

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5

1995

ÅRGANG 24



**Er fastlegeordningen
løsningen?**

Nr. 5, 1995

- 195** *Betty Pettersen*
Leder: Er fastlegeordningen løsningen på våre problemer?
- 196** *Greta Jentoft*
Rammebetingelser for forebyggende arbeid i en fastlegeordning
- 200** *Torgeir Fjermestad*
Fastlegeordning og samfunnsmedisinske perspektiver i Trondheim
- 204** *Lars Nygård*
Planlegging av helsetjenster i et fastlegesystem
- 207** *Carl Ditlef Jacobsen*
Hva forebyggende helsearbeid også dreier seg om
- 208** *Frode Veian*
Erfaring med listeadministrasjon som styringsmiddel
- 210** *NSAM*
Allmennmedisinsk hverdagskunnskap
- 211** *Bokmelding*
Effekter av behandling
- 212** *Bokmelding*
Ikke gråt, Merethe, bare drikk!
- 213** Solstrandprisen
- 214** *Olav Thorsen*
Bør allmennpraktikeren ha ansvaret for det forebyggende helsearbeid for barn?
- 216** *Jacques Honorè*
Barneundersøkelser i Danmark
- 220** *Tore Sørli*
Kronisk ryggsmerte som uttrykk for følelsesmessige problemer
- 224** *Hans Petter Schønsby*
Sykdomsoppfatninger, offentlig helsevesen og tyfoidfieber-epidemien i Hamar 1972-1881
- 229** *Stein Wiel*
Leserbrev fra Bosnia
- 232** *Eivind Vestbo*
Eksamensoppgåvene i allmennmedisin
- 233** Norsk allmennpraktiker vant posterprisen på Wonca-kongressen
- 234** *Utpostens edb-spalte*
Enkle ergonomiske tiltak kan forebygge skjermrelaterte plager i øynene og nakke-/skuldermuskler
- 237** Nekrolog over Tore Rud
- 238** *Hogne Sandvik*
Den nye samfunnsmedisinen - ny vin på gamle krukker?
- 242** Smil i hverdagen

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 80 00
Fax: 78 45 80 01

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
Elvebakken 1, Pb. 411
5801 Sogndal
Tlf. privat: 57 67 24 66
Tlf. arbeid: 57 65 55 00
Fax: 57 65 35 11

Annonser:

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

Abonnement:

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

Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

Er fastlegeordningen løsningen på våre problemer?



Fastlegeforsøket er inne i sitt foreløpig siste år i fire av landets kommuner. Forsøket er innpakket i mange faglige, administrative og økonomiske forventninger, både på lokalt og nasjonalt nivå. Evalueringen av forsøket er startet og selv om lite av den vitenskapelige evalueringen er publisert kan vi i dette og i senere nummer av Utposten bringe flere artikler med systematiserte erfaringer fra deltagere i forsøket (1, 2, 3, 4). Dette er verdifulle vitnesbyrd for både oss vanlige helsearbeidere og beslutningstakere på alle nivåer. De forteller om både entusiasme og skepsis, fordeler og større og mindre problemer. Summen av dem synes å være at tre-års forsøksperiode i fire kommuner, hvorav tre er store i norsk sammenheng, er for lite for å avgjøre hvorvidt dette skal innføres i eller forkastes for alle landets kommuner.

Det viktigste positive budskapet er at mange allmennleger og de fleste pasienter synes godt fornøyde. Pasientene er sikret kurativ service, ventetiden før legebesøk er gått ned og de møter ikke bare en telefonsvarer ved henvendelse til «sitt legekontor». Legene har økt den kurative produktiviteten, de kjenner «sin befolkning» og tar ansvaret for den gjennom sin kurative praksis, synes å ha god økonomi og en overkommelig arbeidsbelastning. Det gis også positive signaler om hvordan samfunnsmedisinske aspekter i helsetjenesten best kan løses gjennom det forpliktende forholdet allmennleger får til sine tilmeldte personer.

Men vi hører mollstemte toner også. Det er bekymring for tverrfaglig samarbeid, forebyggende arbeid og kvinnelige allmennlegers belastende lister og utslitthet. Det er usikkerhet omkring ivaretagelse av det gruppe-

og samfunnsrettede samfunnsmedisinske arbeid og utkantkommunenes vilkår og muligheter i en slik ordning. At de gode økonomiske forhold for enkeltleger i forsøket sannsynligvis representerer et negativt signal for høyere forvaltningsnivåer må vi vente – og med forutsigbare konsekvenser.

Det dreier seg altså ikke om bare en finansiell reform for én yrkesgruppe, men en sammensatt helsetjenestereform med virkninger langt utover lege-pasientforholdet. Den har konsekvenser for helse- og omsorgstjenesten i sin helhet, nettopp fordi allmennlegene har en så sentral rolle i hele primærhelsetjenesten og fordi finansieringsordningene er sterkt styrende for mye av deres arbeid.

At reformen har viktige positive elementer – i alle fall på lokalt nivå, må ikke forlede oss til å gjøre den landsomfattende før vi vet bedre hvordan vi skal takle de negative elementene. Ikke minst må vi ble enige om de viktigste problemene ved primærhelsetjenesten som må løses, og hvorvidt fastlegeordningen bidrar med noen løsning.

For oss er det viktig å minne om at det største problemet for mange kommuner, spesielt mindre og sentrale kommuner, er diskontinuitet og vakanser i allmennlegegruppen. Så langt er det ikke gitt overbevisende signaler om at fastlegeordningen bidrar positivt i forhold til dette problemet, heller det motsatte.

Fastlegeordningen må holdes opp mot fastlønnssystemet, og begge systemer må vurderes i forhold til rekruttering, kontinuitet og kvalitet. Fastlønnssystemet var i sin tid «redningen» for mange mindre kommuner, men synes å sprekke som sådan mange steder. Imidlertid har

den gitt fastlege for mange i lange perioder, og kan relativt lett tilpasses nye markedsmekanismer. Med fastlegeordningen introduseres nye mekanismer som kanskje er vanskeligere å takle i små, desentrale kommuner.

Vi har tro på at fastlegeordningen med justeringer og tilpasninger til norske kommuners mangfold, norsk primærhelsetjeneste og allmennlege-tjeneste vil være en god ordning. En utvidelse av forsøksstiden og av antall og type deltagende kommuner er imidlertid nødvendig.

Perspektivet ved evalueringen må utvides betydelig utover allmennlegegruppen og lege-pasientforholdet. Målsettingen må bli å ivareta en helhetlig og faglig god og effektiv helse- og omsorgstjeneste i kommuner med høyst ulike organisatoriske, økonomiske, geografiske og menneskelige ressurser. La oss få gå inn i neste primærhelsetjenestereform med samlede tropper av flere helsearbeidere med stor tro og overbevisning på det de blir med på!

Petty Petersen

Litteratur

- 1) Jentoft G. Rammebetingelser for forebyggende arbeid i en fastlegeordning. Utposten 1995; 24: 196-199.
- 2) Veian F. Erfaring med listeadministrasjon som styringsmiddel. Utposten 1995; 24:208-210.
- 3) Fjermestad T. Fastlegeordningen og samfunnsmedisinske perspektiver i Trondheim. Utposten 1995; 24:200-202.
- 4) Nygård L. Planlegging av helsetjenester i et fastlegesystem. Utposten 1995; 24:204-207.

Rammebetingelser for forebyggende arbeid i en fastlegeordning

Tekst: Greta Jentoft



Greta Jentoft, født i 1948. Røde Kors Sykepleierskole, Lørenskog 1972. Spesielskole i psykiatrisk sykepleie, Bodø 1974. Statens helsesøster-skole, Tromsø 1977. Pedagogisk seminar, Tromsø 1991. Arbeidet som sykepleier ved Åsgård sykehus og Region-sykehuset i Tromsø, Barne-avdelingen. 14 år som helsesøster; to år i Lurøy kommune og 12 år i Tromsø kommune. Arbeidssted Kvaløysletta helse- og sosialsenter. Fra 1990 til 1995 prosjektleder for et Samla plan-prosjekt «Forebyggende helsearbeid i den videregående skole i Tromsø kommune». Arbeider nå som helsesøster i videregående skole i kommunen med ansvar for tre skoler. Har sittet i styret for Lokalgruppen av helsesøstre i Troms.

Fastlegeforsøket er blitt en helseform med klar innvirkning på alle yrkesgrupper som arbeider i primærhelsetjenesten, ikke bare primærlegjetjenesten. Det gjelder ikke minst for helsesøstergruppen som har sitt ståsted i det forebyggende helsearbeid. Forsøket har gitt positive gevinster på den kliniske og kurative medisiner for befolkningen og med høyere produktivitet i det kliniske arbeidet. Dette er bra. Men det som har skapt usikkerhet i helsesøstergruppen, er om fastlegeforsøket med en finansieringsordning som premierer slik økt produktivitet også vil være i stand til å premiere forebyggende helsearbeid.

Tiden før forsøket

Primærhelsetjenesten i Tromsø har i stor grad vært organisert gjennom helse- og sosialsenter fra begynnelsen av syttiårene. Faggrupper som leger, helsesøstre, fysioterapeuter, sosionomer, lege-sekretærer var representert under samme tak. «Sentertanken» – lagånden og fellesfølelsen var sterk de første årene. Kjennskapet til hverandres gjøremål, utfordringer, vanskeligheter og «suksesser» var der.

Helsesøstertjenesten har hatt (og har fremdeles) en områdemodell hvor hver helsesøster har ivarettat forebyggende arbeid i forhold til skole, helsestasjon, barnehager etc. i «sitt distrikt» med en befolkning på ca. 3000-3500 innbyggere. Primærlegene ble knyttet opp til en fast skole og en fast dag på helsestasjonen med befolkning fra et og samme distrikt. Kjenn-

skapen til befolkningen ble god over tid.

Tromsø kommune har stor befolkningstilvekst, noe som har skapt press på helsetjenesten. Kommunen er stor i utstrekning med lange reiseavstander til utekontorsteder. Ventetiden hos lege før forsøket ble opptil 6-8 uker. Presset på helsestasjonen i de nye bydelene økte. Klager fra befolkningen, press på den kommunale legevakta og ikke minst stor utskiftning og mangel på leger, tilsa at en omorganisering av tjenesten var nødvendig.

Forventninger til forsøket – prosjektplanen og offentlige utredninger

Etter flere år med gode signaler om vilje til satsing på det forebyggende arbeid fra sentralt hold, har utviklingen i praksis vist noe annet. Det var derfor med interesse og spenning, og en viss porsjonskepsis prosjektplanen for listepasientsystemet i Tromsø (1) ble mottatt i helsesøstergruppen.

Det var gledelig å lese at Stortinget var opptatt av om en fastlegeordning kunne bidra til å nå andre viktige mål for helsepolitikken som blant annet «bedre betingelser for forebyggende arbeid». Vi fant imidlertid at prosjektplanens delmål i all hovedsak omhandlet legetjenesten.

Dette ble tolket slik at det individrettede forebyggende helsearbeid skal sikres for de pasienter som søker lege, mens det ikke synes å være noen mål for kommunen i dette forsøket vedrørende det

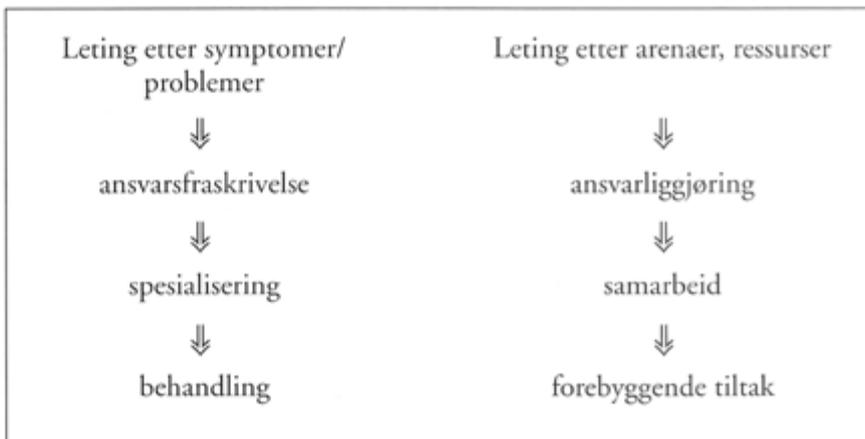
generelt forebyggende og miljørettede arbeid. Bekymringen for at listepasientsystemet kunne bidra til at det forebyggende arbeid ytterligere sakket akterut, ble sterkere.

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Med forebyggende arbeid menes her arbeid av både individrettet og miljørettet karakter; arbeid som utføres gjennom helsestasjon og skolehelsetjeneste, samt generelt forebyggende og samfunnsmedisinsk arbeid.

De fleste av oss står godt plantet i den medisinske tradisjonen med behandling og pleie. Vi har vært mer opptatt av å lete etter symptomer og problemer, enn å se muligheter og ressurser for å fremme helse. Det gjelder også oss helsesøstre med grunnutdanning som sykepleiere før spesialutdanning i forebyggende helsearbeid.

Men arbeidet i helsestasjon og skolehelsetjenesten medfører likevel en mer samfunnsrettet forebyggende virksomhet hvor blikket ikke bare er rettet mot individet og de barn som til enhver tid innfinner seg på helsestasjonen, men mot en hel barnebefolkning i distriktet som en prøver å følge aktivt opp. Det betyr arbeid i et langsiktig perspektiv for å forebygge forhold som isolasjon, ensomhet, mistrivsel, ulykker og sykdom. Et eksempel på dette er nettverksarbeid gjennom gruppevirksomhet i helsestasjon og andre nærmiljøtiltak.



Tab. 1. Karakteristika ved forebyggende og behandlende tiltak. Etter T. Pelow, 1993.

