsktalende guider hadde følgende vurdering med hensyn til utsikter for omfattende politiske forandringer i kjølevannet av den pågående økonomiske liberaliseringen: De kinesiske makthaverne har til alle tider vært prisgitt Kinas enorme bondemasser. Alle keiserlige dynastier som har blitt styrtet, og det er mange, har blitt det når de har styrt slik at de har falt i unåde hos bøndene. Maos revolusjon var som kjent kommunisthistoriens første bonderevolusjon. Dagens kinesiske makthavere kjenner sitt lands historie, og styrer deretter. Så lenge bøndene aksepterer situasjonen, og bøndene har det bedre i dag enn tidligere i dette århundret, selv om analfabetismen langt fra er utryddet, er der ingen

fare. Studentene utgjør ingen maktfaktor alene, og bøndene er opptatt av helt andre verdier enn studentene.

Sosialpolitiske forhold

I byer/tettsteder gjelder regelen om kun ett barn per ektepar. Hvis begge ektefeller er enebarn, tillates to barn. Ektepar på landsbygda tillates 2-3 barn av hensyn til å sikre familien arbeidskraft. Etniske minoriteter tillates mere enn ett barn.

Kun 25 % av kinesiske mødre ammer sine barn. Kampanjer pågår for å øke andelen. Med hensyn til abort, fikk vi inntrykk av at der ikke eksisterte noen øvre tidsgrense.

Hovedkilden for transplantasjonsorgan er kriminelle som henrettes, eller trafikkofre. På direkte spørsmål ble vi videre fortalt at det per idag ikke eksisterer noen form for etiske komiteer som vurderer den etiske siden av slike spørsmål, ei heller spørsmål knyttet til klinisk utprøving av nye behandlingsmetoder.

Trygdesystem

I Skandinavia tar vi det som en selvfølge at alle innbyggerne er

dekket av trygdesystemet. I Kina har kun 13% av befolkningen gratis helsetjeneste. De øvrige må betale fullt ut. 70-80 % av de som trenger operasjon må la det være av økonomiske grunner. Grupper som har gratis helsetjeneste er:

- ansatte i statsforvaltningen (governmental officials)
- fabrikkarbeidere noen steder, hvor fabrikkene betaler for sine ansatte
- ansatte i statseide landbrukskollektiver
- studenter/ansatte ved universitet og høyskoler

Dødsstatistikk

Figuren nedenfor viser de viktigste dødsårsakene i befolkningen. Det fremgår at hyppigste dødsårsak er kreft. Høyst her rangerer lungekreft, dernest mage- og leverkreft. Anslagsvis 350 millioner kinesere er dagligrøkere. Tallet har steget den senere tid som en følge av økende velstand og aggressiv markedsføring fra tobakkindustrien. Temaet ble livlig diskutert i en sesjon hvor forebyggende medisin var satt på dagsorden, og det gikk

Order of causes of death in China (1991)

Cancer
Cerebral vascular diseases
Respiratory diseases
Cardiac vascular diseases
Injuries and toxication
Digestive system diseases
Endocrinal, metabolic and immune diseases
Urinary and reproductive system diseases
Lung TB

en lettelsens sukk gjennom den skandinaviske delegasjonen da sjefslege Hao i Guangzhou kunne opplyse at et lovforslag mot tobakksreklame var på beddingen.

Helsetjenesten idag

Kinas historie er preget av stadig uro, omveltninger og kriger, dels mot inntrengere (russere og japanere spesielt), dels som borgerkriger. De keiserlige dynastiene har «svevet» høyt over folkemassene. Klasseskillene har vært enorme, og står i skarp kontrast til våre egalitære skandinaviske samfunn. Som et resultat av dette, har helsetjenestetilbudene i hele dette århundret vært svært mangelfulle, med mangel på kvalifisert personell og dårlig organisering. 45 år med kommunistisk styre har kun i begrenset grad bedret på dette.

Kinesisk helsetjeneste er bygd opp etter en modell med tre behandlingsnivåer. Den mest perifere enheten på landsbygda ble kalt «village health centre». I Guandong provinsen besøkte vi et slikt helsesenter som besørget primærhelsetjeneste for ca 6000 innbyggere. Staben bestod av 3 barfotleger, 1 sykepleier og 1 jordmor. Barfotlegene hadde 24 timers vakter hvert 3. døgn, og helsesenteret tok årlig imot ca 200 fødsler. Neste nivå i behandlingsskjeden ble kalt «Township Hospital», organisert som et mindre norsk lokalsykehus, med kirurgi, indremedisin og enklere laboratorie-fasiliteter. Dette tok seg av pasienter henvisst fra «village doctors». Det tredje nivået tilsvarte større norske fylkesjukehus og ble kalt «County Hospital». Den materielle standarden på alle nivå låg gjennomgående betydelig bak skandinavisk standard.

Et gjennomgående trekk ved nivå 2 og 3 var høyt antall med polikliniske pasienter. Den materielle standarden på alle nivå låg; flere tiår bak skandinavisk standard.

Kommunist-Kina var tidlig ute og kopierte den sovjetiske helsetjenestemodellen med sykehusbaserte

spesialister, som kom til å ta seg av tilnærmet all kurativ helsetjeneste. Det meste av den kurative tjenesten ble skjøvet opp til nivå 3, som var preget av store poliklinikker med høy pasient gjennomstrømming, og hvor silingen mere var preget av tilfeldigheter enn faglige kriterier. Systemet brøt sterkt med LEON-prinsippet, og ble selvsagt svært ressurskrevende, hvilket bekymret kinesiske helsemyndigheter.



Prof. i allmenntmed. Gu Yuan fra Beijing omringet av skandinaviske allmennpraktikere.

Kina er på mange måter et kontrastenes land, også når det gjelder helsetjeneste. Vi ble ved flere sykehusbesøk slått av å se topp moderne avansert teknisk utstyr, f.eks. siste nytt innenfor computer tomografer (roterende CT), mens øvrig røntgen- og annet utstyr var svært gammeldags. Generelt kan man si at befolkningens helsetjenestetilbud varierer enormt med hensyn til kvalitet, avhenger av hvor du bor, men også hvilken samfunnsklasse du tilhører. Størst er forskjellen mellom by og land, hvor folk på landsbygda kommer betydelig dårligere ut. Flere av våre kinesiske leger gav uttrykk for fortvilelse over situasjonen, og tilla kulturrevolusjonen

mye av skylden for at Kina på dette feltet hadde sakkert akterut. Det var sterkt å høre personlige vitnesbyrd fra kollegaer som hadde lidd mye i denne perioden.

Nye trender

Kinesernes svar på dagens krise i helsetjenesten, er økt satsning på primærhelsetjenesten. Sentralt her står etablering av en familielegespesialitet etter vestlig mønster.

Kinesiske helsemyndigheters interesse for omverdenes ulike primærhelsetjeneste-systemer, inklusive skandinaviske, må ses på bakgrunn av dette. I løpet av de aller siste årene har kinesiske helsemyndigheter hatt et uttall av utenlandske primærlegelegasjoner på besøk. Kinesiske helsemyndigheter har, i samarbeid med WONCA, utarbeidet en omfattende plan for utvikling og etablering av en familielege-spesialitet tilpasset øvrig kinesisk helsetjeneste. Det er på denne bakgrunn invitasjonen fra den kinesiske legeforeningen om besøk av skandinaviske leger, med sterkt innslag av allmennpraktikere, må ses. I så henseende følte vi oss privilegerte og beæret.



Den Kinesiske Mur – nov. -94

Avslutning

Sammen med 40 andre skandinaviske kollegaer ble vi vist rundt og orientert om det kinesiske helsestellet i løpet av 14 intense novemberdager i 1994. Besøket startet i Beijing, fortsatte i Xi'an og ble avsluttet i Guangzhou. Vi fikk et innblikk i alle deres nivå, såvel i by som i landområder, fra topp moderne universitetssykehus til primitivt helsesenter i «bushen». Inntrykkene var mange og sterke. Selv om det faglige programmet var omfattende, var det også avsatt tid til kulturelle og sosiale aktiviteter, med besøk på den kinesiske mur nord for Beijing og Terra Cotta-utgravningene i Xi'an som høydepunkter.

Kjære kollega! Kina, Midtens Rike, er inne i omfattende og raske forandringer. Vil du se det Kina som du kanskje har tenkt og drømt så mye om, bør du gjøre det snart, ellers kan du risikere å komme til et « annet » land.

WONCA-95 kongressen med tilleggstur til Kina byr på en slik mulighet. GOD TUR!

*Tor Kåre Håberg
Gjesdal Legesenter
Rettedalen 2
4330 Ålgård*

Betnovat[®] betametason 17 - valeriat



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



Når nettene blir lange...

UTPOSTEN's edb-spalte

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

Kontaktperson:

John Leer, 5305 Florvåg.

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

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

A=telex C=no

EDI OG E-POST I HELSESEKTOREN

Elektroniske postsystemer lar deg overføre meldinger og data til brukere i lokale nettverk, til andre kontor, forretningsforbindelser og samarbeidspartnere over hele verden. Det er en effektiv og kostnadsbesparende kommunikasjonsform som reduserer bruken av telefon, telefax og tradisjonell post.

Den elektroniske kommunikasjonen foregår over telenettet og over bredbånd-datanett slik som UNINETT og INTERNET. Til telenettet brukes et modem på datamaskinen for å omforme signalene til telenettet og tilbake til datamaskin. ISDN er en nyere og raskere overføringsmåte. I nettverkskommunikasjonssammenheng har vi begrep som Router og Gateway. En gateway er en kommunikasjonsport fra ett edb-nett ut til andre nett. Et elektronisk posthus har samme funksjon for elektronisk post og meldinger som dagens postkontor har for brev og pakker, og cc:Mail og MS-Mail er leverandørspezifiske e-mail- og filtransport-

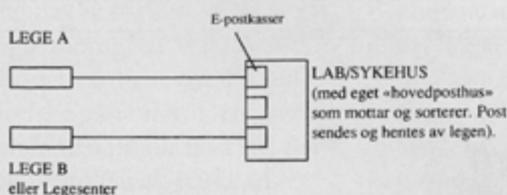
løsninger for både intern og eksternt bruk. MailMax og TelemaX er enbrugerløsninger mot TeleCom.