For å kunne drive forebyggende arbeid i forhold til en barne- eller ungdomsbefolkning, må en finne steder eller arenaer for dette og se etter muligheter her. Arbeidsmetodene blir her mer grupperettede enn individrettede. Dette krever omstilling, en holdningsendring må til, en ny måte å tenke helse og sykdom på.

Torbjørn Pelow, en svensk konsulent som arbeider med utvikling av folkehelsearbeid med vekt på arbeidsmetoder, har satt dette opp slik det fremgår i tabell 1 (2).

Leting etter symptomer og problemer vil ende opp med ansvarsfraskrivelse gjennom f.eks nyetableringer av deltjenester, – det lages systemer for å ivareta særskilte problemer. Dette ender opp i spesialisering og behandling. Leting etter muligheter og ressurser vil medføre det motsatte, – ansvarliggjøring av flere på tvers av etater med utvikling av samarbeid som ender opp i forebyggende tiltak.

Hva har skjedd?

Spørsmålet er om det gis mulighet for legene innenfor fastlegesystemet å finne arenaer og bruke disse for helsefremming og forebygging i tillegg til det kurative arbeidet på legekantoret. Gir fastlegesystemet rom for dette sånn som det nå er lagt opp?

Servicenivået er blitt svært høyt til befolkningen for vanlige plager og akutte lidelser. Vi vet at få vil etterspørre forebyggende helsearbeid. Har man i forsøket i for stor grad gitt befolkningen det den etterspør? Har fastlegeforsøket bidratt til at helsepersonell forblir «under krana» som «opptørkere» når plagene oppstår? Vil fastlegeforsøket avvike prioriteringene i nasjonal helseplan (3)? Kan det bli slik at moderate plager, som egentlig kan vente noe på behandling, ja kanskje også gå over av seg selv, blir prioritert foran forebyggende helsearbeid?



Tverrfaglig arbeid

Etter at forsøket startet opp, har det blitt færre tverrfaglige møter med legene om strategier for generelt forebyggende arbeid. Tverrfagligheten har for oss vært en god erfaring gjennom arbeidet i helse- og sosialsentrene. Nettopp derfor merkes det så godt at vi har mistet noe av dette i fastlegeforsøket. Det er mindre og manglende samarbeid og enda større vektlegging av de kurative tjenester i hverdagen. Gjennom kontakten med legene var det rom for planlegging i fellesskap, for diskusjoner og samrådning. Vi ble godt kjent, vi lærte av hverandre og gleden ved å tilhøre et «arbeidslag» med forskjellig fagbakgrunn var stor. Jeg tror at dette også har stor betydning for pasientene og befolkningen vi er satt til å betjene.

Ettermøter etter helsestasjonsdager fungerer, men det er få om ingen lege som nå deltar i «basisteam»-møter (tverrfaglige møter med skoleledelse, lærere, PPT og helsesektor) på skolene. Behovet er stort for både miljørettet og individrettede tiltak i forhold til skoleelever. Henvisninger til den enkeltes faste lege går greit, men det er lite samarbeid om enkeltelever utover korte beskjeder pr. telefon. Leger tar sjelden kontakt med helsesøstre angående elever i skolehelsetjenesten, og inntrykket er at få ser at skolen kan være en arena for forebyggende strategier, helseopplysning og miljøarbeid. Vi savner engasjement hos mange leger; – noe som også var tilfelle før forsøksperioden. Vi må også si at leger med interesse for dette arbeidet prøver å samarbeide også i fastlegeforsøket.

Men rollen til helsestasjonslegen er blitt noe uklar med hensyn til hvem som følger opp hva, fastlege eller helsestasjonslege. Med dagens helseproblemer kreves det samarbeid for å utvikle gode strategier for innsats. Strategien i kampen mot samsykdommene er

mer uklar og tidkrevende enn mot infeksjonssykdommer og livsstilssykdommer. Gjennom samarbeidet med legene gjennom mange år, kan det synes som om mange legers identitet i forhold til helsestasjonsarbeid og skolehelsetjeneste er knyttet til de somatiske undersøkelsene. Det blir lite å finne og lite spennende å arbeide med.



Helsesøster må være den drivende kraft i det forebyggende og helsefremmende arbeid blant barn og unge. Det er imidlertid nødvendig at legene er aktive medspillere.

Befolkningsansvar versus listeansvar

Slik det er nå kan pasientene komme til fastlegen fra forskjellige bydeler og distrikt av kommunen. Legene i forsøket vil kanskje ikke få et godt nok bilde av befolkningen i det enkelte distrikt og vil mangle grunnlag for forebyggende strategier på aktuelle arenaer som skole og helsestasjon. Det kan være vanskelig å se pasienten/individet i en større sammenheng, og få god nok kjennskap til hva som virker inn på folks helse. I fastlegeforsøket tar legen klart et familie-

ansvar, men har ikke lengre et befolkningsansvar i og med ansvaret for sine listepasienter som bor i forskjellige distrikt. Listeansvar er ikke et befolkningsansvar, men et individ/familieansvar.

Om det ikke blir et større svar mellom listepasientene og bosted, er det grunn til bekymring. Da blir kanskje helsesøstrene alene om å se en del samfunnsmedisinske problemer.

Vi savner en lokalsamfunnsorientering fra forsøket hvor det tenkes på ressurser som identitet, tilhørighet, et godt sosialt nettverk etc. Dette er viktige forhold som skaper trivsel og god helse. Vi tror ikke at listepasientsystemet kan fange godt nok opp befolkningens og distriktets levekår. En må kunne skape seg et bilde av hvordan folk lever, bor, leker og arbeider.

Om fastlegeordningen i for stor grad blir en kurativ tjeneste i møte med enkeltindivider, kan det føre til en privatisering av oppståtte problemer. Det kan bli sånn at kollektive problemer, det vil problemer som gjør seg gjeldende hos en gruppe mennesker, defineres som individuelle helse- og sosialproblemer (4).

Mulige forklaringer økonomiske signaler

Finansieringssystemet synes å tilgodese kurative oppgaver og kan med dette konkurrere bort andre påkrevde oppgaver som det forebyggende arbeid. En dag på helsestasjonen for legen gir mindre uttelling økonomisk enn en vanlig kontordag med pasienter. Time-lønna for helsestasjonsarbeid er blitt nærmest en vits i forhold til det legen kan tjene på en vanlig dag på kontoret. Dette er klart en dårlig signaleffekt overfor det forebyggende arbeid. Skal dette arbeidet få status og økt betydning må det ikke bli dårlig butikk å sitte på



helsestasjonen eller å delta i skolehelsetjenesten. Mange leger løser dette økonomisk med å ta pasienter innimellom helsestasjonsbesøkene. Dette arbeidet må gjøres økonomisk konkurransedyktig til en normal legekontordag.

Det synes også som om finansierungsordningen gjør at generelt tverrfaglige møter (uten navngitt pasient) ikke «lønner» seg for legene. Hvordan kan man gi modellen en økonomisk gulrot for tverrfaglige møter som en er avhengig av for å drøfte forebyggende tiltak? Det må gå an å få til en samarbeidstakt som ikke direkte er knyttet til en navngitt pasient.

Arbeidsmetoder i forebyggende og helsefremmende arbeid

Arbeidsmetodene i forebyggende arbeid for skolehelsetjeneste og helsestasjonsarbeid er ofte grupperettede og med stor vekt på nettverksarbeid i kampen mot samsykdommer. Legens arbeid går hovedsakelig ut fra legekantoret i kontakt med enkeltindivid i konsultasjonsøyemed. Det kan være at forsøket ikke i stor nok grad tar høyde for arbeidsmetodene i forebyggende og helsefremmende arbeid når mye av det forebyggende arbeid

må gjøres på andre arenaer enn på helsesentret og legekantoret.

Veien videre

For at noen av rammebetingelsene for det forebyggende arbeid skal bli bedre og at målsettingene for det forebyggende helsearbeid skal bli realisert, må det ikke bli helt tilfeldig hvem som står på listene til den enkelte fastlege. Legene innenfor denne modellen må i større grad få et befolkningsansvar. Det er nødvendig å vite noe om sammenhengene mellom samfunnsforhold og folks helse. Helsetjenesten skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden og de faktorene som virker inn på denne. Det må skje en større styring av listepasientene etter bosted og skapes et sammenfall her.

Vi skal ikke glemme helsepersonellens rolle som premissleverandør og rådgiver for tiltak innen egen sektor og for å foreslå tiltak i andre sektorer. Det kreves systematisert dokumentasjon om sykdomsskapende og helsefremmende faktorer slik at politikere og administrasjon kan fatte sine beslutninger. Det er nødvendig å synliggjøre behov for tiltak i kommunen. Helsetjenesten skal ta initiativ,

men ikke overta ansvar. Tross alt, det meste som kan forebygges ligger utenfor helsesektoren. Selv om bare 10% av det forebyggende arbeid kan løses gjennom helsesektoren (5), så er det slik at mangel på forebyggende arbeid til slutt dumper ned hos helsevesenet. Derfor må faggrupper samarbeide med andre faggrupper enn sin egen.

Avslutningsvis er det grunn til å minne om at forebyggende arbeid tar tid og at resultatene ligger langt framme. I fastlegeforsøket er det viktig at dette arbeidet blir sett på spesielt, og at det legges grunnlag og rammer for at det skal bli bedre ivarettatt enn det til nå har vært i forsøket i Tromsø. Vi må ikke overse at helsetjenesten også skal fremme helse i tillegg til å bekjempe sykdom.

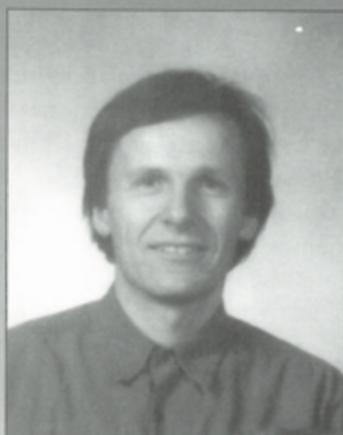
*Helsesøster Greta Jentoft
Helseseksjonen i Tromsø Kommune,
Boks 585
9001 Tromsø*

Litteratur

1. Steinert S. Forsøk med fastlegeordning i Tromsø kommune. Prosjektplan 1993-1996.
2. Pelow T. Foredrag på Seminar om forebyggende arbeid i Norge sett i forhold til internasjonale utviklingstrekk. Tittel på foredrag: «Refleksjoner ut fra skandinaviske perspektiv» Oslo 11.06.93.
3. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987:23. Oslo: Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor, 1987.
4. Norges offentlige utredninger. Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier. NOU 1991:10. Oslo: Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor, 1991.
5. Ånstad H. Foredrag «Aktuelle utviklingstrekk i Norge innenfor det forebyggende arbeidet». Seminar om forebyggende arbeid i Norge sett i forhold til internasjonale utviklingstrekk. Oslo 11.06.93.

Fastlegeordning og samfunnsmedisinske perspektiver i Trondheim

Tekst: Torgeir Fjermestad



Torgeir Fjermestad, f. 1954, spes. i allmenn- og samfunnsmedisin. Allmennpraksis Ranheim legesenter fra 1984, fra 1992 «fastlege» med 1400 på liste, samt 115 prosjektmedarbeider i fastlegeforsøket i Trondheim. P.t. heltids administrativ stilling som distriktsjef avd. Helse og Omsorg, Strinda distrikt, Trondheim.

Innledning

I tiåret fra 1975-85 skjedde det en betydelig oppbygging av allmennlegetjenesten i Trondheim. Det ble lagt opp til gruppepraksiser plassert i de ulike bydeler. Nesten alle legene som etablerte seg da, er fortsatt i samme praksis, og har representert en sær god stabilitet og kontinuitet.

Med et par unntak har alle vært organisert etter modellen med driftstilskudd. Ideologisk har de fleste legene i Trondheim i liten

grad vært forsvarene av det frie, liberale erverv, men i større grad sett seg selv som en del av det kommunale helsesystemet. Ved avstemningen blant legene om fastlegeordning høsten 1992 stemte 73 av de 77 stemmeberettigede for å bli med i forsøket.

Organisatoriske rammer

Etter inndelingen av Trondheim i 6 distrikter i 1992 er Helse og omsorgstjenesten organisert på følgende måte:

Direktøren for Helse og omsorg med sin stab ivaretar sentral ledelse og koordinering. I staben er også plassert en kommuneoverlege med medisinsk-faglige rådgivende funksjoner, som også fungerer som Direktørens stedfortreder og møter sammen med Direktøren i politiske organer.

I hvert distrikt er distriktsjefen øverste leder for helse og omsorgstjenesten. Under seg har distriktsjefen en helseleder som har ansvar for helsetjenesten.

Miljørettet helsevern er ikke desentralisert. Den er skilt ut i egen seksjon, under Miljøavdelingen, og har en lege som ivaretar de medisinsk-faglige funksjoner.

Distriktsoverleger

I løpet av 1993 er det blitt ansatt distriktsoverleger i alle 6 distrikter. Dette er deltidsstillinger med inn-til en dag pr uke. Organisatorisk er disse plassert under helseleder. Ved utlysningen var det gitt en forutsetning om at søker hadde egen praksis som fastlege i distriktet. Distriktsoverlegen skal bl.a. være

med i det helsefaglige teamet i distriktet, være bindeledd mellom helseleder og de andre legene i distriktet, bidra til utvikling og koordinering av, og stimulere til tverrfaglig arbeid og innhenting av statistikk for virksomheten i distriktet. Distriktsoverlegen skal således bistå kommuneoverlegen med medisinsk-faglig rådgivning.

I perioden 1988 - 91 gjennomførte ei gruppe på 11 allmennpraktiserende leger i Trondheim videreutdanning i samfunnsmedisin. Fire av dagens seks distrikts-overleger tilhørte denne gruppen. For de to sistes del er den ene spesialist i samfunnsmedisin, og har vært fylkeslege ett år, mens den andre har 20 års erfaring som kommunal helsepolitiker og organisatorisk erfaring fra Lægeföreningen.

Kommunalt forebyggende helsearbeid, forebyggende helsearbeid, institusjonsarbeid m.v.

Fra slutten av 1970-årene har det i Trondheim vært en målsetting at de allmennpraktiserende legene i størst mulig grad også skal dekke kommunalt forebyggende arbeid og tilsynslegearbeid. Legene selv har som gruppe i prinsippet vært enig i dette. Det har medført at denne typen legearbeid for det meste har vært utført av allmennleger i bistillinger. Når dette er blitt fordelt på de aller fleste legene, er det ikke blitt så mange timer på hver enkelt.

På bakgrunn av denne enigheten mellom legene og kommunen har det så og si ikke vært behov for å ta i bruk kommunens lovmessige

mulighet til å pålegge hver enkelt lege inntil 8 timer arbeid i kommunal bistilling (forutsatt stillingen er utlyst og en ikke får søkere).

I avtalen mellom Sør-Trøndelag lægeforening og Trondheim kommune, som lå til grunn for fastlegeforsøket, er partene enige om at fastlegene skal tilstrebe å dekke legefunksjoner i det kommunale forebyggende arbeidet, samt legefunksjoner ved kommunale institusjoner m.v. På bakgrunn av denne avtalen ble det før fastlegeforsøket startet foretatt en viss refordeling av disse oppgaver, slik at timeantall i bistillinger ble mer jevnt fordelt. Per idag har 75 av de 90 fastlegene slik bistilling. Samlet er det 490 timer pr uke i kommunalt forebyggende arbeid (helsestasjon eller skole) eller legestillinger ved institusjoner m.v. Av alt dette har fastleger 392 timer, mens 8 andre leger står for de resterende 98 timene.

Ved den siste refordeling var det uvilje hos noen leger å påta seg kommunale bistillinger. Men ingen nektet, slik at det heller ikke da ble nødvendig med noen beordring. Erfaringen hittil tilsier ikke at legene som mer eller mindre følte seg presset til å ta bistillinger er umotivert eller gjør en dårlig jobb. Kommunen har iallfall ikke motatt noen klager fra samarbeidspartnere som helsesøstre eller sykepleiere i institusjon.

Situasjonen i dag i relasjon til de fire hovedområdene av samfunnsmedisin

Jeg vil i det følgende se på de fire faglige hovedområder av samfunnsmedisinen, slik spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin har definert dem.

Epidemiologi og biostatistikk

En viktig oppgave er å frembringe statistikk som kan gi grunnlag til utvikling av «kommunedagnose» eller samfunnsrettet diagnose. Fastlegeforsøket har klart fremskyndet dataomleggingen i all-

menn-legepraksis. I dag har alle leger i fastlegeforsøket i Trondheim datajournal. Dermed har man et redskap til å kunne frambringe statistikk til slikt bruk. Dette arbeidet har såvidt begynt, og det gjenstår mange problemer: Selve dataprogrammene er fortsatt lite utviklet, og dels tungvint lagt opp angående statistikkrutiner. Legenes måter å registrere data på er fortsatt svært ulik og individuelt preget. Men arbeidet med standardiseringer er kommet i gang. Det første en har startet med er bruk av IPCP (klassifisering av diagnoser/problemer) på en enhetlig måte. Med seks engasjerte distriktsoverleger som koordinatore og pådrivere har vi et godt organisatorisk grunnlag til å få fastlegene med på dette.

Fastlegeordning som system stimulerer legene til aktiv deltagelse i denne typen fagutvikling. Fordi en nå har listestørrelse som nevner i enhver sammenligning, og samtidig vet alders- og kjønnsfordeling på listen, blir alle typer statistikk fra egen praksis mye mer meningsfull. Eksempler på dette er alders- og kjønnsfordeling på konsultasjoner, fordeling av diagnoser og diagnosegrupper, samarbeid med og henvisninger til spesialister, sykehus og andre deler av hjelpeapparatet, behandling, bruk av medikamenter, inkludert forskrivning av vanedannende medikamenter.

Forebyggende medisin, sosialmedisin
Det er ovenfor redegjort for hvor-

VELKOMMEN TIL
RANHEIM LEGESENTER
Sverre Svendsens vei 38
7053 RANHEIM

Åpningstid mandag - fredag
kl 08 - 16 /

Telefon mandag - fredag
kl 08 - 12 og 13 - 15

Tlf. 73571995
Fax: 73574430

PERSONELL VED RANHEIM
LEGESENTER:

LEGER:

Torgeir Fjermestad
Spesialist allmennmedisin
og samfunnsmedisin

Irene Hellevik
Spesialist i allmennmedisin

K. Kristensen
Spesialist i allmennmedisin

Walstad
Spesialist i allmennmedisin

SEKRETERER:

sekretær
sekretær
sekretær

dan forebyggende arbeid innen skole og helsestasjon er fordelt på et stort antall fastleger.

I vanlig legepraksis er den kurative delen dominerende, og dess lengre lister en lege har, dess mer dominerende blir den kurative delen. De syke som allerede sitter på venterommet blir naturligvis prioritert foran friske folk som kanskje en gang i fremtiden kan bli syke, og som ofte ikke er motivert for kontakt med helsevesenet. Men i nesten alle konsultasjoner for sykdom ligger det også en mulighet til å ta opp forebyggende aspekter. Når man utvider perspektivet på det forebyggende arbeidet til å omfatte primær-, sekundær-, og tertiærprofylakse, vil man se at en stor andel av konsultasjonene faktisk også har forebyggende aspekter. Det individrettede forebyggende potensialet er betydelig, og blir pr idag benyttet i altfor liten grad, og delvis usystematisk. Vi har hittil få data på omfanget av slikt forebyggende arbeid. Prioritering av dette er i stor grad avhengig av den enkelte leges arbeidsstil og innstilling.

En fastlegeordning, med et

varig, forpliktende ansvar for en definert del av befolkningen er i seg selv et incitament til å tenke forebygging. Leger i Trondheim er allerede idag i ferd med å se nærmere på Lægeforeningens livsløps kontrollprogram, med tanke på å innarbeide dette i den kliniske hverdag.

Å stimulere utviklingen i denne retning er en prosess som vil gå over lang tid. Forandringer av legens oppfatning av egen rolle og funksjon tar tid, og det er usikkert om man vil klare å dokumentere noe innenfor evalueringen av fastlegeforsøket.

Lange lister vil medvirke til at legenes arbeidsstil angående forebygging i konsultasjonen ikke forandres så raskt, fordi stort arbeidspress medfører at det kurative blir prioritert.

For sosialmedisinske problemstillinger på individnivå innebærer fastlegeordning at personer i drift, uten fast bopel, rusmiddelmissbrukere og andre utsatte også har fått sin lege. Før har disse grupper hatt et marginalt og tilfeldig forhold til legetjenesten, preget av dårlig kontinuitet. Selv om fastlegeordning slik den fungerer idag i stor grad forutsetter at pasienten selv tar initiativer, så finnes det nå en lege som andre instanser kan henvise til, en som har forpliktelser overfor pasienten. Ved innlegelser til avrusing, for intoksikasjoner m.v. har nå de andre aktører i helsevesenet et sted de kan sende epikrise. Det er derfor skapt en bedre forutsetning for god oppfølging av disse pasientene, og spesielt hvis pasientene selv er motivert. Her også er det sparsomt med data hvilke konsekvenser fastlegeforsøket har hatt hittil. Men ved intervju med leger sier mange at de har fått tildels betydelig mer problemstillinger av sosialmedisinsk art etter fastlegeforsøket startet.

Fastlegeordning er effektiv for å unngå «lege-shopping» for å få vanedannende medisiner. Dette er et problem først og fremst i større byer, hvor forholdene er mindre

oversiktlige. Selv om pasienter i en fastlegeordning i prinsippet kan gå til annen lege ved å betale høyere egenandel, viser praksis i Trondheim at dette sjeldent skjer.

Definerte pasientlister i et fastlegesystem gir en klart bedre mulighet til medisinsk oppfølging av utsatte pasientgrupper, som psykisk utviklingshemmede, enkelte undergrupper av eldre, og rusmisbrukere.

Miljørettet helsevern

Denne delen er ikke desentralisert til de seks distrikter i Trondheim. I enkeltsaker er det likevel en mulighet å engasjere distriktoverlegene. Det har allerede skjedd til ei viss grad, men det er begrenset hva distriktoverlegene kan utrette med 1/5 stilling. For de enkelte fastleger er det foreløpig ikke aktuelt med noen utspill på dette området.

Helseplanlegging og administrasjon

Modellen med seks distriktoverleger på deltid, samtidig som de er listeleger, gjør at man har etablert et godt bindeledd mellom legene og helseadministrasjonen. At de har lang erfaring i Trondheim, og nyter stor tillit blant de andre fastlegene gjør at det vil være lettere å realisere planer og målsettinger. Noen legesentre har påbegynt arbeid med årsmelding om sin virksomhet, noe som hittil har vært et helt ukjent begrep blant leger i privat praksis. Flere legesentre har laget sine egne praksisbrosjyrer der en informerer sine pasienter om hvordan en skal brukes og hva en kan bistå med. Dette viser at fastlegeordning har vært et incitament for legesentrene til å profilere seg, til i større grad tenke gjennom og planlegge sin virksomhet og ikke bare passivt «ekspedere» de henvendelser man får.

Kvalitetssikring av egen virksomhet blir i mange henseende lettere i et fastlegesystem. Når man vet størrelsen på sin praksis vil alle typer sammenligninger bli mye mer relevant. Sammenligning av

egen praksis mot andre leger kan m.a. omfatte henvisningspraksis til sykehus og spesialister, sykemeldingspraksis, bruk av vanedannende medisiner og rekvirering av spesialundersøkelser. Gjennom disse forholdene fremkommer legenes «portåpner»- og «portvakt»-funksjon på en tydelig måte, noe som har stor betydning for bruk av helseressurser.

Oppsummering og konklusjon

Erfaringene i Trondheim hittil indikerer at fastlegeordningen er et redskap som på en bedre måte vil ivareta samfunnsmedisinske forhold. Den definering av ansvar som pasientlisten innebærer er et nyttig utgangspunkt, også i et samfunnsmedisinsk perspektiv.

Men en fastlegeordning vil ikke *automatisk* innebære bedre ivaretaging av samfunnsmedisinske perspektiver. En nødvendig forutsetning er å utvikle en organisasjonsmodell som gjør det mulig å bruke de fordeler som ligger i systemet. I Trondheim mener vi at grunnlaget for dette er lagt, med de seks distriktoverlegene som kanskje den viktigste brikke. Bindeleddet de utvikler med de andre legene tror vi vil ha stor betydning for samfunnsmedisinsk arbeid. Trondheim har hatt fordel av at de allmennpraktiserende legene som gruppe så og si som en del av sin «ideologi» har sett det som sin oppgave også å påta seg legearbeid i helsestasjon, skole og kommunal institusjon. Disse kommunale bistillingene er fordelt på de fleste legene, uten at en har måttet benytte beordring. Hvor mye av Trondheims modell som kan anvendes av andre kommuner/byer er usikkert, nettopp fordi lokale forhold, lokal organisering og ulike «kulturer» i legegruppene klart vil legge premisser for hva som er mulig å realisere.

*Torgeir Fjermestad
Ranheim Legesenter
Sverre Svendsens vei 38
7053 Ranheim*

Enkelt og effektivt mot astma!

Velg Lomudal med inhalasjonskammer
som alternativ til forstøverapparat.

- Ingen koordinering
- Effektiv¹
- Unik sikkerhetsprofil²



LOMUDAL[®] INHALASJONSAEROSOL
5 mg/dose er et godt antiinflammatorisk
alternativ ved behandling av astma bronchiale
og bronkial hyperreaktivitet³

LOMUDAL[®] INHALASJONSAEROSOL
kan kobles direkte på FISIONS eget
inhalasjonskammer FISONAIR[®].
Til VOLUMATIC[®] og NEBULATOR[®]
inhalasjonskammer trenger
man et enkelt mellomstykke
som kan skaffes uten ekstra
kostnader på nærmeste ap-
tek eller direkte fra FISIONS
NORWAY A/S.

- Ref.: 1. Zannon P., Monaldi Arch Dis 1994; 49: 3,258-264.
2. Edwards, A.M., Clinical and Experimental Allergy, 1994,
volume 24, 612-623.
3. International Consensus Report on Diagnosis and
Management of Asthma. National Heart, Lung and Blood
Institute. USA, June 1992.

FISIONS
Pharmaceuticals

Grini Næringspark 15, 1345 Østerås.
Tlf. 67.14.72.50. Fax: 67.14.36.56.

FAKTA OM LOMUDAL[®] ANTASTMATIKUM

INHALASJONSAEROSOL 5 MG/dose: Hver dose inneh.: Natri cromoglicat 5mg, sorbitan, triclosan (tetrafluordichlorethan, difluordichlormethan) q.s.

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

INHALASJONSVÆSKE 10mg/ml: Hver dose (ampulle) inneh.: Natri cromoglicat 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. Videre hemmes aktivering og frigjøring av mediatorsubstanser fra eosinofile celler. En mulig virkingsmekanisme er også en afferent, vagal refleksbuehemming, som forhindrer både den tidlige og senne astmatiske reaksjonen i lungene. 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 eventuell bronkokonstriksjon først behandles slik at pasienten er bronkodilert. Bronkokonstriksjon forårsaket av allergen, anstrengelse, kald luft og kjemiske irritanter kan imidlertid forebygges av en dose natriumkromoglikatinntatt straks før eksponering. Kan også gi effekt i tilfeller der utløsende allergen ikke er kjent eller mistenkt, ikke er kjent eller mistenkt.