X.400 er en serie kommunikasjonsstandarder definert for person-til-person-overføringer i offentlige meldingssystemer. Standardene er definert i CCITT-X.400-serien og beskriver formidlingssystem og tjenesteoversikt. OSI (open system interconnection)-X.400 definerer prinsippet for meldingsoverføring i offentlige meldingssystemer – fra enkle tekstmeldinger, kommersielle dokumenter – EDI-X.435, kontordokumenter (ODA og ODIF), binære filer, telefax og telex. EDI, som står for «elektronisk datautveksling», er en overførings syntaks hvor man overfører data fra en applikasjon til en annen. EDIFACT er en internasjonal definisjon som beskriver hvordan transaksjoner skal overføres og bli forstått av brukerne. Krav til sikkerhet og standardisering har resultert i standarder som OSI-X.400 og MOTIS-X.400.

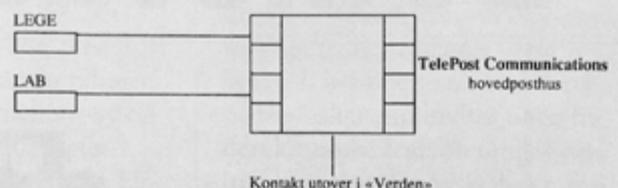
Vi har mottatt «Rundskriv Nr. 74/94» fra Kommunenes Sentralforbund (KS) hvor det framgår at KS og Sosial- og helsedepartementet har reforhandlet rammeavtalen (fra 1992 og 1993) med TBK (nå «Telenor») om elektroniske postkassebaserte tjenester i helsesektoren. Rammeavtalen kan bestilles fra KS, Postboks 1378 Vika, 0114 Oslo – («Rammeavtale for elektroniske postkassebaserte tjenester i helsesektoren»).

«Rammeavtalen beskriver et totalt konsept for standardisert utveksling av elektroniske dokumenter og elektronisk post, og dekker både produkter og tjenester som inngår i infrastrukturen. Infrastrukturen vil være basis for realisering av flere løsninger for dokumentutveksling og elektronisk post – som f.eks. utveksling av beskjeder, møteinnkallinger, referat og annen informasjon samt elektroniske dokumenter for laboratorieresvar, resepter og legeregninger. Samme infrastruktur kan benyttes

Skisse 1



Skisse 2



Kurs:
**Forebyggende arbeid for barn,
somatiske undersøkelser som basis
for helsestasjonsarbeidet**
tirsdag 9.5.95.

Målgruppe: Leger som arbeider ved helsestasjonene
Sted: Bekkestua bibliotek, 1340 Bekkestua
Pris: Kr. 500,-
Lunch kommer i tillegg, max. kr. 75,- pr. deltaker.

Læringsmål: Bli faglig bevisst på den somatiske betydning ved helsestasjonsarbeidet. Bedre kvaliteten på helsekontrollene, ved å se på metoder, undersøkelsesmetodikk, henvisningsgrunn, og vite hva vi kan «se an».
Bryte faglig isolasjon for helsestasjonslegen.

Seminarret søkes godkjent av Den norske lægeforening i videre og etterutdanning for spesialitetene allmennmedisin og pediatri, tellende med 6 timer.

Seminarledelse: Områdepediatr Gunnar Oftedal og
kommunelege Ingrid Hauge Lundby, Bærum kommune.
Påmelding til: Ingrid Hauge Lundby, Haslum Helsestasjon, Kirkevn. 93, 1344 Haslum.
Tlf.: 67 59 05 80. Telefax: 67 12 16 03.
Påmeldingsfrist: 20.04.95.

Antall deltakere ca. 50. Vi regner med at alle som melder seg på får plass.
Avgift kr. 500,- søkes refundert fra fond II.
Lunch: max kr. 75,- pr. person.

PROGRAM TIRSDAG 9.5 1995

08.30–09.00 Registrering/kaffe
09.00–09.10 Velkommen
09.10–11.10 Førsteamanuensis Joel Glover. «Utvikling av nervesystemet, med hovedvekt på funksjon.»
11.10–11.30 Pause
11.30–12.15 Øyelege Per Klyve. «Synsutvikling – oftamologiske problem i spedbarns- og småbarnsalder.»
12.20–13.00 ØNH-lege Sverre Fr. Poppe «ØNH-undersøkelser. Hva finner vi på helsestasjonen og hva gjør vi med det?». Hørselsvurdering.
13.00–13.50 Lunch
13.50–14.20 Pediatr Thor Øystein Ensjo. «Kan allergi forebygges? Hvilke råd kan vi gi?»
14.30–15.15 Forskningsstipendiat Per Noftad. «Risikofaktorer og profylakse ved nedre luftveisinfeksjoner.»
15.20–16.00 Overlege Geir Joner. «Diabetes er ikke hva det var. Profylakse fra barnealder?»
16.00–16.15 Avslutning, oppsummering.

Vi vil ta forbehold om evt. endringer i programmet.

Astmatikere blir også gravide!

LOMUDAL[®] har unik sikkerhetsprofil¹

LOMUDAL[®] som antastmatikum er et godt antiinflammatorisk alternativ ved behandling av asthma bronchiale og bronkial hyperreaktivitet.² Gjennom langtidsstudier og 25 års klinisk bruk, kan LOMUDAL[®] vise til en unik sikkerhetsprofil.² Det er ingen kjent risiko ved bruk av LOMUDAL[®] hos gravide eller ammende kvinner.

Ref.: 1. Edwards, A.M., Clinical and Experimental Allergy, 1994, volume 24, 612-623.

2. International Consensus Report on Diagnosis and Management of Asthma. National Heart, Lung and Blood Institute. USA, June 1992.

FISONS
Pharmaceuticals

Gripi Næringspark 15,
1345 Osterås.
Tlf. 67.14.72.50.
Fax: 67.14.36.56.



FAKTA OM LOMUDAL[®] ANTASTMATIKUM

INHALASJONSÆROSOL 5 MG/dose: Hver dose inneh.: Natri cromoglicias 5mg, sorbitan, trioleas (tetrafluordichlorethan, difluordichlormethan) q.s.

INHALASJONSPULVER 20mg: Hver kapsel inneh.: Natri cromoglicias 20mg.

INHALASJONSÆSKE 10mg/ml: Hver dose (ampulle) inneh.: Natri cromoglicias 20mg, aqua purif. q.s.

EGENSKAPER: Klassifisering/Virkningsmekanisme: Et preparat til antiinflammatorisk behandling av astma. Natriumkromoglikat forhindrer degranulering av mastocytene og derved frigjøring av histamin og andre mediatorsubstanser.

Natriumkromoglikat har også vist seg å kunne forhindre utvikling av bronkial hyperreaktivitet. Natriumkromoglikat har ingen effekt på bronkospasme og skal derfor ikke brukes symptomatisk. For å muliggjøre god deponering av kromoglikat i lungene skal eventuelle bronkokonstriksjoner først behandles slik at pasienten er bronkodilert. Bronkokonstriksjon forårsaket av allergen, anstrengelse, kald luft og kjemiske irriteranter kan imidlertid forebygges av en dose natriumkromoglikat innatt straks for eksponering. Kan også gi effekt i tilfeller der utløsende allergen ikke er kjent eller mistenkt.

Indikasjoner: Asthma bronchiale, bronkial hyperreaktivitet.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor innholdsstoffene.

Bivirkninger: Tilfeldig luftveisirritasjon, hoste eller forbigående bronkospasme kan forekomme. Dette kan ofte lindres ved at pasienten bruker et bronkodilatorerende middel på forhånd, evt. drikker litt vann i forbindelse med inhalasjonen. Meget sjelden er alvorlig bronkospasme blitt rapportert med natriumkromoglikat gitt som inhalasjonspulver.

Graviditet/Amning: Det er ingen kjent risiko ved graviditet eller amning.

Dosering: Individuell. Inhalasjonsaerosol: Normaldose for voksne og barn: Initialt: 2 inhalasjoner 4 ganger daglig. Når tilstanden er under kontroll, kan dosen forsøksvis reduseres til et lavere vedlikeholdsnivå. Dette bør skje under nøye kontroll. I alvorlige tilfeller eller under perioder med høy allergeneksponering, kan antallet inhalasjoner fordobles. Ved anstrengelsesuløst astma, bør preparatet brukes kort tid for (10-15 minutter) for anstrengelse. En ekstra dose kan reduseres under medisinsk kontroll. Inhalasjonspulver: Voksne og Barn: Initialt: 1 kapsel 4 ganger daglig. Ved behov kan antall kapsler økes til 8 pr. dag. Når tilstanden er under kontroll, kan dosen forsøksvis reduseres til et lavere vedlikeholdsnivå. Administreringsmåte: Klinisk effekt oppnås bare etter inhalasjon. Kapselene administreres ved hjelp av Spinhaler. Inhalasjonsaerosol: Voksne og barn: Initialt: 1 ampulle 4 ganger daglig. Ved alvorlige tilfeller: 1 ampulle hver 3. time, eller 5-6 ganger pr. døgn.

Andre opplysninger: Fordi preparatet virker profylaktisk er det viktig å opprettholde kontinuerlig behandling. Ettersom symptomene kan residivere, bør pasienten gjøres oppmerksom på at behandlingen ikke må avbrytes selv om astmasymptomene helt eller delvis opphører. Pasientens inhalasjonsteknikk bør kontrolleres regelmessig.

Pakninger og priser: Inhalasjonsaerosol: 2x112 doser + inhalasjonstube kr. 737.30. Inhalasjonspulver: Enpac: 100 stk. kr. 288.10 Med Spinhaler: 100 stk. kr. 324.80. Inhalasjonsaerosol: Plastamp.: 120x2ml. kr. 511.00.