Indikasjoner: Astma 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: Inntatt: 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 anstrengelsesutløst astma, bør preparatet brukes kort tid før (10-15 minutter) før anstrengelse. En ekstra dose kan iblant behøves straks for anstrengelsen, eller under eksponering av andre utløsende faktorer. Ved langvarig anstrengelse bør det doseres hver annen time. Dersom behandlingen av en eller annen grunn må avbrytes, bør dosen gradvis reduseres under medisinsk kontroll. Inhalasjonspulver: Voksne og barn: Inntatt: 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. Inhalasjonsvæske: Voksne og barn: Inntatt: 1 ampulle 4 ganger daglig. Ved alvorlige tilfeller: 1 ampulle hver 3. time, eller 5-6 ganger pr. dag.

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. 298.10 Med Spinhaler: 100 stk. kr. 324.80. Inhalasjonsvæske: Plastamp.: 120x2ml. kr. 511.00.

Planlegging av helsetjenester i et fastlegesystem

Tekst: Lars Nygård



Lars Nygård, 50 år, psykolog. Tidligere forsker ved Norsk gerontologisk Institutt, amanuensis ved Nordland Distrikthøyskole, seniorforsker ved Norsk Institutt for Sykehusforskning. Nå kommunaldirektør for helse- og omsorg i Trondheim Kommune.

Fastlegesystemet har gitt større ansvar, mer kunnskap og nye muligheter for målrettet planinnsats. Jeg vil i det følgende gi kommentarer til hver av disse 3 stikkordene.

Større ansvar

Fastlegesystemet har introdusert et nytt *formelt* ansvar. Den enkelte lege vet nå nøyaktig hvilke pasienter en har ansvar for. Den enkelte lege som er med i systemet kan ikke unndra seg dette ansvaret.

Foredrag Sosial- og helsedepartementets oppsummerende seminar om fastlegeforsøket, Tromsø 30-31/3 1995

Fastlegesystemet har gjort legetjenesten tilgjengelig for *hele befolkningen* i den forstand at også marginaliserte grupper av befolkningen har sin faste lege i tillegg til legevakta.

Dette formelle ansvaret er vesentlig, og vil trolig bli av større betydning når systemet festner seg. Likevel ser vi en enda større betydning i det jeg vil kalle et større og utvidet ansvar som følge av at nye forventninger er skapt, en ny forståelse, en endret kognisjon og en ny ideologi er etablert både hos legene og i befolkningen.

Ny forståelse hos legene

At en ny forståelse ble etablert hos legene, var tydelig på den enkelte leges reaksjon etter at befolkningens legevvalg var gjennomført. Mange følte seg beæret av at så mange hadde valgt en selv, noen ble deprimert ved å se hvem som *ikke* hadde valgt en selv. Dette viser at den enkelte lege opplevde et nytt og *personlig* forhold til sin listepopulasjonen. Legen fikk ansvar for et bestemt antall navngitte mennesker. Legens ansvar ble *kontinuerlig* med plikt til nødvendig oppfølging, i motsetning til tidligere der ansvaret i prinsippet opphørte når pasienten gikk ut døra. Et slikt utvidet og personlig ansvar hadde også *delvis* eksistert tidligere. Det nye er at hele befolkningen nå er omfattet av et slikt personlig erkjent ansvar fra en lege. Erkjennelsen av å ha et definert og personlig fagansvar som dette har gitt grunnlag for en ny og endret refleksjon av hva primærlegens rolle og funksjon er – det skaper grunnlag for en fornyet forståelse av hva primærlegens ansvar består i.

La meg ta et enkelt eksempel. Tidligere har dårlig telefontilgjengelighet vært en måte som populære, godt etablerte legesentra har benyttet for å heve terskelen for nye pasienter for slik å kunne «overleve» i en overoppfylt praksis. Denne terskelen er ikke lenger nødvendig. Nå arbeider de samme legesentra for forbedret telefontilgjengelighet fordi dette er en vesentlig del av servicen overfor *sine* pasienter.

Ny forståelse i befolkningen

Langt den største del av befolkningen *vet* hvem som er sin primærlege. Vi kan gå ut i fra at dette gir økt trygghet, selv om vi ikke har direkte empiri som viser dette. Den vesentlige endrete *forståelsen* i befolkningen er at forventninger og ønsker om legetjenester har fått *en klar adresse*. En borger som tidligere ikke kom i kontakt med lege, ringte stadig nye leger i håp om til slutt å få kontakt, de henvente seg til legevakta eller de ringte kommunaldirektøren og beklaget seg over at kommunen også på dette området sviktet. Når noen ringer og beklager seg over tilgjengeligheten nå, har frustasjonene en klar adresse: Det er NN som ikke er til stede.

Endret rolleforståelse hos helsepersonell

Vi merker også en endret rolleforståelse mellom primærleger og samarbeidende helsearbeidere. La meg bruke hjemmesykepleiens ansvar overfor sterkt omsorgstrequende hjemmeboende som eksempel. Det er mange grunner til at hjemmesykepleien har fått seg tillagt et tilnærmet totalansvar

for denne målgruppen. Primærlegen har for flertallet i denne målgruppen vært fraværende som samarbeidspartner. Det har vært sykepleieren som har tatt ansvar for at den omsorgstrengende fikk legetilsyn. Spissformulert er det sykepleieren som har lagt press på en erfaringsmessig «snill» primærlege slik at legetilsyn kunne finne sted. I dag ser vi tilløp til at primærlegene selv tar kontakt med hjemmesykepleien for å diskutere hvordan den enkelte skal ivareta sitt medisinske ansvar overfor sine pasienter i denne målgruppen.

Fastlegesystemet har altså etablert et nytt om enn noe uklart, formelt ansvar. Det vesentligste er at fastlegesystemet har etablert endrete og nye forventninger, en endret forståelse og kognisjon av hva primærlegeansvaret er både hos deltakende leger, befolkningen og samarbeidende helsearbeidere. Denne endrete forståelsen representerer en betydelig kraft i utviklingen av den kommunale helsetjeneste – en kraft som som vi i dag ser konturene av, men som vil vokse i styrke.

Mer kunnskap og nye muligheter til målrettet planinnsats

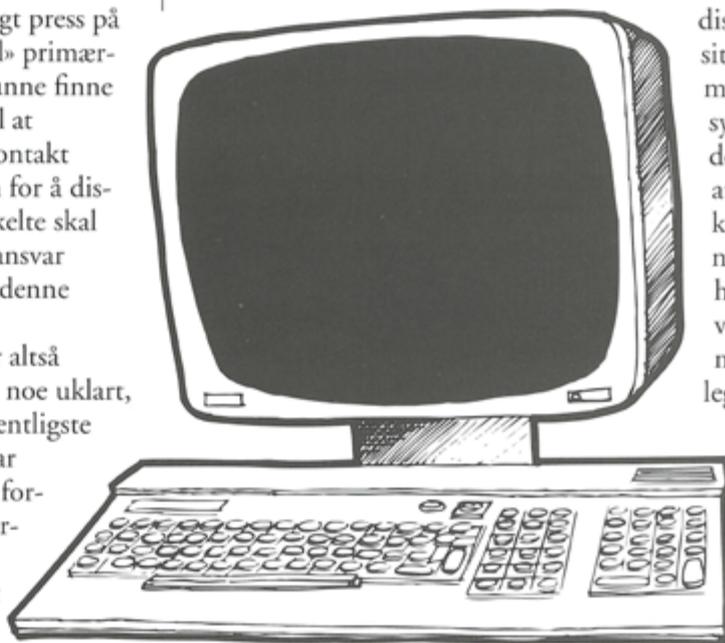
Også denne gjennomgangen vil vise at fastlegesystemet har introdusert et endret og utvidet ansvar. Jeg vil dele disse kommentarene inn på følgende måte:

- mer kunnskap og nye muligheter som vi allerede har tatt i bruk
- mer kunnskap og nye muligheter som vi er i ferd med å ta i bruk
- mer kunnskap og nye muligheter som vi kan ta i bruk en gang i framtida etter et utviklingsarbeid

Mer kunnskap og nye muligheter som vi allerede har tatt i bruk

Vi har i dag langt bedre kunnskap

om variasjoner i legedekningen og variasjoner på indikatorer som måler *service* og *tilgjengelighet*. Vi kjenner i dag listelengden for den enkelte lege og i ulike bydeler. Dermed har vi også kunnskap om



hvor det er ledig kapasitet, og hvor kapasiteten er sprengt. Vi kjenner ventetiden for den enkelte lege og dermed også i de enkelte bydeler – ventetiden både for en vanlig uprioritert konsultasjon, og ventetiden for neste ledige time for prioritert konsultasjon. Vi har også mål på telefonilgjengeligheten – hvor mange anrop som blir besvart og utviklinga av besvarte anrop. Siden fastlegesystemet ble etablert, har det vært en positiv utvikling i Trondheim både når det gjelder ventetid og tilgjengelighet. Den enkelte lege har fått individuell tilbakemelding om hvordan en selv står i forhold til byens/bydelens gjennomsnitt. Jeg har tidligere gitt honnør til deltakende leger for at de har tatt denne tilbakemeldingen på alvor og f.eks. forbedret telefonilgjengeligheten.

Kommunens ansvar er å sørge for en *tilgjengelig* legetjeneste som oppfyller grunnleggende servicekrav. Fastlegesystemet har gitt kommunen mulighet for å følge med og også legge til rette for de sider ved legetjenesten som kom-

munen har et direkte ansvar for.

Vi har i dag også muligheter til ut fra parametre som alder og kjønn å antyde noe om pasienttyngden fra listen til den enkelte legen. Med utgangspunkt fra Trondheim har det pågått en diskusjon om kvinnelige legers situasjon etter at fastlegesystemet ble introdusert. Fastlegesystemets muligheter for dokumentasjon har bidratt til at synsing er erstattet med kunnskap i denne diskusjonen. Vi kan også analysere hvordan forbruket av legevaktjenester varierer i takt med kjennetegn ved ulike leger/legesentra. Denne kunnskapen kan vi gi som tilbakemelding til den enkelte lege slik at vedkommende eventuelt kan justere sin arbeidsmåte.

Mer kunnskap og nye muligheter som vi er

i ferd med å ta i bruk

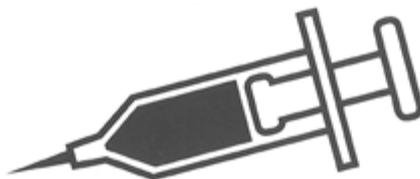
I kommende virksomhetsplan for avdeling helse og omsorg i Trondheim vil det stå at vi skal reetablere primærlegens medisinske ansvar for omsorgstrengende som bor hjemme. Det er ikke minst vesentlig å ta tak i samarbeidet mellom sykehus og primærhelsetjenesten for pasienter som trenger sammensatte tjenester etter sykehusopphold. Tidligere har hjemmesykepleien i stor grad stått for samarbeidet med sykehuset i forbindelse med utskrivningen der innleggende lege – noe spissformulert – har fått epikrisen tilsendt for arkivering lenge etter pasienten er kommet hjem. Fastlegesystemet gir mulighet til å kvalitetsforbedre selve samhandlinga ved utskrivninga og oppfølginga etter utskrivninga. En skal forplikte primærkontakten i hjemmesykepleien og pasientens fastlege til å samarbeide omkring utskrivninga, avklare problemer og lage strategier for oppfølginga hjemme.

Et slikt forpliktende samarbeid har også delvis vært tilstede tidlige-

re. En kan gjennomføre denne typen samarbeid uavhengig av fastlegesystemet. Likevel har fastlegesystemet gitt en ny mulighet til å få dette samarbeidet til i praksis. Muligheten ligger for det første i at den enkelte primærlege nå vet hvilken pasient en har ansvar for, og hjemmesykepleien vet hvilken lege en skal samarbeide med. For det andre kan primærlegen gå inn i dette samarbeidet, fordi en ser at ansvaret er overkommelig. Den enkelte har ikke ansvar for flere enn de som står på vedkommedes liste, og en kan samarbeide med hjemmesykepleien uten å bli oppfattet som «snill» med den risiko at en dermed ble «overkjørt» med stadig nye henvendelser. Kommunens ansvar i denne forbindelse blir å lage prosedyrer og være tydelig på konkrete, realistiske forventninger til samarbeidende helsearbeidere.

Tilsvarende utfordringer gjelder for målgruppen psykiatriske pasienter. Som gruppe har disse den dårligste livskvalitet og er et satsningsområde både for Regjeringa og for avdelinga. Vi har gått inn i et samarbeid med fylkets psykiatriske spesialisttjenester. Begge forvaltningsnivåene har foretatt en felles kartlegging av ca. 600 langtidpsykiatriske pasienter, og utarbeider nå i fellesskap individuelle tiltaksplaner som skal resultere i en felles virksomhetsplan. Vi hadde gjennomført dette opplegget i samarbeid med fylket uten fastlegesystemet. Imidlertid har fastlegesystemet gitt meg større tro på at vi i praksis skal make å gi et bedre tilbud til målgruppen fordi fastlegesystemet gir primærlegen en realistisk mulighet til medisinsk oppfølging av enkeltpasientene. Igjen er stikkordene at primærlegen vet hvilke pasienter en har ansvar for og at dette ansvaret er overkommelig. Kommunens planleggingsansvar er å sørge for rammen i samarbeidet med fylket, tilveiebringe basistjenester som bolig og arbeids- og fritidstiltak, og være tydelig på forventningene til helse-

arbeiderne. Uten fastlegesystemet ser jeg for meg at kommunen måtte tilsette en kommunal psykiater for å følge opp satsingen på målgruppen, i relativ isolasjon fra primærlegene. Takket være samarbeidsavtalen med fylkets psykiatri og fastlegesystemet tror jeg primærhelsetjenesten selv vil kunne ta ansvar for målgruppen og hente inn andrelinjetjenestens ekspertise i et



samarbeid. Om to år vil jeg vite i hvor stor grad jeg er barnslig optimist.