Blant barfotleger og andre leger

En allmenn og praktisk betraktning fra 2 ukers reise i Kina

Tekst: Bjørg-Helene Renaa



Født 1946. Utdannet ved Karolinska Institutet i Stockholm, cand. med. 1982. For tiden almenpraktiserende lege i Ullensaker, hvor hun har arbeidet i snart 10 år. I november 1994 deltok hun i en reise til Kina sammen med 40 andre leger fra Norge, Sverige og Danmark. Reisen var organisert av den amerikanske organisasjonen People to People, og ble ledet av riksdagsmedlem og professor Barbro Westerholm fra Sverige.

Midtens Rike

Inn mot Beijing fløy vi lavt. Soloppgangen over fjellene nord for hovedstaden ble mitt første visuelle møte med Midtens Rike. Den kinesiske muren avtegnet seg som

en buktende slange mot et urolig hav av rødgylne bergtopper; goldt, mektig, vakkert.

Naturligvis hadde jeg mange romantiske forestillinger om Kina, og disse var en viktig drivkraft bak min deltagelse i denne reisen. Etterhvert innså jeg at jeg hadde mange andre forutinntatte holdninger til landet og folket. Noen måtte jeg etterhvert revidere, andre ble besannet.

To uker i Kina med intenst program ga inntrykk og opplevelser som jeg slett ikke er ferdig med å bearbeide. Det vakre og det hellige, hjertevarme og grusomhet, rikdom og nød: Kontrastene var hele tiden til stede, klare og sterke. Grovt oppsummert kan jeg si at min respekt for den kinesiske kultur både i fortid og nåtid er forsterket.

Allmennpraktiker – hva er det?

Delegasjonens offisielle rolle kom som en overraskelse for meg, og vår gruppeleder professor Barbro Westerholm klarte med lav, men myndig stemme å disiplinere alle oss 40 deltagere til verdig og profesjonell opptreden i formelle situasjoner. Dette bidro i høy grad til å øke vårt utbytte av reisens alle aspekter.

Gruppen jeg reiste med besto til stor del av allmennpraktiserende leger. Dette faktum vakte i begynnelsen en usikker nysgjerrighet hos vårt vertskap, ettersom våre kunnskaper og status ikke stemte overens med den kinesiske variant av

arten. Helsetjeneste for 1,3 milliarder mennesker er ingen spøk, selv uten humanistiske/sosialdemokratiske idealer. 80% av befolkningen er bosatt i rurale områder og livnærer seg av jordbruk. De meget omtalte barfotleger som skulle dekke det basale behov for helse-tjenester i disse områdene fikk en ytterst kortvarig utdanning før de ble sendt ut for å ta seg av skader og banale lidelser hos bondebe-folkningen. Etterhvert er disse «allmennpraktikeres» utdanningsnivå hevet, og universitetene har nå en 3-årig medisinsk utdanning der studenter fra landsbygden har en kvote av studieplasser. Disse legene forventes etter endt utdanning å vende tilbake til hjemlandet for å utøve sin profesjon. Etter noen års tjeneste kan de imidlertid vende tilbake til lærestedet for videre utdanning med totalt 5–7 års studier, dersom interesse og økonomiske forutsetninger er til stede. Såvidt jeg forsto kunne disse legene senere velge å arbeide ved sykehus.

Kinesisk helsetjeneste, også primæromsorg, er helt sykehusbasert i byene. Sykehusene fungerer i 3 nivåer, og leger ansvarlige for primærhelsetjeneste er tilknyttet et nivå 1-sykehus sammen med øvrige helsepersonell. Primærlegen og hans/hennes stab har et lokalt områdeansvar og fungerer som førstelinjetjeneste i strikt definerte områder. Teamet disponerer sykehussenger, men tjenestetilbudet omfatter både poliklinikk og hjemmebesøk/hjemmeomsorg.



Fødestuen var noktern, men funksjonell.



Legen som pasient.



Professor Zhong forbereder akupunkturbehandling.. I bakgrunnen delegasjonslederen professor Westerholm.



Den norske kontingenten sammen med delegasjonsleder prof. Westerholm og vakthavende lege i Conghua. Fra venstre: N.Ø. Nilsen, E. Seegaard, T.K. Håberg, B. Westerholm, dr. Wu, F. Nilsen. Sittende foran: artikkelforfatteren.

Barns vaksinasjonsdekning var imponerende, det var legens plikt personlig og korporlig å hente inn de barn som i vedkommende leges område ikke ble brakt til vaksinasjon av foresatte.

Enorm behandlingstradisjon

Behandlingstradisjonen var enorm. Vi snakker litt hånlige om «en pille for alt som er ille», men i Kina får man ikke bare piller, men akupunktur eller tradisjonell kinesisk medisin om så er ønskelig. De fleste av oss smilte nok litt i lønn da vi under en av pasientdemonstrasjonene opplevde at en kvinne med facialisparsese fikk behandling med akupunktur, og ble fortalt at

behandlingen foregikk daglig i 2 uker ved denne lidelse. Behandlende lege stilte seg nokså uforstående til vårt spørsmål om ikke resultatet for pasienten ville bli det samme uten behandling, og anså sin medvirkning som viktig i helbredelsesprosessen. Vi kan stille spørsmålstegn ved om dette er fornuftig ressursbruk i dette enorme landet. Jeg tenker imidlertid også på at vi i vest har liten forståelse for eller erkjennelse av at «behandling» innebærer mer enn teknikk. Våre «kontroller» er kanskje mindre bevisste utslag av samme anelse om at vårt nærvær, interesse og deltagelse er viktige komponenter i utøvelsen av legekunst?

Hjemmebesøk i Beijing

Vi fikk følge med på hjemmebesøk i Beijing. Pasienten var en tidligere offiser i Folkets Hær, som velvillig mottok oss og de ledsagende kinesiske overleger i sitt hjem. Han bodde i en vakker gammel kinesisk gård med mange gårdsplasser dekorert med strikt kultivert vegetasjon, der han disponerte en etter kinesisk målestokk stor leilighet med stue, soverom, kjøkken og vaskerom. Pasienten hadde en levercancer, men virket langt fra terminal der han nådig håndhilste på oss alle. Hans behandlingsregime omfattet både vestlig medisin og tradisjonell kinesisk, samt akupunktur.

tur, med daglige besøk fra sykehuset.

Denne sameksistens mellom ulike behandlings-tradisjoner fungerte tilsynelatende helt problemfritt ved alle de sykehusene vi besøkte, uten kamp om rang og status blant utøverne. Jeg er fortsatt ikke sikker på inndelingskriteriene for pasientene, men for meg virket det som om pasientene selv i høy grad kunne velge behandlingsregime.

Legen som pasient

Jeg pådro meg en øvre luftveisinfeksjon under turen. Ved ett av sykehusene vi besøkte fikk jeg velvillig prøve tradisjonell kinesisk medisinsk behandling for tilstanden. Etter ca. 5 minutters undersøkelse foretatt av en eldre ærverdige kvinnelig kollega, omfattende anamnese, undersøkelse av øyne, tunge samt vurdering av puls, fastslo hun at min lidelse var forårsaket av kalde vinder og hete djevler. ICPC-diagnosen skal jeg ikke uttale meg om; med hensyn til de kalde vindene hadde hun nok rett. (De få djevlene jeg støtte på var imidlertid ikke spesielt hete.) Jeg fikk en resept som jeg løste inn i sykehusets apotek. Medikamentene var både mange, voluminøse og dyre: for 56 yuan fikk jeg grønne kapsler, brun tinktur og poser med urteblanding som jeg skulle drikke som te, og alt skulle inntas 3 ganger daglig. (En vanlig kinesisk månedslønn er 350–400 yuan.) Min compliance var god de første dagene, ut fra en tanke om at dersom dette hjalp var det mildt sagt revolusjonerende for oss i Vesten også. Effekten på min helbred var mindre påfallende. Etter 2–3 dager var et større antall av de øvrige delegasjonsmedlemmer smittet.

Dog var jeg fortsatt den mest



Anatomiundervisning i subtropisk klima.

iøyenfallende snørrete person i gruppen, hvorfor jeg benyttet det tilbudet jeg fikk et par dager senere om akupunkturbehandling ved et spesialsykehus i Xian. Professor Wang plasserte elegant 5 nåler på min person, hvorpå min snue sporenstretks forsvant. Den kom dog tilbake med uforminset styrke etter ca. 2 timer. Dette ga meg en aha-opplevelse jeg senere fikk bekreftet fra vår foreleser: akupunktur er en virksom behandling, men ikke alltid kausal. Brukt ved dysfunksjon i muskel/skjelettapparatet kan den være helbredende, men akupunktur brukes også som symptomlindrende behandling ved smertetilstander og – som i mitt tilfelle – ved øvre luftveisinfeksjoner.

En ekte «barfotlegen»

I Syd-Kina var vi de høyt ærede gjester i Conghua kommune, 6 mil nord for Guangzhou (tidligere

Canton). Selveste borgermesteren Mr Zhong ledsaget oss omkring, og vårt besøk ble behørig dekket av «lokal-TV» – for ca. 6 millioner seere!

Conghua har siden 1990 hatt et samarbeidsprosjekt med WHO for utvikling av primærhelsetjeneste og forebyggende medisin. Vi fikk blant mye annet besøke et allmennlegesenter betjent av 3 leger med ansvar for 6000 innvånere. Det var et høytidelig øyeblikk for oss begge da jeg hilste på min vakthavende kinesiske kollega. Han hadde arbeidet ved denne sparsomme stasjon i 20 år, og hadde i alle fall betydelige empiriske kunnskaper om menneskenes skrøpeligheiter og de tilgjengelige behandlingsmetoder. Legesenteret hadde også en fødestue der det ble født ca. 200 barn hvert år (jordbruksbefolkningen «tillates» mer enn 1 barn pr. familie). Fødestuen var nøktern men funksjonell, og det reneste rom jeg så i alle de helseinstitusjonene vi besøkte.

Computere og kakerlakker

Forøvrig omfatter inntrykkene fra reisen både høyteknologisk medisinsk utrustning og det mest «primitive» (men geniale) utstyr for kopping, både CT-scannere og kakerlakker, med en høy faglig standard og en etter vår målestokk kummerlig hygiene. Dog fikk jeg inntrykk av at sårbare disipliner som neonatalomsorg og f.eks. infusjonsbehandling av barn foregikk på medisinsk betryggende måte. Og kanskje er det slik at gulvene godt kan være skitne dersom personalet holder seg selv og sitt utstyr sterilt?

Individualisme er et fremmedord i Kina. Naturlig nok i et land med så mange mennesker må

mange aktiviteter nødvendigvis foregå i grupper. Ved et besøk ved en medisinsk høyskole i samme provins satt 6x50 elever i klasserommene og hilste oss med enstemmig begeistring før de vendte tilbake til sine konsentrerte anatolske studier – bokstavelig talt i kor. Dette området av Kina har et subtropisk klima, og tillater neppe disseksjoner som undervisningsform. Skolen hadde imidlertid et rom fylt av de flotteste anatomiske preparater, der alt fra små vevsstrukturer til bortimot hele individer var vist på en imponerende pedagogisk måte i glassmontre og formalin.

Kinesisk kjøkken – (nesten) alt kan spises

Den kinesiske kokekunsten er et kapittel for seg. Den vestlige varianten av kinamat hadde ikke forberedt meg på slike delikatesser. På vår reise gjennom landet fikk vi servert de mest utsøkte retter fra de ulike regioner, med Pekingand og dumplings for å nevne noen av høydepunktene. Alle retter var delikat anrettet, med lite bruk av fett og mye grønnsaker, som oftest anrettet separat på en slik måte at også de estetiske aspekter ved måltidet ble tilgodesett. Mat tilberedes forøvrig av alle tenkelige – og for oss noen utenkelige – råvarer. Delegasjonsmedlemmenes appetitt var betydelig redusert etter en formiddags besøk på markedet i Guangzhou, der bokstavelig talt alt kunne kjøpes. Dog forsikret vår eminente kinesiske guide at vi ikke var servert hund eller katt, for, som han sa, dette var alt for dyrebare delikatesser til at noen ønsket å sløse dem bort på barbarer fra vest.

Nattklubblivet i Kina

Leger – og i særdeleshet allmennpraktikere – er som bekjent sosialt engasjert og interesserte, og vi studerte mange aspekter av kulturen inklusive underholdningsbransjen.

Bare tanken på nattklubber i Kina forekom meg å være en anakronisme, men viste seg i høy grad å være realiteter. Det kinesiske nattklubblivet har mange trekk som på overflaten minner om Vesten, f.eks. er musikk og kledsel svært vestlig inspirert, og på disse stedene var det langt mellom Mao-dressene. Stor forskjell var det imidlertid i etiketten og i forholdet til forbruk av alkohol og tobakk: lokalene var velsignet røykfrie og tilbudet av ikke alkoholholdige drikke-

varer var like rikholdig og like dyrt som øl, vin eller spritholdige forfriskninger.

For ordens skyld skal nevnes at ikke alle var like utholdende studenter uti natteverdenen som undertegnede: mine dansesko ble gjensatt i Hong Kong. De var utslitte. □

*Bjørg-Helene Renaa
2050 Jessheim*

fokus

PÅ FAMILIEN

Fokus på familien er Nordens sentrale tidsskrift for familiebehandling.

I en tid med rask faglig utvikling er tidsskriftet et viktig hjelpemiddel for alle som arbeider med familierterapi.

Fokus på familien er et forum for formidling av teori, forskning, debatt og praktisk-kliniske erfaringer innen familierapifeltet. Tidsskriftet har også artikler fra nærliggende områder som familiesosiologi, familiepedagogikk og familiepolitikk.

Fokus på familien omtaler relevante bøker og tidsskrifter og bringer informasjon om seminarer, kongresser og faglige arrangementer.

Fokus på familien utgis av Scandinavian University Press i samarbeid med Kirkens Familierådgivning, Modum Bads Nervesanstalt, Norsk Forening for Familierterapi og Offentlige Familievernkontorers Organisasjon i Norge.

Fokus på familien utkommer 4 ganger i året.

Redaktører: Håkon Hårtveit, sosionom, og Einar Aadland, teolog, DIAVETT, Diakonhjemmets høgskolesenter, Boks 184 Vinderen, N-0319 OSLO

Redaksjonsmedlemmer: Frode Kavli, sosionom. Irene R. Levin, sosionom. Bjørg Eimstad, sosionom.

Nordiske redaksjonelle medarbeidere: Henning Nielsen, Danmark. Eva Kugelberg, Sverige.

Klipp ut kopongen og send den til: Scandinavian University Press, Kundeservice, Postboks 2959 Tøyen, N-0608 OSLO. Tlf: 22 57 54 00. Fax: 22 57 53 53.

JÅ, jeg bestiller abonnement på **Fokus på familien** fra nr. 1/95.

Privat NOK 265,- Institusjon NOK 415,-

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr./sted: _____

Vi sender regning.

5/225/ghijk



Anmeldt av Petter Øgar

Med fruktbart perspektiv om belastningslidelser

Kommuneforlaget 1994.
182 sider. Pris 265,-kr.

Historien om belastningslidelser kan gjøres kort: Det er mye av det, og vi vet sørgelig lite om det og hvordan vi skal mestre det. Dette bekreftes i en tilsvarende omfangsrik og sprikende litteratur om emnet. Tilnærmingen er alt overveiende tradisjonell medisinsk med leting etter presise og målbare risiko- og årsaksfaktorer.

Denne boken tar et helt annerledes utgangspunkt. Vi vet ikke så mye sikkert om sammenhengen mellom belastning og lidelse. Derfor kan vi i liten grad snakke om klare årsaker til slike lidelser, men heller om et samspill mellom ulike forhold som kan ligge til grunn for smerter og nedsatt funksjon. Hypotesen er at forventninger og krav av ulik art vi ikke får innfridd eller kan mestre er det sentrale patogenetiske forhold i utviklingen av belastningslidelsene. Følelse av avmakt vil ofte stå sentralt.

Boka retter seg mot et bredt publikum; politikere, administratører og helsepersonell av ulike kategorier. Tematisk er den delt i to. De første kapitlene setter og tolker belastningslidelsene inn i en historisk og samfunnsmessig sammenheng. Den siste delen av boka forsøker å gi mer konkrete eksempler og forslag til løsninger knyttet til typiske hverdags situasjoner i ulike faser av livet.

NINNA GRAM:

Føle det på kroppen

Belastningslidelser – samfunn – tiltak

Jeg synes boka er meget god i sin tolkningsdel. Den legger an et perspektiv på belastningslidelsene som gir mening og mulighet for bred forståelse i motsetning til de tradisjonelle biologiske brønngravinger med sine stenopeisk trangborede synsfelt. Belastningslidelser kan ses på som kroppslige uttrykk for manglende balanse mellom krav og forventninger på den ene siden og mulighet for meningsfull handling og mestring på den annen. Belastningslidelser har derfor langt på vei de samme årsaker som en rekke andre lidelser. For meg blir det meningsfullt å betrakte belastningslidelser som et kontinuum med den akutte tendinitt etter uvant, hardt arbeid i den ene enden av skalaen og de rene psykiske konversjonsfenomener i den andre. Et sted i mellom vil vi ha de kronisk vonde ryggene, fibromyalgipasientene og alle de andre morsomme belastningslidelsene hverdagen vår er krydret med.

Etter dette spennende utgangspunktet og forklaringsmodellene er det skuffende at boka i det praktiske innskrenker seg til de tradisjonelle muskel-skjelettlidelsene. Analysen er meget bra, men resepten og de praktiske løsningsforslagene er det ikke like mye *schwung* over. Opp som en løve og ned som en skinnfell «is a good old vending that may be used in this episode». Etter å ha lagt fram gode premisser for grunnleggende spørsmål, unnlater forfatteren å komme med spørsmålene annet enn som svak hvisking i avslutnings-kapittelet.



Dersom det virkelig er slik at belastningslidelsene for en vesentlig del er et produkt av en samfunnsutvikling styrt av hensynet til produksjon og økonomisk vekst, hvordan kan en da på alvor drøfte løsningen av problemet uten å stille spørsmål ved hele denne samfunnsutviklingen og verdigrunnlaget den bygger på? Satt på spissen kan man si at vi er på stø kurs mot et samfunn av overarbeidede aktører og understimulerte observatører. Kanskje ønsket om effektivitetsøkning og «verdiskapning» parallelt med et helsefremmende samfunn er så fjernt at Ole Brumm med sin melk og honning framstår som en pessimistisk, nøktern analytiker? Kanskje veien til større lykke, trivsel og bedre helse forutsetter et verdimeslig paradigmeskifte så radikalt at vi ikke riktig tør ta det inn over oss?

Men tross disse manglene og innvendingene skulle det være forbudt å lese monografier om de enkelte belastningslidelser før en hadde lest en bok med en forståelsesramme som denne. Dette er uten tvil den beste og mest matnyttige boken jeg har lest om fibromyalgi – uten at Yunus's kriterier er nevnt, knapt nok begrepet fibromyalgi.



Anmeldt av Petter Øgar

Regjeringen løfter i flokk mot belastningslidelser – brekker den ryggen?

Sosial- og helsedepartementet med fler. I-0785 B. 1994. 87 gratis sider.

Sosial- og helsedepartementet har i samarbeid med hele åtte andre departementer laget en handlingsplan for forebygging av belastningslidelser. Planen er delt i to deler. Første del, av en for meg obskur grunn kalt strategier, gir en beskrivelse av belastningslidelsene. Hva mener vi med begrepet? Hvor hyppige er de? Hva vet vi om dem, og hvilke utfordringer byr de på? Andre del, kalt tiltak, beskriver ulike departementers ansvarsområder med uforståelig bred penn, men definerer resultatmål, ansvarsområder og tiltak på en konkret og god måte.