Den tredje målgruppen hvor vi er i ferd med å ta i bruk fastlegesystemets nye muligheter er personer med begynnende eller hurtig tap av funksjonssvikt. Generell kunnskap tilsier at helsetjenesten har mye å hente ved raskt innsats overfor denne målgruppen. Fastlegesystemet gjør at primærlegene samlet har oversikt over tilnærmet hele denne gruppa. Kommunens ansvar blir å gi primærlegen et redskap for oppfølging av denne typen enkeltpasienter ved at den øvrige helse, omsorg og sosialtjeneste er tilgjengelig.

Mer kunnskap og nye muligheter som kan tas i bruk i framtida etter et utviklingsarbeid

Fastlegeregisteret gjør at en eksakt kan beskrive den enkelte leges pasientpopulasjon. Fordi hver enkelt pasient nå bare har en journal kan også innholdet i legens tilbud beskrives. En kan altså både beskrive karakteristika ved den enkelte leges pasienter, samtidig som en kan beskrive det medisinske tilbudet disse pasientene får. Umiddelbart kan en ikke kople disse to datasettene. Her trengs praktisk utviklingsarbeid og for-

melle avklaringer Dette utviklingsarbeidet er kommet i gang i regi av Rikstrygdeverket. Blant annet har Rikstrygdeverket opprettet en arbeidsgruppe som skal utvikle såkalte *praksisprofiler* der disse data skal benyttes.

Dette åpner for en ny æra for målrettet helseplanlegging i kommunene. En slik mulighet skulle umiddelbart vært benyttet til å besvare to preserende lokale spørsmål: Er det en overhyppighet i astma og allergi problemer i boområdene i nærheten av forbrenningsanlegget i Heimdal bydel? Og: Er det overhyppighet av luftveislager i området langs Elgesetergt. – det området i byen som i størst grad er plaget med trafikkstøv?

De to spørsmålene jeg har nevnt fra den dagsaktuelle debatten i Trondheim er eksempler på hvordan en kopling av pasientpopulasjonene og fastlegeregisteret kan gi helseplanleggeren *statistikk over syketilfeller*. Den andre muligheten er å *sammenligne/produere komparative data* – å holde fram et speil som gir både helseplanleggerne og den enkelte lege mulighet for ut fra empiriske data å diskutere hva som er riktig bruk av helse-tjenester. Hvilken variasjon i medisinsk innhold er det mellom ulike leger? Dersom to leger har svært ulik praksis overfor to like pasientgrupper, kan dette selvsagt bety at pasientene ikke får likeverdige medisinske tilbud. Det kan imidlertid også bety at en praksis er bedre enn den andre fordi pasientene føler seg tryggere, fordi den gir bedre helseøkonomi, fordi den gir mindre bivirkninger, eller av andre årsaker. En beskrivelse av variasjonen i det medisinske tilbudet ulike leger gir samtidig som en kjenner karakteristika ved pasientpopulasjonene gir i alle fall inn-tak til å diskutere *hvorfor* det er slike forskjeller, og hensiktsmessigheten av disse.

Hvor mange over 70 år har ikke vært hos lege det siste året, og hvor bor disse? Følger legene opp sine langtidpsykiatriske pasienter

som står på lista? Hvordan varierer legekontakten mellom ulike aldersgrupper? Hvilke pasientgrupper bytter lege ofte? Listen over mulige og praktisk relevante spørsmål kan gjøres lang.

En del av de problemstillinger jeg her har nevnt ligger i grenselandet til det medisinsk-faglige ansvaret – altså legens individuelle fagansvar som kommunen hverken kan eller bør ta ansvar for. Jeg skal derfor ikke gå videre inn i en eksemplifisering av hvordan de nye mulighetene kan brukes rent faglig for å styrke og utvikle selve allmennmedisinens faginnhold.

Avslutning

Fastlegesystemet har gitt Trondheim et skikkelig løft i legetjenesten. For det første ga systemet

kommunen en mulighet til å bedre legedekningen vesentlig. For det andre var legevirkosomheten svært uorganisert ved oppstartstidspunktet. Det ble beregnet at Trondheim med en befolkning på 150 000 hadde ca 600 000 aktive legejournaler, noe som viser at det tidligere var svært mange usystematiske påkryss-og-tvers kontakter. Ut fra mitt ståsted er jeg positiv til de muligheter fastlegesystemet har gitt og sannsynlig vil gi befolkninga i Trondheim. Det vil bli opplevd svært negativt om en må gå tilbake til det gamle systemet. Når jeg tilkjenner dette er det vesentlig å holde fast på at mitt perspektiv er en storby – Norges tredje største by. Det kan ikke generaliseres ut fra Trondheims erfaringer. Dersom temaet f.eks. er

Oslo eller kommuner med få innbyggere og store avstander, er utgangspunktet et annet. Når erfaringene skal oppsummeres, er det avgjørende å være seg bevisst hva som kan generaliseres og ikke minst hva som *ikke kan generaliseres*. Derfor vil jeg direkte advare mot en løsrevet diskusjon som ikke relaterer erfaringene direkte til forsøkskommunens spesifikke forutsetninger. Dersom fastlegeforsøket skal danne grunnlag for en nasjonal reform betyr dette at reformen må etableres med store muligheter for lokale valg og lokale tilpasninger. Men dette er en annen diskusjon.

Lars Nygård
Repevn. 108
7053 Ranheim

Hva forebyggende helsearbeide også dreier seg om

Kommentar til leder i Utposten nr. 3-95

Da jeg flyttet ut i det nybyggerstrøket jeg fortsatt bor i, og hadde små barn løpende omkring, satte vi opp et stort skilt: «Kjør forsiktig, vi har ingen barn å miste». En kjent kollega var en av de verste råkjørerne, og vi snakket til ham – uten respons. Så kom kommunens fartsdumper. Da ble det plutselig 30 km/time og vår engstelse for barna avtok betydelig. Fartsdumper var tingen. Støtdempere og akslinger på bilene var viktigere enn barneliv. Konklusjon: bedre er vi ikke som mennesker. Vi må ha fartsdumper og styrende inngrep ovenfra i mange sammenhenger. Selv Solbakk er vel glad for at de

fleste ikke kjører på rødt lys når han selv begir seg ut i trafikken?

Braut lider trolig av den vanlige misforståelse/forenkling at resultatene av forebyggende helsearbeid først viser seg etter noen år. Feil. Fartsdumper gir effekt umiddelbart på ulykkesstatistikken. Alkoholrestriksjoner gir straks effekt på husbråk og vold osv.

Braut kritiserer oss for ikke å gå dypere inn i spørsmålet: Kva er det egentlig frie valet i et menneskeliv? I mitt innlegg nevner jeg noen eksempler på hvordan unge mennesker oftest blir presset eller lurt til å begynne å røyke/drikke. Gundersen mener det er en frihet å kunne tilføre seg nitrose gasser, kreftfremkallende stoffer, kullos og



blåsyre. Hans frihetsbegrep er besynderlig. Egentlig mener han vel innerst inne at kapitalsterke mennesker skal få tjene så mye penger de bare vil på å selge dødelige produkter. Jeg synes Braut burde ha diskutert dette frihetsbegrepet!

Og særlig vil jeg kritisere Braut for ikke å gripe fatt i det aller viktigste i saken, – det som jeg uttrykkelig tar opp i mitt innlegg: Hensynet til familie, nærmiljø, samfunn, – kort og godt andre mennesker. Det har med sunn fornuft og moral å gjøre.

Carl Ditlef Jacobsen,
1474 Nordbyhagen

Erfaring med listeadministrasjon som styringsmiddel

Tekst: Frode Veian



50 år. Cand.med Oslo -68. Spesialist i allmennmedisin og veileder i allmennmedisin. Turnustjeneste ved Sentralsykehuset i Akershus og Dovre/Lesja legedistrikt. Kommunelege, dvs. tilsynslege ved alders- og sykehjem og allmennpraksis i Stange 71-76. Distriktslege, senere kommunelege llhelsesjef i Lom 76-89, og fra -89 kommuneoverlege i Lillehammer frem til våren -93. Fra da av prosjektleder for Fastlegeforsøket i Lillehammer. Nå tilbake som kommuneoverlege og prosjektleder.

Med de rammer og virkemidler som i dag er gitt i Fastlegeordningen vil listeetableringsfasen være helt avgjørende for styring av helsetjenesten.

Hva bør listeetableringen ivareta?

Fordeling av pasienter på legenes liste som ivaretar mulighetene til å drive en allmennpraksis av god faglig standard og sikrer pasientrettighetene som ligger i systemet.

Sikre rammer for ivaretagelse av samfunnsmedisinske oppgaver.

Sikre tid til ivaretagelse av individrettete, ikke kurative oppgaver.

Sikre muligheter for ivaretagelse av tverrfaglig samarbeid.

Der det er aktuelt, sikring av et områdebasert tilbud.

Hvorfor er det viktig å ivareta disse hensyn ved listeetableringen?

Erfaringene med Fastlegeordningen til nå viser at «markedsmekanismer» ikke virker. Forhold som ventetid, tilgjengelighet og ivaretagelse av listeansvaret har bare en helt marginal betydning m.h.t. påvirkning i retning av legebytte.

Det viser seg at folk i liten grad skifter lege, endringene i listene er små.

Dog mener vi å kunne registrere en viss endring i den senere tid, etter som ordningen nå har gått seg til. Inntrykket er at det nå er noe mer bevegelse mellom listene og at folk er mer kjent med mulighetene for å bytte lege enn til å begynne med, uten at vi kan belegge det med tall.

I Lillehammer, med 24 000 innbyggere, har vi fra nyttår hatt en «listeendring» på ca 120 pr. mnd. Det omfatter bytting og tilflytting. I tillegg kommer fraflytting og naturlige endringer som følge av fødsler og dødsfall.

Listeetablering og listeutvikling i Lillehammer

Med 18 leger i forsøket har vi en legedekning tilnærmet eller så vidt bedre enn landsgjennomsnittet, 1/1335. Regnet om til rene allmennpraktikerårsverk 1/1520. I tillegg har vi etterhvert flere privatpraktiserende spesialister i hel- eller fortrinnsvis deltidspraksiser som «beiter» i det allmennmedisinske fagfeltet.

På den annen side tilkommer det ca 1000 studenter/skolelever som har rett til fast lege i Lillehammer.

I avtalen før forsøket ble det enighet om slike praksisgrenser i Lillehammer:

- Maksimum listestørrelse: 2 300
- Minstepraksis, fullt årsverk (allmennpraksis uten kommunal deltidspraksis): 1 000
- Tid i samfunnsmedisinsk virksomhet/kommunale deltidsoppgaver reduserte disse rammene forholdsvis, der nevneren var 37,5 timer pr. uke.

Disse rammene ble ved fellesvedtak blant legene sist høst endret til maks. 2000, minimum 1100.

Ved den primære tilmeldingen på Lillehammer var tilmeldingsprosenten 86.

Etter innbyggernes valg hadde tre leger fått over 2 000 personer på sine lister, den største var på ca 3 050. En nytilsatt lege, som ville tiltre stillingen etter at tilmeldingen hadde funnet sted fikk 27, seks leger fikk under 600. Selv om noen av dem hadde deltidspraksis kombinert med relativt omfattende

de kommunale bistillinger ville konsekvensene av listeetablering utelukkende basert på innbyggenes valg føre til at 5 – 6 leger ville mistet eksistensgrunnlag i form av privat allmennpraksis.

Hvordan har utviklingen vært, hva har man kunnet gjøre for listeutjevning?

Vi skal se litt nærmere på hva som videre er skjedd med de største og minste listene.

De største

3 av legene med de største listene ønsket reduksjon fra starten, de gikk gjennom listene og gav en oversikt over pasienter som tidligere ikke hadde vært hos dem, med anmodning om at trygdekontoret fjernet dem fra listene før tildelingsbrevet ble sendt ut. Men programmet ved trygdekontoret aksepterte ikke reduksjon etter legenes ønsker, dermed gikk brevene til befolkningen med legetildeling etter opprinnelig registrering.

De 3 legene og prosjektledelsen måtte deretter sende brev til hver av de samme personene som legene opprinnelig mente kunne gå ut av listene med anmodning om at de valgte annen lege. Det ble ikke gitt noen tidsfrist, utelukkende en oppfordring. Dette gav kun beskjeden respons.

Neste skritt var nytt brev til ytterligere 104 personer på den største listen med oppfordring om å bytte lege innen 3 uker. Hvis de ikke meldte bytte ville de bli omplassert. Dette var et tiltak mange kolleger og flere som arbeidet med Fastlegeforsøket anså som svært betenkelig. De mente det var å gripe for sterkt inn overfor individets rettigheter. Inngrepet gikk imidlertid meget bra, kun 4 av de tilskrevne klagde på bytte av lege.

5 lister ble sperret fra forsøksstart. Senere er ytterligere to til sperret. De er sperret enten fordi de er på over 2 000 eller etter legens eget ønske om maksimal praksisstørrelse. Sperring gir effekt, men effekten er langsom. Den

største listen er i løpet av 2 år redusert med 400 personer, de to andre som opprinnelig var ønsket redusert har skrumpet med vel 100 hver.

De minste listene

Pasienter som ikke valgte lege ble fordelt for å fylle opp lister (snaut 3 000).

Håpet ved innføring av en Fastlegeordning er på denne bakgrunn at man ikke får for høy tilmeldingsprosent.

Her ser vi også effekt. Legene ligger nå alle over opprinnelig minstepraksis, og nærmer seg den nye minstegrensen som ble vedtatt sist høst.

I tillegg til virkemidlet med stenging av lister har vi omgått prinsippet om fritt legevalg for studenter og tilflyttere til Lillehammer. De blir fordelt til leger med de forholdsvis minste listene, men i brevet om tildelt lege følger opplysning om at de kan bytte til annen lege med åpen liste hvis de skulle ønske det. Oversikt over leger med åpne lister følger også med.