Det mest positive med handlingsplanen er at belastningslidelsenes kompleksitet med hensyn til årsaker ihvertfall til en viss grad erkjennes og at virksomme tiltak vil måtte involvere store deler av samfunnslivet og flere departementers ansvarsområder. Når hele ti statsråder har satt sitt navn under planen, burde det kanskje være grunn god nok til å rope halleluja. Men å rope det og gjøre det er som kjent to forskjellige ting.

Etter en innledende vid definisjon av belastninger avgrenses problemstillingen til belastningslidelser knyttet til muskel-skjelettapparatet. Disse inneles i ubehag, plager,

Fra belastning til utfordring og handling

Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser 1994-98

lidelser og sykdommer. Det er til dels meget vanskelig å se hvilket logisk fundament denne inndelingen bygger på. Fibromyalgi er definert som en sykdom, men passer deskriptivt klart best inn under begrepet lidelser.

Det heter i planen (s.16): Det er et problem at mange av dagens helseproblemer er av en slik karakter at det er vanskelig å skille mellom sosiale problemer og fysiske/psykiske lidelser og sykdommer. Dette er utvilsomt riktig. Men med dette utgangspunktet må en spørre seg hvor logisk og hensiktsmessig det er å prøve å lage skarpe skiller i regelverket og den praktiske tilnærming som savner rot i den virkeligheten vi skal forholde oss til?

Resultatmålene og tiltakene framstår som gode, rimelig konkrete og jordnære. De bør langt på vei være gjennomførbare, men det vil kreve evne til omstilling og samarbeid mellom mange sektorer i samfunnet. Tiltakene vil også sikkert gi resultater, men fordi en i så stor grad gjør løsningen til relativt ufarlige spørsmål om riktig kroppsutvikling, kroppsutfoldelse, livsstil og tilrettelegging av nær- og arbeidsmiljø, er jeg redd en graver for grunt i årsaksforholdene og bare får tak i en flik av problemene. Planen er etter mitt syn for idyllisk. Hvorfor har en ikke stilt mer grunnleggende og kritiske spørsmål? Hvorfor står det ingenting om de konflikter en samfunnsutvikling tilpasset økonomisk vekst og effektivisering skaper for menneskenes andre levekår?

Regjeringens svar på problemet

er arbeids-, ansvars- og solidaritetslinja. Bedriften Norge må bli ennå mer effektiv for å få økonomiske ressurser til å ta hånd om de problemer effektivisering skaper. Det er noe grunnleggende paradoksalt og ulogisk over dette resonnementet. Det er i seg selv belastningsskapende, og helsevesenet er særlig utsatt. Vi skal gjennom fornying, omorganisering, nye tenkemåter og effektivisering løse de gamle, stadig aktuelle helseproblemene i tillegg til at vi skal ta hånd om de nye samfunnsskape. Helsevesenet og Kommunene gisper etter pusten i bråttsjøer av forventninger vi ikke har en sjanse i havet til å innfri. Resultatet blir belastningslidelser og utbrenthet hos de som skulle løse problemene.

Utløser det ingen refleksjoner i regjeringen med en samfunnsutvikling som gjør det nødvendig å lage friskversentraler (et forferdelig begrep, spør du meg), holde foreldrekurs og sette igang et utall tiltak for at folk skal kunne få et naturlig forhold til kroppen sin, leve naturlig sosialt sammen og trives? Regjeringen maner mot medikalisering, men hvor stor er forskjellen på liberal Mevacorforskrivning og arrangering av kurs i stressmestring? Jeg bare spør.



FINN SKÅRDERUD

Nervøse spiseforstyrrelser

Anmeldt av Sonja Fossum

Universitetsforlaget 1994
461 sider
Pris kr. 298

Som redaksjonsmedlemmer må vi jevnlig sørge for at potensielt interesserte bøker blir anmeldt i Utposten. Problemet er å finne noen som vil påta seg å bruke fritiden til grundig gjennomlesning og anmeldelse av en bok mot å få beholde den. Ikke uventet må vi ofte selv påta oss oppgaven. Denne gangen dreier det seg om en nyutkommet bok av psykiateren og kulturjournalisten Finn Skårderud. Han har skrevet om spiseforstyrrelser, og det falt i mitt lodd å anmelde hans bok. Det er jeg glad for. Julen ble brukt til gjennomlesning. På bordet ved siden av lå verker av Karen Blixen og Angela Carter. Forunderlig nok ble de liggende, mens jeg lot meg fascinerer av Skårderud.

Det er en god bok, intelligent, velskrevet, noe ordrik, men med stor spennvidde og spennende innfallsvinkler. Som han selv uttrykker det, har han med boken «ønsket å krysse faggrenser ved å trekke humaniora inn i medisinen». Dette har han i høy grad lyktes med, ubesværet beveger han seg på kryss og tvers av faggrenser, og vever inn i medisinen og psykiatrien assosiasjoner til idehistorie, filosofi, litteraturhistorie og sosialantropologi. At det ikke er noe i veien med ambisjonsnivået illus-

trerer kapiteloverskrifter som «Idehistorie og kroppen» eller «Kulturens ubehag». I begynnelsen av boken skriver han at han har ambisjoner om å få «sagt noe om det meste». Heldigvis har dette ikke ført til overfladisk ordgyteri. Tvertom opplevde jeg at her var mye å lære fra en som ser medisinske problemer fra andre ståsteder og under andre synsvinkler enn det vi ellers er vant til. Muligvis var jeg velvillig stemt av juletidens ro og mangel på tidspress, en velvilje forsterket av at han jevnt over skriver befriende velformulert.

Kanskje vil noen oppleve boken som for mye kultur og spekulasjoner og for lite nevropeptider, hypothalamisk regulering og appetittgenetikk, at den ikke er tilstrekkelig naturvitenskapelig alvorstung. En alvorlig sykdom er det jo. Og utbredt, i løpet av siste tiår er de nervøse spiseforstyrrelser nærmest blitt folkesykdom. Boken henvender seg imidlertid ikke bare til dem med kullsviertro på nevrobiologiens og molekylærgenetikkens fortreffelighet, selv om også de får sitt. Alle involvert i sykdommen inkluderer han i sin målgruppe: leger, psykiatere, psykologer, sykepleiere, fysioterapeuter og dietetikere. I sitt forord, der han spesifiserer sin intenderte leserkrets, burde han for øvrig også nevnt tannlegene. Dessuten er det hans intensjon at den skal kunne leses av pasientene selv og deres pårørende. Der tror jeg imidlertid han overvurderer sitt publikum; mange fremmedord og vanskelige begre-

per vil nok ekskludere svært mange utenfor helsefagene.

Boken er inndelt i 3 avsnitt med overskriftene «Å beskrive», «Å forstå», «Å behandle». Flere kapitler kan leses som selvstendige essays; man kan plukke etter behag og interesse – det er ikke nødvendig å lese den i sammenheng fra perm til perm. Selv betegner han produktet en lærebok. Som det forstås er den mer enn det. Den kan brukes som oppslagsbok. Prisen for fleksibiliteten er at en del stoff må gjentas flere steder. Forfatteren anbefaler at leseren får med seg 3 kapitler nemlig introduksjonskapitlet, «Spiseforstyrrelsens vesen» og «Grunnprinsipper i behandling av nervøse spiseforstyrrelser». Navigering i boken er enkelt takket være utmerket innholdsfortegnelse og fyldig stikkordregister.

Det er god grunn til å gi seg i kast med en slik bok. Hyppigheten av alvorlige spiseforstyrrelser synes bare å øke. Bulimia nervosa er en relativt ny diagnose med offisiell diagnosestatus så sent som fra 1979. I Norge er behandlingstilbudet til pasienter med nervøse spiseforstyrrelser ytterst mangelfullt. Primærhelsetjenesten må derfor ofte ta hånd om disse pasientene, som krever mye tid og kunnskaper om lidelsen. Lettvinte, raske løsninger gis dessverre ikke. At forfatteren åpenbart har solid klinisk erfaring og ikke minst respekt for pasienten preger boken. Den er spennende lesning og kan trygt anbefales til primærleger.

Brev fra Galicia sensommeren 1994

Høyt over hodene våre pendler et mannhøyt røkelseskar i et ti-femten meter langt rep. Det svinger fra vegg til vegg i katedralen. Og forteller om tidligere tiders tro på den fullkomne bevegelse – sirkelen. Alle gjenstander som er i bevegelse vil forsøke å komme inn i sirkelbevegelsen – den egentlige, og mystiske bevegelsen, trodde man fra grekernes tid. Middelalderens kirke så ingen grunn til å bestride dette. Pendelen i katedralen viste med all tydelighet at en bevegelse rettet mot himmelen (seks menn dro i tauet som førte røkelseskarer opp mot kirketaket) ble forvandlet til en pendelbevegelse, som igjen var en del av en sirkelen. Pendelen svingte seg ofte nå i pilgrimstiden (som faller sammen med turistseongen) slik at flest mulig får oppleve dette merkværdige, symbolske skuespillet.

Vi er i Santiago de Compostela – der den hellige apostelen Jakob skal ha vært begravet – og dermed et av Europas viktigste valfartssteder for pilgrimer siden 900 tallet. Det var biskop Teodomiro av Iria som fant gravstedet til apostelen Jakob den Store, en av evangelistene i Vest-Europa, og dermed startet kulten av Saint Jacques, Saint James, eller Den hellige Jakob. I dag spiser vi eksotiske og helseriktige retter som kamskjell eller Coquilles Saint Jacques tilberedt med hvitløk og olivenolje. Kamskjellene som det er mengder av på atlantehavskysten ble hetende Viera, Concha de peregrino (pilgrimskjell) nettopp på grunn av sin vifteform med alle pilgrimsveien ledende mot Santiago de Compostela. Den hellige Jakob eller Santiago blir ofte fremstilt som en pilgrim, med lue, kappe, vandringstav med et kamskjell og et gresskar. Og senere er nettopp

denne pilgrimen blitt et symbol for Santiago – i dag fåes han også som pins.

Santiago – sier legenden – kom tilbake i skikkelsen av en stor heltekriger, Santiago Matamoros og reddet Spania fra maurerne i slaget ved Clavijo. Med dette mirakelet ble han opphøyet til Spanias skytshelgen. På denne historien om gravsted og helligdom har det vokst opp en vakker by med pompøs arkitektur. Det er hovedstaden i den autonome provinsen Galicia. Sekkepipeblåserne i gatene får oss mer provinsielle nordboere til å tro at vi er i Skottland. Men vi er på besøk hos nære slektninger. Dette er kelternes hovedstad på den pyreneiske halvøya, men likevel så spansk.

Fiskeriprovisen Galicia med en opprevet skjærgård (også kalt dødens kyst – her ligger vrakene tett) rett ut mot Atlanterhavet lever av fisk, og vin. Folk ser ut som spanjoler, lever som spanjoler med lange siestaer og sene kveldsmåltider. Og de dør som spanjoler. De fleste av hjerte- og karsykdommer, men senere og i mindre grad enn oss. Dødsratene av hjerneslag er høyere enn i Norden, men infarktinsidensen er omtrent det halve av hva vi har. Foreløpig er det ikke noe som tyder på at insidensen av hjerteinfarkt er økende i Spania, men hjerneslagsdødeligheten er på vei nedover. Den høye dødeligheten av cerebrovaskulære sykdommer henger åpenbart sammen med et høyere blodtrykk, typisk for atlantehavskystens befolkning. Den mest nærliggende forklaringen er et høyt saltinntak slik man ser det i fiskespisende områder. Den lave dødeligheten av hjerteinfarkt er ikke helt lett å forklare, men de mest populære teoriene omfatter det høye forbruket av

olivenolje, vin og fisk. Dessuten har denne befolkningen i svært liten grad vært utsatt for transfettsyrer. Her var det aldri noen margarinindustri langs kysten som skulle foredle hval- eller sildolje. Men prevalensen av store og overvektige synes umiddelbart høyere enn hjemme, likevel er forekomsten av aldersdiabetes omtrent på vårt nivå. Landene rundt Middelhavet burde gi oss muligheter til å forstå i hvilken grad kostholdet kan beskytte mot tidlig manifestasjon av kardiovaskulær sykdom. Kostholdet inneholder mye fisk og skaldyr. Blant de mer eksotiske skaldyrene, finner vi percebes eller langhalsene (mitella pollicipes, på engelsk goose necked barnacles), en rørformet organisme på knapt en cm i diameter, to, tre cm lang med et slags nebb i ene enden (den delen som ikke er vokst fast til bergveggen). Disse dyrene som nok er nærmere beslektet med kreps enn skjell, vokser like under havflaten og skrapes av med et riveliknende redskap. Båtene må gå helt inn til skjærene og skrape når bølgen slår ut fra land. Det går etter sigende med flere menneskeliv hvert år under denne fangsten.

Galicia regnes som en relativt fattig provins i Spania. Fiskerne slåss for sine ressurser mot britiske fiskere. Oliventrærne må hogges ned fordi EU produserer for mye olje (en del av den oljen kunne vi godt ta til oss) og melkebøndene må slakte kyr fordi man produserer for meget melk. Avstanden til Brüssel oppleves som lang. Europessimismen er til å ta og føle på. Først 1000 km til grensen mot Frankrike, og så ytterligere ganske mange mil både i avstand og mentalitet før man når EUs sentrum. Forskjellen mellom norske utkantstrøk og den pyreneiske atlantehavskyst er mindre enn man skulle tro. Men uansett EU, galicianernes levevaner inneholder åpenbart kvaliteter som nok vi på våre breddegrader kunne ha godt av å kopiere. Og velkomne er vi.

Diabetes i primærhelsetjenesten – slik gjør vi på Hjelmeland

Tekst: John Cooper



John Cooper er cand. med. fra London i 1976. Han har fire års indremedisinsk erfaring og MRCP (London) i 1980. Skrevet lærebok om klinisk diagnostikk. Spesialist i allmennmedisin. Fra 1983 kommunelege i Hjelmeland. Han har vært interessert i diabetes siden han jobbet ved den travle diabetesklinikken på Manchester Royal Infirmary i 1990.

Allmennpraktikeren og retningslinjer

I den senere tid har det vært en kontinuerlig strøm av retningslinjer for diabetikeromsorg. NSAMs handlingsprogram, St. Vincent Erklæring anbefalinger, kvalitetssikringshåndbøker, internkontrollforskrifter, litteratur produsert av industrien og helsedirektoratets veiledningsserie er alle eksempler på slike overordnede retningslinjer eller mål for god diabetesomsorg. Til tider kan det virke tyngende på allmennpraktikeren. Nasjonale retningslinjer bør være gjennomfør-

bare og sette mot i gjennomsnitts allmennpraktikeren til å utvikle og forbedre sitt tilbud lokalt. Jeg er overbevist om at nøkkelen til god diabetesomsorg i allmennpraksis er å gjøre enkle ting godt for alle diabetikere. Vi trenger gode arbeidsrutiner på lokalt plan.

Hva har vi gjort på Hjelmeland?

For å møte utfordringer som oppstart av insulinbehandling i allmennpraksis, forebygging av senkomplikasjoner hos diabetikere samt kost- og livsstilsveiledning til diabetikere har vi innført noen nye rutiner på legekantoret. Nedenfor følger en beskrivelse av hovedingrediensene i «Hjelmelandsmodellen»

Register

Vi har opprettet et register som inneholder viktige detaljer om våre diabetikere. Siste utgaven registrerer navn, fødselsdato, behandling og har en sjekklister som viser om pasienten har vært med på årskontrull og gruppeundervisning. Registeret er håndskrevet med blyant, noe som gir mulighet for å endre parametrene etterhvert. Registeret oppbevares i en A4 perm sammen med NSAMs kontrollskjema som brukes i sykepleierens del av konsultasjonen.

Utvidet medarbeiderrollen.

Vi innså at vi kunne utnytte ferdighetene til en av sykepleierne på en mye mer omfattende måte på legekantoret. Hovedtrekkene i den utvidede rollen er at sykepleieren har ansvaret for rådgivning og opplæring av diabetikere i tillegg til de mer tradisjonelle oppgaver som måling av vekt, blodsukker, blodtrykk og urin.

Gruppeundervisning.

Hvert år siden 1989 har vi hatt en serie med gruppeundervisninger for diabetikere i normal arbeidstid. Undervisningen foregår på helse-senteret. Fra fem til åtte diabetikere med pårørende blir invitert om gangen. Hos eldre diabetikere blir hjemmehjelp ofte tatt med. Ansvaret for undervisningen deles mellom meg og den diabetes interesserte sykepleieren. Eksempler på emner som dekkes er egenkontroll, egenomsorg, senkomplikasjoner, metabolsk syndromet, sunn livsstil, mosjon, behandlingsmål og sosial- og trygderettigheter. Gruppens sammensetning er viktig og vi har forskjellige grupper for type I / type II diabetikere; over 70 / under 70: nyoppdagede diabetikere/repetisjonsgrupper. Undervisningen varer i 1,5 til 2 timer. Vi har 3-4 samlinger med 1-2 ukers mellomrom for nye grupper, 2-3 samlinger i repetisjonsgruppene. Diabetikere får tilbud om repetisjon etter 2 år. Mellomlegg for konsultasjon kreves inn på vanlig måte.

Strukturerte kontroller

Økt satsing på diabetesomsorg har fremkalt et behov for mer strukturerte kontroller og årskontruller. Vi har enkelt og greit fulgt NSAMs retningslinjer her. Pasientene vurderes først hos sykepleier og deretter hos legen. Sykepleieren fører sine observasjoner på NSAMs kontrollskjema som pasienten tar med seg inn til legen. Legen fører sin journal på EDB.

Diagnostisk retningslinjer.

Et aspekt ved allmennpraksis som har stor betydning for diabetikere er å stille diagnosen så tidlig som mulig. Diagnostiske retningslinjer

har vi hatt hengende på veggen i laboratoriet fra 1990. Vi tar glucosebelastning ved glykosuri. Ved tilfeldige blodsukker over 6 tar vi glucosebelastning hos de som er under 70 og fastende blodsukker på de som er over 70. Vi ligger langt over WHO's anbefalinger (4,4) når det gjelder indikasjon for glucosebelastning og vurderer å sette ned intervensjonsgrensen til 5,5. Vi oppfordrer alle på kontoret til å tenke på blodsukkerkontroll både ved tradisjonelle symptomer og hos pasienter med økt risiko for diabetes.

Diabetesdag

De fleste diabeteskontroller samles på en diabetesdag der hele kontoret er giret mot diabetes. Diabetesdagen er organisert slik at pasientene kontrolleres først hos diabetessykepleieren, deretter hos legen og til slutt hos fotterapeut dersom nødvendig. En fotterapeut med spesialutdanning innenfor diabetes er tilgjengelig på helsesenteret på diabetesdagene. Helse- og sosialstyret har vedtatt å dekke 50% av diabetikerens utgifter til fotpleie dersom legen anbefaler behandlingen. Dagen er organisert slik at pasienter til alle leger som arbeider på kontoret kan benytte seg av tilbudet om diabetessykepleier og fotterapeut.

Insulinbehandling

Vi har satset på insulinbehandling for eldre type II diabetikere med plagsomme symptomer og yngre type II diabetikere der optimal kontroll ikke oppnåes med kost og tabletter. Omstilling til insulinbehandling foregår ambulant i allmennpraksis. I startfasen er det behov for hyppig (daglig) kontakt med diabetessykepleieren på legekontoret. I noen tilfeller vil en sykepleier i hjemmesykepleien få ansvaret for en pasient. Vi har brukt et regime med NPH-insulin to ganger daglig. Startdosen har ofte ligget på 12IE morgen og kveld. Vi har ikke brukt kombinasjon tabletter og insulin. Insulinpenn brukes for insulinutførsel.