Vi mener vi kan forsvare en slik praksis av følgende grunner:

- Utjevning av praksiser.
- De kjenner ikke legene fra før, og har således ikke grunnlag for noe valg.
- De ville ellers ha spurt seg til råds, og ville naturlig nok ha størst mulighet for å få anbefalt de legene med flest pasienter på listene.
- Få nyttilflyttete/studenter besvarte skjemaet om legevalg.

Vi oppnår gjennom tiltakene aktiv styring av nye brukere mot leger med færrest pasienter, samtidig som retten til fritt å velge lege skal være ivaretatt.

I Lillehammer har vi ikke valgt å ta geografiske hensyn ved fordeling av pasienter, men i mange kommuner vil det være naturlig å fordele pasienter etter bosted i kommunen.

Hvilken styring bør man ha ved listeetableringen?

Realistiske maksimumstak for listestørrelser må overholdes.

Områdefordeling der det er aktuelt.

Kjønnskvoltering av lister for de legene som ønsker det for å sikre en balansert allmennpraksis.

Maksimumsgrense (prosent) for personer over 75 år for de leger som ønsker det?

Samarbeidsutvalgets styring av listene

Samarbeidsutvalget har som hovedoppgave å styre pasientlister og ivareta pasienter og legers rettigheter og plikter i systemet. I Lillehammer består dette av nestformann i helse- og sosialstyret som leder, en representant valgt blant legene, en fra kommunens helseadministrasjon og trygdesjefen.

Av pasientsaker dreier det seg hovedsakelig om søknader om å komme til leger med sperrete lister, samt noen få søknader om ekstraordinært legebytte, de siste hovedsakelig fra narkomane. Utvalget har hatt 54 saker fra pasienter til behandling på snart 2 år, av disse er 2/3 innvilget.

Vi har hatt 3 søknader fra leger som ikke ønsker pasienter på sin liste. En ble innvilget i det man anså at tillitsforholdet var brutt ved at pasienten hadde gjort innbrudd på legens kontor. De to andre er avslått. Leger som ikke ønsker enkeltpersoner på sine lister har kun et virkemiddel: Stenging av listen. De får ikke adgang til pasientvalg.

Som man ser er det svært få søknader.

Etter en del uklarhet har man funnet ut at det i slike saker ikke er klagerett på Samarbeidsutvalgets, d.v.s. kommunens, avgjørelse. Her savner vi imidlertid en utredning og klare retningslinjer fra departementet.

Ellers lider forsøket av mangler på sanksjonsmidler der legene svikter i ivaretagelse av sitt listeansvar. →

Allmennmedisinsk hverdagskunnskap

Forskning og fagutvikling langs nye stier

Emnekurs arrangert av Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke i samarbeid med NSAM i forbindelse med NSAMs årsmøte i Sauda 23.-25. november 1995.

Kursleder: Kirsti Malterud
Hva vet vi egentlig om det vi gjør til daglig? Hvor mye av den allmennmedisinske virksomhet er forankret i dokumentert kunnskap, og hvor mye foregår fordi vi tror og mener at det er bra å gjøre slik? På noen felter vet vi at kunnskapsbasis er begrenset – f.eks. når det gjelder de «ubestemte» muskelskjelettplagene. Det er ikke godt å si noe fornuftig og velbegrunnet om årsak, diagnose og behandling. På andre felter vet vi kanskje ikke nok om våre egne blinde flekker. På dette kurset skal vi arbeide med å sette navn på de hvite flekkene på kartet, og vi skal vise fram redskap som kan brukes for den som er fristet av fagutvikling i egen praksis. Tilsammen blir dette et emnekurs på 15 timer.

Påmelding innen 1. oktober 1995 til NSAM, Institutt for allmennmedisin, postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo.

Program:

Torsdag 23.11.95:

Som erfarne fagfolk fra praksis og akademi skal vi første dag sammen identifisere felter som fortjener allmennmedisinsk forskning. Vårt virkemiddel er et *kunnskapsverksted* – en møteform som skal bidra til å gjøre erfaringer om til gyldig kunnskap. Vi skal arbeide for å få fram praksiserfaringer som viser vei til felter som fortjener nærmere utforskning. Dette kan være felter som står sentralt i klinisk allmennmedisinsk virksomhet, men likevel ikke er sterkt forankret i dokumentert kunnskap. Sammen kan vi sette ord på dette feltet, slik at det i neste omgang blir mulig å ta stilling til hva som er relevant forskningsstrategi.

Verkstedbestyrere:

Mette Brekke og Harald Kamps.

09.00–12.00 Kunnskapsverksted

12.00–13.00 Lunsj

13.00–16.00 Kunnskapsverksted
fortsetter

Fredag 24.11.95:

Andre kursdag skal vi dele metodekunnskap fra en verktøykasse



AFR

Allmennmedisinsk
Forskning Ryfylke

4130 Hjelmeland

for fagutvikling i praksis. Vi tilbyr innføring i enkle tilnærminger for den som ikke nødvendigvis vil være forsker, men som har lyst til å se nærmere på egen virksomhet.

08.45–09.15 Aksjonsforskning med og uten forskning.

Kirsti Malterud

09.15–10.45 Fra datajournal til systematisert praksiskunnskap.

Bjarne Bråtveit

11.00–12.15 Evidence based medicine.

John Cooper

12.15–13.15 Lunsj

13.15–14.45 Kvalitetssikring av konsultasjonen til hverdags.

Ole Jøssang

15.00–16.15 Fokusgrupper – hvorfor, når og hvordan? Janecke Thesen

16.30–17.00 Oppsummering – avslutning.

Kirsti Malterud

Ivaretagelse av tid til samfunnsmedisinske- og kommunale deltidsoppgaver

Vi har ikke vært flinke nok til det på Lillehammer.

Til nå har det vært en konsentrasjon om pasientlister og listeøking fra legenes side, og lav motivasjon for andre oppgaver. Vi har sett tendens til frasing av slike oppgaver, og måtte ved årsskiftet

for første gang gå til tilpliktelse av oppgaver etter det generelle avtaleverket, noe som skapte konflikter.

Det er et paradoks at det skjer i Lillehammer hvor vi har så god legedekning.

Med den lille bevegelsen det er i pasientlistene, vil dette muligens endre seg, at flere leger etterhvert vil finne det interessant å få flere ben å stå på, både faglig og økonomisk.

Det er helt avgjørende at kommunene ved innføring av en slik ordning er forutseende, har en god plan for slikt arbeid, og sørger for at det blir ivarettatt gjennom de individuelle avtalene med legene. Styringen ligger hos kommunen, hvis den ønsker slik styring.

Frode Veian

Slyngvn. 8, 2600 Lillehammer



JON JOHNSEN:

Effekter av behandling

Jon Johnsen: *Behandling av rusmiddelproblemer. En utredning om effekten av ulike behandlingsmetoder.*
Elizabeth Nygaard: *Samfunnsøkonomiske aspekter ved alkoholist-behandling.*

Rusmiddeldirektoratet/Sosial- og helsedepartementet, Oslo 1995.
140 sider. Gratis!

Anmeldt av Petter Øgar.

Rusmiddelproblemer utgjør et stort og ulystbetont helse- og sosialproblem. Det ulystbetonte er knyttet til mange forhold og de fleste (alle?) involverte parter. For meg som behandler har avmaktfølelsen ofte vært tyngst å bære. Avmaktfølelsen føder usikkerhet om egen faglig kompetanse. I flommen av allehånde trykksaker som renner inn på kontoret, ble dette heftet om behandling av rusmiddelproblemer derfor fisket opp og fortært. Det viste seg å være et lykkelig valg.

Johnsen er overlege dr. med. ved Incognito klinikk i Oslo. Hans stykke om behandling av rusmiddelproblemer utgjør hovedtyngden av boka og bygger på en omfattende litteraturgjennomgang. Det gis en kortfattet innføring i begrepsapparat, ulike former for rusmiddelproblem og måter å klassifisere disse på. Deretter går systematisk gjennom ulike behandlingsmetoder og det vitenskapelige belegg for deres effekt. Resultatet er heller nedslående for helsevesenets kollektive prestasjonsevne, men gir ikke grunn for oss allmennpraktikerne til å henge med hodet. Blant Johnsens konklusjoner vil jeg trekke fram følgende:



- Det er ikke en enkelt behandlingsmetode som er effektiv for alle personer med rusmiddelproblemer.
- En rekke studier har vist at behandling i institusjon ikke gir bedre resultater enn poliklinisk behandling.
- Kortvarig, motiverende rådgivning kan være effektivt og mer kostnadseffektivt enn mer omfattende og intens behandling.
- Egenskaper ved terapeuten har betydelig innvirkning på behandlingsresultatet. Empati og støtte gir bedre resultat enn konfrontasjon.
- Behandlingsresultatet påvirkes av samspillet mellom en rekke faktorer som pasientens motivasjon, sosial situasjon, personlighet og type rusmiddelproblem. Behandling av andre problemer enn rusmiddelproblemet kan forbedre resultatet.

Alt i alt er dette en kortfattet og god oppdatering på et omfattende, viktig, men ofte traurig område. Nygaards helseøkonomiske vurdering er nok mer for de spesielt interessert. □



BODIL NÆVDAL:

Ikke gråt, Merethe, bare drikk!

En skildring av kvinnelig alkoholisme i skjønnlitterær form

Lunde Forlag, 1995
193 sider, pris 195 kr

Anmeldt av Sonja Fossum

Igjen er en sommer over, det begynner å bli noen av dem. Igjen er de gjort til skamme, ambisjonene om å få lest faglitteraturen en travel hverdag nekter overskudd til. Når varm sommerdis tilsører minnet om gode forsetter, er det så alt for lett å gjøre som Oscar Wilde – motstå alt, unntatt fristelsene. Og blant dem er bøker, men ikke om fag.

Heldigvis er rasjonaliseringens gudegave gitt oss – vi gjør som vi vil, og finner etterpå gode grunner til at det var særs klokt. Av og til er det også det. Det var det i hvert fall i dette tilfellet. Jeg hadde lest anmeldelse av Bodil Nævdals bok (av Eilif Straume i Aftenposten, 2. august) og gikk straks til anskaffelse av et eksemplar. Halvannen feriedag gikk med til konsentrert lesning. Jeg opplevde ikke bare en fascinerende beskrivelse av et menneskes livskamp, men lærte i tillegg meget, både som menneske og som lege.

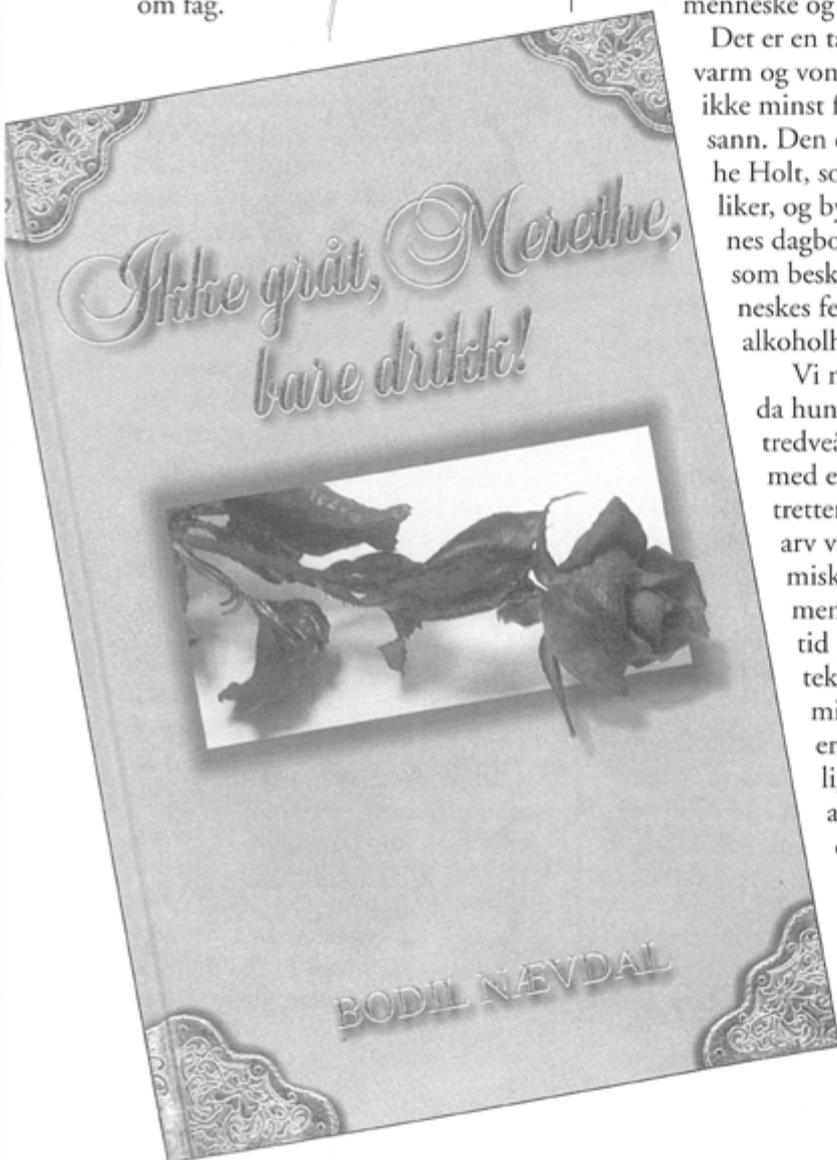
Det er en tankevekkende, varm og vond bok, vond ikke minst fordi den er sann. Den er om Merethe Holt, som var alkoholiker, og bygger på hennes dagboksnotater, som beskriver et menneskes ferd gjennom et alkoholhelvete.