HbA1c

Fra 1992 har vi hatt mulighet for å måle HbA1c på legekontoret.

Praksisprofil

Hvert år har vi laget en praksisprofil som i begynnelsen viste resultatene av HbA1c, senere har vi laget praksisprofilen med hjelp av Epi-Info. Nyere praksisprofiler viser resultater av HbA1c, BT, kolesterol; antall pasienter i forskjellige behandlingsgrupper, og antall pasienter med senkomplikasjoner. Vi har prøvd å sammenligne vår praksisprofil med nabokommunens.

Erfaringer

Effektiv diabetesomsorg er avhengig av et ajourført register, strukturerte kontroller og grundige årskontroller. Evnen til å arbeide i et team er viktig for både primærlegen og spesialisten. Når diabetesomsorg stiller økende krav til primærlegen, er det viktig å være sikker på at man utnytter ferdighetene og dyktigheten blant medarbeidere maksimalt. Dette betyr å arbeide og lære sammen, men det betyr ikke at legen gir avkall på det viktige lege-pasient forholdet, som fortsatt står sentralt i diabetikeromsorgen.

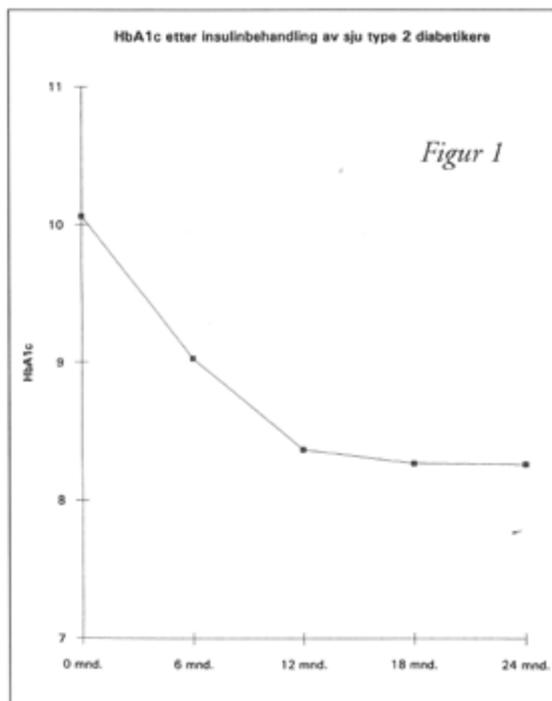
Uten den utvidede medarbeiderrollen hadde det vært umulig å satse på insulinbehandling i min praksis og umulig å finne nok tid til gruppeundervisning eller tid til adekvat veiledning hos en nyoppdaget diabetiker.

Mange allmennpraktikere vil si at jeg har laget en særomsorg for mine diabetikere som kanskje går på bekostning av andre pasientgrupper. Tvert imot har det vist seg at diabetessykepleieren har kunnet bidra på andre felt som for eksempel kostveiled-

ning for pasienter med fedme eller hjerte-karsykdommer.

Gruppeundervisning har vært vellykket, 49 (71%) av 69 diabetikere i kommunen har benyttet seg av tilbudet. Behovet for gruppeundervisning var stort siden kommunen ikke hadde egen avdeling i Norges Diabetesforbund. I en spørreundersøkelse blant 12 diabetikere etter den første runden med gruppeundervisning, kunne sju ha tenkt seg en ny runde om ett år, fire en ny runde om to år, en om fire år og en aldri. Alle som hadde vært med mente de hadde hatt godt utbytte av gruppeundervisningen. Selvsagt har vi diabetikere på Hjelmeland som ikke har benyttet seg av tilbudet om gruppeopplæring, og selvsagt er det oftest de som har dårligst kontroll og dårligst framtidsutsikter som er minst flinke til å møte opp. Trykkesystemet er ikke framtidrettet når det gjelder kronikeromsorg. Det er vanskelig for privatpraktiserende leger å få refusjon for gruppekonsultasjoner eller teamarbeid.

Diabetesdagen har vært den beste måte for oss å organisere diabetesomsorgen på Hjelmeland. Diabetikere fra de andre leger i praksisen kan benytte tilbudet fra



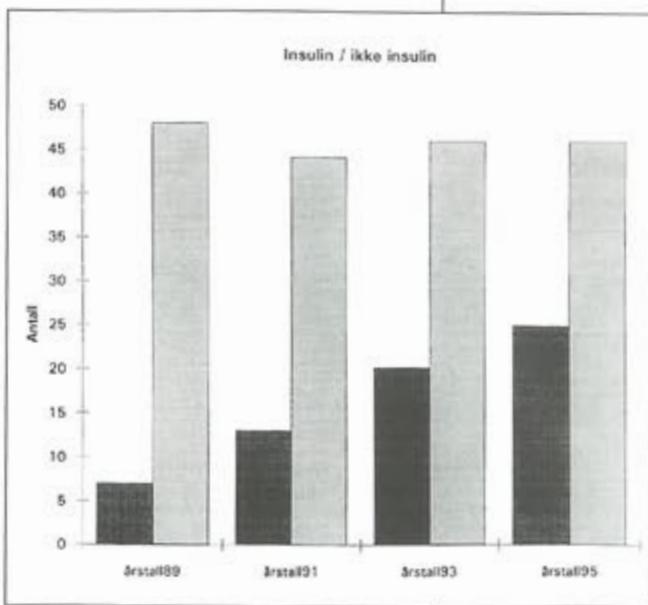
diabetesykepleieren. De trenger ikke skifte lege for å få en mer omfattende diabetesomsorg. Det kreves imidlertid litt tid til å holde orden på timebestillingene.

Å starte type II diabetikere på insulinbehandling i allmennpraksis har gått greit. Vi har sett nærmere på sju av våre type II diabetikere som vi har satt på insulinbehandling. Gjennomsnittsalder var 72 ved oppstartning av insulinbehandling. Gjennomsnittsinulin dose er 25IE morgen og kveld. Vi har fulgt de sju pasientene over 2 år og HbA1c har falt fra 10,06 før insulinbehandling ble igangsatt til 8,26 to år etter insulin behandling ble startet. (Fig.1 forrige side.)

Ingen pasienter har hatt alvorlig hypoglykemi (dvs. vært avhengig av andres hjelp til å kupere anfallet). Ingen har ønsket å gå tilbake til tablettbehandling etter avsluttet prøveperiode.

Fig. 2. viser en betydelig økning fra sju pasienter som fikk insulinbehandling i 1989 til 25 pasienter som fikk insulinbehandling i 1995. Av de 25 som fikk insulinbehandling i 1995, er 13 opprinnelig type 2 diabetikere.

Vår siste praksisprofil (Fig.3.) viser følgende gjennomsnittsverdier: Alder 66,8; HbA1c 6,96; BT sys 147; BT dia 79; Kolesterol 6,29;



Figur 2

Når det gjelder senkomplikasjoner hadde 23% mikroalbuminuri; 16% retinopati; 34% hjerte-kar-sykdom og 2% fotsår. 31% brukte insulin, 27% medikamenter og 42% kost alene. Tidlig diagnose er den sannsynlige forklaringen på at 42% av vår diabetikerpopulasjon er kostregulert.

Muligheten til å få svar på HbA1c i løpet av noen minutter på legekontoet, har vært et stort framskritt. Vi har funnet at nøyaktighet og reproducerbarhet av resultatene er tilfredstillende. Våre resultater ligger opptil 0,5 prosentpoeng under laboratoriet på Sentralsjukehus i Rogaland.

Innsamling av data om diabetikere samt å sammenligne disse med resultater fra andre legesentra, er et spennende felt. Jeg tviler på at gjennomsnittsallemennpraktikeren vil ha tid til å mate tall inn i statistiske programmer eller få statistikk ut fra sin database ved å jobbe med rapportgeneratorer eller lignende EBD verktøy. Her må vi satse på at programleverandører til helsetjenesten legger inn enkle rutiner i framtidens programvarer for å få ut nøkkeldata om forskjellige pasientgrupper.

Framtidens utfordringer

Primærhelsetjenesten kan ikke og bør ikke stå på stedet hvil. Legevitenenskapen utvikler seg og forbedrer seg kontinuerlig. Alle leger bør involvere seg i forandring og forbedring av helsetjenesten. De fleste legesentra kan nok forbedre tilbudet til sine diabetikere med forholdsvis enkle tiltak. De viktigste ingrediensene i vår modell er interessert helse-

Figur 3

Diabetes i Hjelmeland (2800 innb.) – Praksisprofil

	1993	1994
Gj.snitts: alder	66,5	66,8
HbA1c	7,45	6,96
BT SYS.	153	147
BT DIA	84	79
Kolesterol	6,6	6,29
Mikroalbuminuri	23%	23%
Retinopati	16%	16%
Hjerte/kar sykd.	36%	34%
Fotsår	2%	2%
Insulinbrukere	30%	31%
Medikamenter	28%	27%
Kost alene	42%	42%
Antall med i statistikken:	50	64

personell som kan jobbe sammen på lag og formidle kunnskaper om kosthold og insulinbehandling.

Erfaringer vunnet hos diabetikere kan sannsynligvis overføres til andre kronikergrupper.

Vi ønsker å fortsette med gruppeundervisning - dersom rikstrykdeverket/lægeföreningen kan bli enig om takstbruken. Vi vil opprettholde tilbudet om vanlig gruppeundervisning til nyoppdagede diabetikere. Vi vil endre litt på tilbudet til etablerte diabetikere ved å tilby mer problemorientert gruppeundervisning til bestemte grupper. F.eks gi veiledning om egenkontroll av føttene hos eldre type II diabetikere, eller drøfte livsstilendringer hos yngre type I diabetikere.

Verdens helseorganisasjon og IDF (International Diabetes Federation) har utarbeidet et program (DiabCare) til analyse og sammenligning av diabetes nøkkeldata. Forholdene bør ligge til rette for å integrere (DiabCare) i eksisterende dataprogrammer for norsk allmennpraksis. En slik intergrering ville gi allmennpraktikeren en enestående mulighet til å sammenligne sin praksis med tilsvarende praksiser i Norge og Europa.

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

PULMICORT TURBUHALER "DRACO"

Kortikosteroid

ATC-nr.: R03B A02

INHALASJONSPULVER: 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose. Hver dose innh.

budesonid. 100 µg resp. 200 µg et 400 µg. **Egenskaper:** Ved bruk av pulverinhalator

(Turbuhaler) oppnås lokal effekt. Preparatet inneholder rent budesonid, dvs. ingen hjelpe-

stoffer eller drivgasser. **Absorpsjon:** Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absor-

beres derfra. Maks. plasmakonsentrasjon etter inhalasjon av 1 mg budesonid er ca. 3,5

nmol/l og nås etter ca. 20 min. En enkelt dose på 100-1600 µg har en virketid på 10-12 timer.

Metabolisme: Ca. 90% av dosen som når systemisk kretslop inaktiveres i leveren (første-pas-

sasje). **Indikasjoner:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med

bronkolytika eller kromoglikat. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor budesonid.

Bivirkninger: Lett halsirritasjon, hoste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at

en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candidainfeksjoner i

munnhule og svelg kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter

hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervøsitet, uro

og depresjon samt adferdsforstyrrelser hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved

behandling med andre glukokortikosteroider). Hos enkelte pasienter på høy dosering er det

påvist binyrebarksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirk-

ninger. **Forsiktighetsregler:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale

infeksjoner bør observeres nøye. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinitt, eksem,

muskel- og leddsmerter) på grunn av minskt generell steroideffekt etter tidligere behandling

med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I

stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet

med fornyet systemisk behandling. **Graviditet/amning:** Bruk av steroider under svanger-

skapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroid-

behandling til inhalasjon foretrekkes pga. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske do-

ser. **Overgang i placenta:** Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvungende

nødvendig. **Overgang i morsmelk:** Opplysninger foreligger ikke. **Dosering:** Initialt, under

perioder med alvorlig astma, ved dosereduksjon og eventuell seponering av peroral

behandling med glukokortikosteroider anbefales følgende dosering: **Voksne:** 200-1600 µg

daglig, fordelt på 2-4 doseringer. I mindre alvorlige tilfeller: 200-800 µg daglig fordelt på 2-

4 doseringer. Dosering 2 ganger daglig er vanligvis tilstrekkelig. Dosering 1 gang daglig vil

kunne være aktuelt for pasienter som ikke trenger mer enn 400 µg pr. dag. Der man ved mil-

dere former for astma har fått tilfredsstillende effekt av 400 µg x 1, kan man prøve om lavere

doser er tilstrekkelig. Dosen kan gis enten om morgenen eller om kvelden. Dersom optimal

behandling ikke oppnås med denne dosering, bør dosen og doseringshyppigheten økes.

Barn > 6 år: 200 - 800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Forsiktighet utvises ved doser på

800 µg pga. fare for binyrebarksuppresjon. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 da-

ger. Pasienter med sterk slimproduksjon bør initialt (og over en kortere periode - ca. 2 uker)

få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved eksacerbasjoner med

økt viskositet og dannelse av slimplugg. **Vedlikeholdsdose:** Når den ønskede kliniske effekt

er oppnådd, bør dosen gradvis reduseres til den lavest mulige dose som holder astma-

symptomene under kontroll. Dosering 2 ganger daglig - morgen og kveld er som oftest til-

strekkelig. **Steroidavhengige pasienter** som overføres til Pulmicort bør være i stabil fase. Ved

overgang fra peroral steroidbehandling, gis Pulmicort (i høydose) i kombinasjon med vedlike-

holdsdosen av oralt steroid i ca. 10 dager. Deretter reduseres den orale dosen gradvis med

f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsv.) pr. måned til lavest mulig dose. I mange tilfeller vil

det være mulig å substituere den perorale kortikosteroidbehandlingen helt med Pulmicort

Turbuhaler. **Andre opplysninger:** Hver dose tilmåles ved vridning av inhalatoren, derved

klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Det er

viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munnstyk-

ket, 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 pa-

sienten 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:

200 doser kr. 293,30. 200 doser kr. 854,30. (01.01.95)

T: 2, 30

BRICANYL TURBUHALER "DRACO"

Adrenergikum

ATC-nr.: Ro3A C03

INHALASJONSPULVER: 0,25 mg/dose og 0,5 mg/dose. **Bricanyl Turbuhaler:** Hver dose innh.

Terbutalin, sulf. 0,25 mg resp. 0,5 mg. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Selektiv beta₂-stimulator.

Virkningsmekanisme: Virker i terapeutiske doser hovedsakelig på beta₂-reseptorene i bronkial-

muskulaturen. Øker nedsatt mucocilsær transport. Stimulering av beta₂-reseptorene i uterus-

muskulaturen gir relakserende effekt. Virketid: Inhalert terbutalin virker i løpet av få minuter.

Effekten varer opp til 6 timer. Turbuhaler er en pulverinhalator som inneholder 200 doser

rent terbutalinsulfat dvs. ingen hjelpestoffer. Hver dose tilmåles ved vridning av inhalatoren,

derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene.

Terbutalin er selektivt beta₂-stimulator (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 inhalasjons hastighet. **Indikasjoner:** Bronkospasme ved

bronkialastma, kronisk bronkitt, emfysem og andre lungesykdommer hvor bronkokonstrik-

sjon er en kompliserende faktor. Sekretstagnasjon grunnet nedsatt mucocilsær transport som

f.eks. ved kronisk bronkitt og cystisk fibrose. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor

noen av innholdstoffene. **Bivirkninger:** Tremor og palpitasjoner, spontant reversibelt i løpet

av 1-2 ukers behandling. Etter bruk av inhalasjonsaerosol/inhalasjonsvæske er bronkospas-

mer sett i sjeldne tilfelle. Dette er ikke observert etter bruk av Turbuhaler. Urtikaria og eksan-

tem kan forekomme. Pga. inhalasjonsaerosolens innhold av freoner som drivgass, har man hos

noen pasienter sett et fall i FEV1 umiddelbart etter doseinntak. **Forsiktighetsregler:** Bør bruk-

es med forsiktighet hos pasienter med ukontrollert hypertensjon. **Diabetes-pasienter** som

starter med samtidig terbutalin-terapi bør få sjekket sitt blodsukker nøye pga. faren for hyper-

glykemi. Systemisk bruk av beta₂-stimulatorer i store doser kan gi rytmeforstyrrelser hos pa-

sienter med koronar hjertesykdom. Hypertrofiisk kardiomyopati. Ved all inhalasjonsterapi bør

pasientens inhalasjonsteknikk sjekkes regelmessig. Ved bruk av forstøverapparat bør den op-

timale dose justeres for hvert enkelt apparat. Pasienten skal oppfordres til å kontakte lege dersom

effekten av behandlingen blir dårligere, da gjentatte inhalasjoner ved alvorlige astmaan-

fall ikke må utsette starten av annen viktig terapi. **Graviditet/amning:** **Overgang i placenta:**

Ingen teratogen effekt er påvist i dyreforsøk. Generell forsiktighet i første trimester anbefales.

Overgang i morsmelk: Passerer over i morsmelk, men noen effekt på barnet er lite sannsynlig

ved bruk av terapeutiske doser. **Interaksjoner:** Betablokkere, fremfor alt ikke-selektive, kan re-

duasere eller helt oppheve effekten av beta₂-stimulatorer. **Dosering:** Individuell. Vanlig dose-

ring: **Inhalasjonspulver:** 0,25 mg/dose: **Voksne og barn over 12 år:** 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjo-

ner) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller inntil 6 doser pr. doseringstilfelle. Maks

24 doser pr. døgn. **Barn 3-12 år:** 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjoner) ved behov eller hver 6. time. I

alvorlige tilfeller inntil 4 doser pr. doseringstilfelle. Maks. 16 doser pr. døgn. **0,50 mg/dose:**

Voksne og barn over 12 år: 0,50 mg (1 inhalasjon) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige til-

feller inntil 3 doser pr. doseringstilfelle. Maks. 12 doser pr. døgn. **Barn 3-12 år:** 0,50 mg (1 in-

halasjon) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller kan 2 inhalasjoner tas ved samme do-

seringstilfelle. Maks. 8 doser pr. døgn. **Overdosering/Forgiftning:** Mulige symptomer.

Hodepine, uro, tremor, toniske muskelkramper, palpitasjoner, arytmier. Av og til blodtrykks-

fall. Hyperglykemi, laktacidose, hypokalemi (vanligvis ikke behandlingstrengende).

Behandling: **Lette til moderate tilfeller:** Reduser dosen - øk deretter dosen sakte dersom en

sterkere bronkospasmatisk effekt er ønskelig. **Alvorlige tilfeller:** Magetømming, aktivt kull.

Bestem syre-base balansen, blodsukker og elektrolytter. Hjerterefleksensrytme og -trykk moni-

teres. Metabolske forandringer korrigeres. En kardiaselektiv betablokker (f.eks. metoprolol)

anbefales til arytmibehandlingen. Betablokkere bør brukes med forsiktighet pga. muligheten

for å inducere bronkial obstruksjon. Dersom den beta₂-medierte reduksjon av perifer vasku-

lar motstand vesentlig bidrar til et blodtrykksfall, bør et volumøkende medikament gis. (F65d

sympatomimetika). **Andre opplysninger:** Det er viktig å instruere pasienten mht. riktig bruk

av preparatet. Ved forskrivning til små barn er det spesielt viktig å forsikre seg om at disse er

i stand til å følge instruksjonene i bruksanvisningen. **Forskrivningsregel:** Inhalasjonsvæske:

Behandling skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i indremedisin, pediatri, lunge-

sykdommer eller øre-nese-halsykdommer. **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
Astra Norge

Astra Norge AS, Postboks 1, 1471 Skårer
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[®]