Vi møter Merethe da hun var midt i tredveårene, gift og med en datter på tretten. Gjennom arv var hun økonomisk uavhengig, men arbeidet deltid på et bibliotek. Hvordan misbruket startet er uklart. Arvelig disposisjon antydes; farfar drakk, far var totalavholdsmann. Antagelig startet misbruket som det ofte

gjør, i det små, med uskyldige rødvinmiddager og drinker før og etter maten, slik vi lærer at det gode liv føres. Et sted på veien passerte hun den usynlige grensen til tap av kontroll. Og raket inn i et alkoholstinkende inferno.

Åpenbart forsøkte ingen å stoppe henne, ingen så det vel før det var for sent. Hun oppdaget at grensen var krysset, men fryktet bare at omgivelsene skulle oppdage det, brød seg ikke om at hun ble full, bare ingen så det. Så dyktig narret hun seg selv at hun var overbevist om at ingen visste. Inntil alt brast, og det viste seg at alle gjorde det. Moren visste, men henvendte seg til sin gud og ikke til Merethe. Mannen visste, men sa ikke noe før det ble så mye at han ikke orket mer og gikk. Og datteren visste. Hun blir imidlertid til slutt den eneste som kunne gi hjelp. Således illustrerer boken omgivelsenes hjelpeløshet og passivitet under Merethes ferd mot sin egen destruksjon.

«Visst hadde det sine sider å gå på fylla og leve i paradiset for en kort stund, da det gnistret og spraket i tilværelsen. Men festfyrverket varte for kort. Så fulgte det som var forferdelig, som ga kvaler og selvforakt. Det var som om hun ikke kunne mobilisere krefter til å sette på bremsen, ville det heller ikke.» «På en taburett i kjøkkenet med et vodkaglass foran seg på bordet, sank hun igjen ned i sine grublerier. Hva var det som hadde gått så galt i livet hennes? Det er avhengigheten, som skaper egoismen, resonerte hun, alt slitet med å dekke over, gjemme unna og skaffe nye flasker.» «Det var



alkoholen som var skyld i at hun var havnet hvor hun var. Hvordan var det forresten mulig å ha selvtilit, når hele hennes lille snevre verden var omgitt av flasker og glass, bortgjemt overalt.»

Boken gir et usentimentalt bilde av en ressursterk kvinne som føler at hun ingen oppgaver har i livet, bortsett fra å oppdra datteren. Men slik blir det etterhvert at det er datteren som må oppdra moren. Og så skjer faktisk det at Merethe klarer å snu ved egen og ved datterens hjelp. I en bok om AA lærte hun at hun måtte ha noe annet å sette i stedet for alkoholen. Merethe fant noe annet, ikke store, dype ting, men nok til å overvinne misbruket. Vi opplever et ressursterkt menneskes ødeleggelse, men tar også del i hennes seier over alkoholismen. Meningsløst blir det ikke selv da livet hennes kort etter brått tar slutt.

Boken fortjener mange lesere. Den beskriver en ikke uvanlig kvinneskjebne. Ikke minst fortjener den leger som lesere. Det ingen tvil om at det er en sterk anriking av hennes lidelsesfeller blant våre pasienter, selvom jeg utrolig nok har opplevd kolleger som påstår at de aldri møter pasienter med psykiske problemer i sin allmennpraksis (!). Dessuten tåler kvinner mindre alkohol enn

menn, blir raskere avhengige og er lettere utsatt for fordømmelse. Likevel overser vi ofte problemet. Godt hjulpet av pastiller, sminke og forstillelse, skaper disse kvinnene en nærmest uigjennomtrengelig fasade.

Det er ingen lærebok om alkoholisme, men en nærgående, intens beskrivelse av en kvinnelig alkoholiker og hennes kamp. Den beskriver rusens behag og ubehag. Den beskriver depresjon og angst uten rus. Den vedrører oss, fordi det er en allmennmenneskelig kamp mot et vanskelig liv, notert ned av et reflektert menneske, videreformidlet av en dyktig forfatter som har klart å lage et dokument der skillet mellom dagboknotater og skjønnlitteratur viskes ut.

Så kan vi, som Jeppe, spørre om hvorfor noen drikker. Genetikk betyr utvilsomt noe, men ikke alt. Hva er det som gir viljen til rus? Og hva er det som gir styrken til å stå imot? De siste årene har gitt oss innblikk i fascinerende kvinneskikkelser fra en annen del av vår klode, fra Kina, formidlet gjennom fremragende filmer og stor litteratur. Etter vår målestokk har disse kvinnene hatt forferdelige liv. Likevel er det ikke depresjon eller oppgitthet som har preget dem, men tvertom en utrolig selvoppholdelsesdrift. Omvendt, ta

filosofen Ludvig Wittgenstein, rikmannsønnen som hadde alt, men hele livet var plaget av depresjon og selvmordstanker. Han hadde det best ved fronten under Første Verdenskrig, jo farligere jo bedre – det kunne fordrive depresjonene. Når krigen ikke lenger kunne fordrive demonene skjenket han bort hele sin enorme formue – sikkert instinktivt riktig, for nød kan være godt for et nevrotisk sinn.

Disse digresjonene, som på enkleste vis skal antyde at omgivelsene også har betydning, bringer meg tilbake til utgangspunktet, sommeren som ikke ble brukt til fag og vår evne til å rasjonalisere. Når jeg etter sommeren vender tilbake til kontoret, har jeg ikke all verdens dårlige samvittighet over at faglitteraturen igjen forble uåpnet. Tvertom tror jeg at jeg gjorde et godt valg da jeg i stedet foretrakk skjønnlitteratur. Det er nemlig ikke de omfangsrrike, medisinske lærebøkene som gir oss de mest verdifulle kunnskapene om menneskesinnet. Først og fremst er det våre egne erfaringer som levende, deltakende mennesker, beriket med tanker og skjebner vi møter, direkte eller formidlet gjennom ekte, godt skrevet litteratur. Bodil Nævdals bok er nettopp det. Den kan anbefales, også til dem som ikke er flinke til å rasjonalisere. □

Utposten gratulerer!

I forbindelse med årets Solstrandkurs (i juni), ble det tradisjonen tro utdelt en Solstrandpris på bakgrunn av en innsendt oppgavebesvarelse. Den fortjente vinner er en «grand lady» i norsk allmennmedisin: Berit Tveit.



Årets prisoppgave lyder slik: Norsk Allmennmedisin om 10 år. Hvordan tror du og hvordan ønsker du at allmennlegen arbeider om 10 år? Hvilke rammebetingelser vil lette/vanskeliggjøre en ønsket utvikling?

Utposten vil i et senere nr. hilse nærmere på prisvinneren.

Bør allmennpraktikeren ha ansvaret for det forebyggende helsearbeid for barn?

Tanker omkring helsestasjonslegens og skolelegens forhold til den faste allmennlegen

Tekst: Olav Thorsen



Spesialist i allmennmedisin. Tidligere kommunelege i Stavanger i 12 år, nå privat allmennpraksis i sentrum. Medforfatter for to bøker om helseopplysning. Tidligere NSAM-leder. Sitter i Apf's Fagutvalg og NSAMs Kvalitetsutvalg.

På helsestasjonene, og for en stor del også på skolelegekontorene gjøres det i dag legearbeid som burde vært overført til barnets faste lege. Mange allmennleger ønsker nå et totalansvar for barnet, det vil si både kurativt og forebyggende. Det å skille disse to sidene ved legearbeidet på forskjellige leger, slik det gjøres i Norge i dag er både faglig lite tilfredsstillende, upraktisk, uøkonomisk og ikke i tråd med pasientenes ønsker.

Historikk

Helsestasjonen er blitt til i en tid hvor det var få allmennleger i Norge og hvor legene nesten utelukkende drev en kurativ legetjeneste. Helsestasjonene ble dannet for å ta vare på det forebyggende aspektet, først og fremst fysiske forhold (ernæring, vaksiner, oppvekstvilkår), men også etterhvert den mentale helse. Etterhvert er allmennlegene blitt flinkere til å tenke helhetlig og mange ønsker nå også å bidra med forebyggende helsetjeneste overfor sine pasienter.

Ansvarsområder for det forebyggende legearbeid

Helsestasjonene og skolehelsetjenesten er i hovedsak ment å være *grupperettet*, dvs. rettet mot årsklasser av barn og unge (nyfødte, skolebarn, klasser). Imidlertid har mye av tjenesten mange steder utviklet seg til nesten utelukkende å være *individrettet*. For legene fører dette til at man som helsestasjons- eller skolelege driver med undersøkelser og utredninger som hører hjemme i en vanlig allmennpraksis. Mange helsestasjons- og skoleleger føler at de dermed «trækker i andres legers bed» ved at de utreder og til dels behandler andre legers faste pasienter.

Helsestasjonslegens arbeid i dag er preget av:

- * Rutinekontroller: 6 uker, 3 mndr, 6 mndr, 1 år, 2 år, 4 år.

- * Ofte «dødtid» mellom hvert barn, fordi legen venter på at helsesøster skal bli ferdig med sin undersøkelse. Dette fører til dårlig utnytting av legens tid.
- * De færreste leger deltar i grupperettet virksomhet.
- * Helsestasjonslegen er oftest en annen en familiens faste lege.
- * Helsestasjonslegen har ofte ikke tilgang på epikriser og oversikt over tidligere sykdommer som den faste legen har i sin journal.
- * Dårlig kontinuitet blant helsestasjonslegene. Barn og foreldre møter stadig nye leger på kontrollene.

Skolelegens arbeid i dag er preget av:

- * En «helsjekk» av alle barn før skolestart, deretter kun selektive (individuelle) undersøkelser.
- * Det gjøres somatiske undersøkelser og utredninger som kunne og burde vært utført hos egen allmennlege.
- * Tilfeldig kontakt med skolen og lærerne, deltakelse i møter ol. om elevene.
- * Av og til deltakelse i klasse- eller gruppeundervisning.
- * Ofte ikke opplysninger om tidligere sykdommer og innleggelses som finnes i pasientens journal hos pasientens faste lege.
- * Lite samarbeid mellom skolelegen og elevens faste lege.
- * Legen brukes ofte som den som



- Manglende definert ansvar for barnets/elevens helse/sykdom.

Hvorfor ikke la den faste legen foretar helsekontrollene?

Norge er i ferd med å innføre et mere helhetlig ansvar for pasientene, ved at hver allmennlege får en liste med en pasientpopulasjon om han/hun har ansvaret for. I

Danmark, hvor man har hatt et slikt listepasient-system i mange år (1) har legene samtidig hatt ansvaret

for det forebyggende helsearbeidet for sine pasientbarn (2).

Det foreslås en ny modell hvor den faste familielegen får ansvaret for det forebyggende helsearbeidet for sin pasientpopulasjon av barn og unge. Dette er det lang tradisjon på i de land som har hatt en fastlege/listepasientordning, Danmark, England o.a.

- * Helsesøster (eller lege) kan ha ansvaret for vaksiner, syn, hørsel, vekt, lengde.
- * Helsestasjonsjournalen oppbevares av enten helsesøster eller av familien selv (som i Frankrike) og tas med til egen lege som fyller ut den aktuelle undersøkelsen.
- * Helsesøster får et utvidet ansvar i forhold til hjemmebesøk og oppfølging i hjemmene (som i Danmark og England), eventuelt i samarbeid med hjemmesykepleien.
- * For spesielle risikobarn/familier opprettes ansvarsgrupper hvor den faste legen inngår som naturlig part.

Fordeler med en ny ordning

- * Den faste legen for familien har ansvaret for både forebyggende og kurativt legearbeid.

- * Legen har kontrollene av sine barn på eget kontor. Dette er effektivt for legen, uten dødtid.
- * En lege har ansvaret for barnet (familien).
- * Økonomisk for samfunnet, kun betaling for tjenesten (ikke for unødvendig utstyr, lokaler, tid).
- * Kontinuitet i lege-pasientforholdet. En lege hele tiden.

Ulemper

- Helsesøster må forholde seg til flere leger.
- Helsesøster møter legene kun på avtalte møter.
- Legen får mindre kontakt med helsesøster, fysioterapeut, skole

Helsestasjonslegen og skolelegen spiller i dag sannsynligvis en mindre betydningsfull rolle enn noen gang tidligere. Folk går nå oftere til sin faste lege for «småting» og for å få et råd om helse eller sykdom. Stadig flere familier får sin faste lege. Et listepasient/fastlegeordning er i ferd med å bli innført.

Det er klart at en generell utvidelse av allmennlegenes ansvarsområde for det forebyggende helsearbeidet blant barn og unge vil føre til en viss svekkelse av helsestasjons- og skolehelsetjenesten slik den er i dag. På den annen side ser vi i dag at helsestasjons- og skolelegeordning svekker allmennlegenes totalansvar og kontinuiteten i lege-pasientforholdet.

Konklusjon

Det er ønskelig å styrke allmennlegen i betydningen *familielege/pasientens faste lege*. Dette kan kun gjøres ved at en større del av det forebyggende arbeidet overlates til allmennlegene.

Olav Thorsen
Klubbgt. 9, 4013 Stavanger

Referanser:

1. Honoré J. Fastlegesystemet – forbilde eller skremmebilde? Utposten nr. ... 1995
2. Honoré J. Barneundersøkelser i Danmark. Utposten nr. ... 1995.

kontrollerer at barnet er blitt frisk etter f.eks. en ørebetennelse eller annen akutt sykdom

Fordeler med dagens ordning:

- * Helsesøster har én lege å forholde seg til.
- * Helsesøster har et faglig miljø sammen med legen.
- * Kurs ol. om forebyggende helsearbeid kan for legene tas som en del av legens arbeidstid for helsestasjonen.
- * Legen kan kontrollere at barnet er friskt når det skal ha vaksiner(?).

Ulemper i dag:

- Barnet har flere journaler.
- Barnet/eleven/foreldrene må forholde seg til flere leger.
- Diskontinuitet i behandling/forebygging av sykdom.
- Ofte dårlig utnytting av legens tid, mye ventetid.

Barneundersøkelser i Danmark

Tekst: Jacques Honoré



Jacques Honoré er lege fra universitetet i Odense 1982. Fra 1990 kommunelege i Stavanger. Spesialist i allmenntisin.

Er det behov for å endre helsestasjonene? Skal undersøkelsene av barn og gravide tilbake til allmenntisin eller skal spesialiseringen fortsette?

I Danmark foretas barneundersøkelsene hos familiens lege og ikke på en poliklinikk som helsestasjonen. Helsestasjonen er i sin nåværende form ikke preget av allmenntisinsk tankegang; den er en annenlinjetjeneste i kommunene. For legene består den for en stor del av rutinekontroller av barn som oftest ikke er ens egne pasienter. Vi kommer på helsestasjonen som konsulenter for helsesøstrene. For barn og foreldre betyr systemet oftest at de bestandig treffer nye leger. Noen plasser foretas svang-

erskapsundersøkelsene på helsestasjonen, og siste skritt i utviklingen mot et svensk system er at pedia-terne overtar barneundersøkelsene og jordmødre og gynekologer svangerskapsundersøkelsene. Det er tegn på at noen mener det er en ønskelig utvikling.

Svangerskaps- og barneundersøkelsene er av grunnleggende betydning for allmenntisinen. Det er ved disse undersøkelser familiene og vi får et gjensidig kjennskap, og de danner derfor familiemedisinens fundament. Vi må på banen nå, hvis vi skal snu utviklingen og bringe barneundersøkelsene tilbake til allmenntisinen. I det følgende vil jeg beskrive den danske organisering av barneundersøkelsene nærmere. Hvis vi skal forbedre barneundersøkelsene er det viktig at vi samarbeider med helsesøstrene. Av den grunn vil jeg også se på organiseringen av helsesøsterarbeidet. Jeg har valgt å se på forholdene i en større by, hvor forskjellene er tydeligst.

Jeg kontaktet allmennpraktiker Bent Damsbo og sundhetsplejerske (helsesøster) Kirsten Korff i bydelen Dalum i Odense. Odense er Danmarks tredje største by og er på størrelse med Bergen. Den har universitet og universitetssykehus. Først fortalte jeg litt om våre helsestasjoner, og deretter bad jeg dem fortelle om organiseringen av barneundersøkelsene. Jeg snakket først med allmennpraktiserende lege Bent Damsbo.

BD: «Jeg ser mine barn i alt 10 gange. Første gang når de er 5 uger gamle og sidste gang ved 5-årsundersøgelsen. Alle børn i i Danmark går i børnehaveklasse (førskole) og fra 6-årsalderen overtager skolen ansvaret for undersø-

gelserne. De 10 kontakter er ved 5 og 9 uger, 5, 10, 15, 16 måneder og 2, 3, 4 og 5 år. Jeg har to opgaver: undersøgelse og vaccinerings. Ved et par kontakter er der kun vaccinerings. Det er altid min sygeplejerske som vaccinerer barnet, men en del af mine kolleger vaccinerer selv.»

JH: Hva ser du som de største fordeler sammenlignet med de norske helsestasjoner?

BD: «Jeg tror min styrke er, at jeg ofte har et særdeles godt kjennskap til hele familien. Jeg kender moren og eventuelle søskende fra tidligere og har haft moren til svangerskapsundersøgelser. I de fleste tilfælde har jeg været på besøk i hjemmet. Børneundersøgelserne er en naturlig del af min kontakt med familien. Samtidig ser jeg barnene ved akut sykdom. Jeg undersøger kun barn som er mine pasienter. Det er også en fordel, at resultatet af børneundersøgelserne står i min datajournal og derfor er tilgjengelige for mig i andre sammenhænge.»

JH: Har du samlet barneundersøkelsene på faste tidspunkter?

BD: «Nej. Jeg prioriterer, at foreldrene kan komme, når det passer bedst ind i deres program og barnets rytme, og så setter jeg stor pris på den afveksling det er at ta' svangerskaps- og børneundersøgelser ind imellem de almindelige konsultationer.»

JH: Har du gruppeundersøkelser?

BD: «Nej. Jeg ved, at der er en del kolleger, som har en eller to undersøgelser i gruppe; men det har jeg ikke følt behov for.»

JH: Hvordan er ditt samarbeid med helsesøstrene?

BD: «I de fleste tilfælde har jeg

ikke behov for at drøfte barnet med sundhedsplejersken; men er der problemer, så ringer vi sammen. Det synes jeg fungerer godt. Tidligere havde vi faste møder med bydelens sundhedsplejersker hver anden måned; men vi er 5 læger her i lægehuset, og da vi også har børn fra andre dele af byen, gav møderne alt for dårligt udbytte. Jeg ved dog, at flere af mine kolleger har regelmæssige møder, og i mange mindre kommuner er der en tættere kontakt. Det store flertal af børn over 1 år er i vuggestue (barnehageafdeling for barn under 2 1/2 år), børnehave eller i dagpleje (dagmamma), så jeg kontakter også daginstitutionen, hvis der er problemer. I andre tilfælde har jeg kontakt med PPR-kontoret. Har barnet somatisk sygdom, så samarbejder jeg med børneafdelingen. Nu får vi notater fra sygehusambulatorier og epikriser overført via modem, og jeg får derfor sygehusets notater næsten i samme øjeblik, de bliver skrevet.»

JH: Er det noe du synes fungerer dårlig?

BD: «Jeg mærker, at sundhedsplejerskerne har dårligere kapacitet end tidligere. Ellers er jeg godt tilfreds.»

JH: Hvilken lønn får du for børneundersøkelserne?

BD: «Jeg får betaling for hver børneundersøgelse. Honoraret er lidt større end det almindelige konsultationshonorar på 86 kr. Til gengæld bruger jeg også mere tid på børneundersøgelsen og vi får ikke basishonorar («driftstilskud») for børn under 16 år.»

Etterpå bad jeg sundhedsplejerske Kirsten Korff fortelle om sitt arbeid.

KK: «Vi er i alt 9 sundhedsplejersker her på områdekontoret i Dalum.

Næsten alle arbejder i hel stilling. Jeg er skolesundhedsplejerske i ca. 20% af arbeidstiden. Jeg synes, vi er for få, og det betyder, at vi har skåret ned på rutinebesøgene, og især koncentrerer os om spædbørnene og de familier, som har problemer. Er det familiens første barn, kommer vi på 5 besøg: første besøg få dage efter at mor og barn er kommet hjem fra barselsafdelingen og så efter 1, 2, 4 og 8 måneder. Hvis det ikke er familiens første barn, kommer jeg på 4 besøg.»

JH: Betyr det at du ikke ser barna etter 8-månedersundersøkelsen?

KK: «Ikke rutinemæssigt, men der er familier, jeg har lang mere kontakt med. Omtrent halvdelen af mine besøg er hos familier, som har ekstra behov for støtte. I tillegg til det får alle vuggestuer besøg af en sundhedsplejerske hver måned. Desværre har vi ikke kapasitet til at besøge de barn som er i dagpleje; men dagpleje-

mødrene kan naturligvis ringe til os.»

JH: Hvor lang tid bruker du på hvert besøk?

KK: «I gjennomsnitt bruker jeg vel en time, noget mere ved første besøg og mindre ved de senere.»

JH: Kunne dere ikke få langt større kapasitet ved å undersøke barna på en helsestasjon slik vi gjør det i Norge?

KK: «Det gjorde vi faktisk i en periode, hvor vi hadde ubesatte stillinger, men sammenlignet med hjemmebesøg var det langt dårligere. Der er en langt bedre stemning under hjemmebesøgene. Forældrene føler sig bogstavelig talt på hjemmebane og er derfor mere åpne og avslappede. Det betyder måske ikke så meget for de vel-fungerende mødre; men er viktig for de usikre. Og tænk på, hvor mange opplysninger jeg får helt automatisk ved at være i hjemmet. Rådgivning om barnepleje og ulykkesforebyggelse bliver målrettet på en helt annen måte. Så selv om vi kanskje kunne gjennom-

føre flere undersøgelser ved at forældrene kom til os, så er jeg overbevist

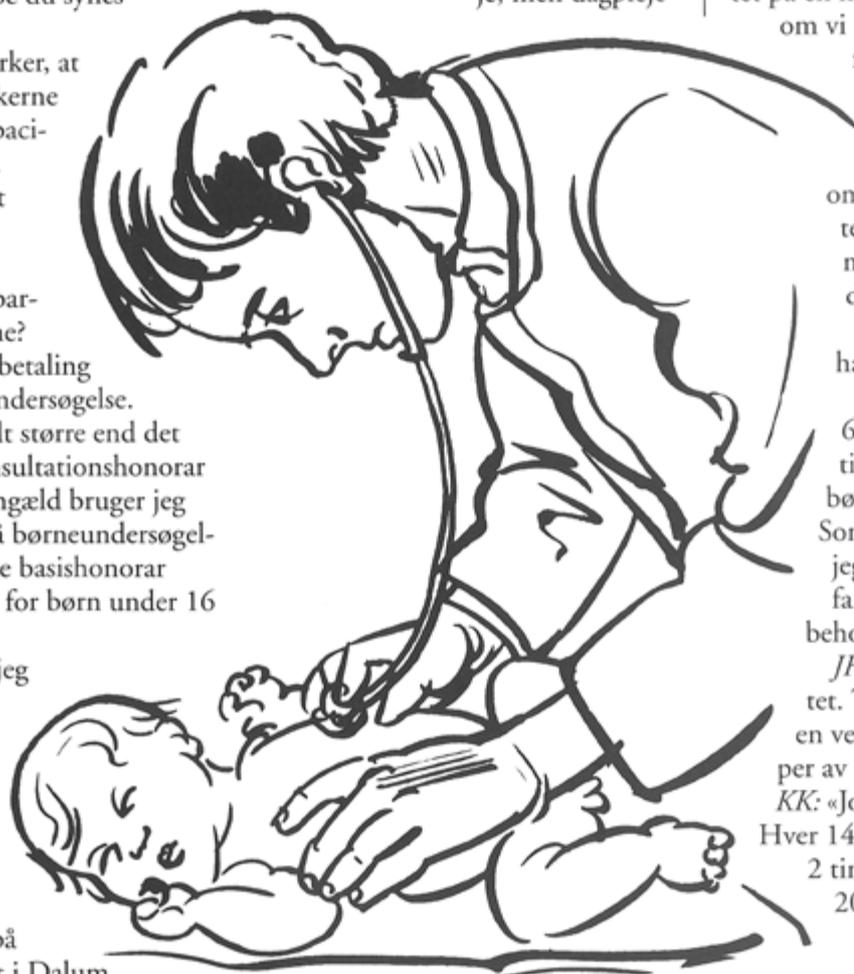
om, at den samlede kvaliteten ville gå ned. Nej, jeg mener, det er en stor fordel med hjemmebesøg.»

JH: Hvor mange barn har du ansvaret for?

KK: «Netop nu har jeg 68 børn under 1 år. Der-til kommer så de ældre børn jeg fortsatt følger. Som jeg fortalte, så bruker jeg meget af min tid på familier med særlige behov.»

JH: Du jobber familierettet. Tror du ikke det ligger en verdi i å jobbe med grupper av foreldre og barn?

KK: «Jo og det gjør vi da også. Hver 14. dag har vi åbent hus i 2 timer. Vi begynner med 20 minutters «undervisning», og derefter er det tid til spørsmål,



undersøgelser og ikke minst kontakt mellom forældrene og eldre søsken. Det er populært og som regel kommer der 15-20 hver gang. På samme måte som alle praktiserende læger har vi fast telefonid fra kl. 8-9, men dog kun tre dager pr. uge., så forældrene kan alltid komme i kontakt med os.»

JH: Hvor mye kontakt har du med dine kolleger?

KK: «Vi er sammen under telefoniden og ellers har vi et to-timers møte hver uge. En gang hvert år mødes alle sundhetsplejerskerne i hele Odense kommune.»

JH: Hvordan er samarbeidet med legene?

KK: «Heldigvis er de fleste barn sunde og raske, og så har jeg ikke behov for at snakke med deres læge. Ellers er det lidt forskjellig, hvordan vi samarbejder: vi har et fast samarbeidsmøte med nogle af områdets læger hver anden måned, og andre ringer vi til, når der er barn, vi vil drøfte. Stort sett samarbejder vi godt. Jeg synes ikke, jeg har brug for en fast lægekonsulent. Hvad skulle være fordelene ved en ekstra læge, som ikke kender familierne?»

JH: Kan du fortelle litt om din jobb som skolehelsesøster?

KK: «Jeg kommer på to skoler. På den ene kommer jeg 5 timer hver uge og på den anden, som er mindre, 5 timer hver 14. dag. Jeg ser alle barn i børnehaveklassen og i 1., 2., 5. og 9. klasse. I børnehaveklassen og i 1. klasse legger vi vekt på, at forældrene er med ved undersøgelsen. Før hver undersøgelse har forældrene utfylt et skema som er beregnet på den aktuelle aldersgruppe. Eleverne på de andre klassetrin, dvs. 3., 4., 6., 7. og 8. klasse, ser jeg kun, hvis det er behov for det.»

JH: Hvordan er samarbeidet med skolelegen?

KK: «På grund af en langvarig lønstrid har de fleste skolelægestillinger været ubesatte i flere år, og i Odense kommune har vi for tiden kun en skolelæge. Vi må derfor samarbejde med barnets egen læge i de tilfælde, hvor det er behov for det.»

JH: Er det noe ved din jobb du synes fungerer dårlig?

KK: «Jeg er godt tilfreds med mit arbejde; men jeg synes, vi har for dårlig tid. Jeg ville ønske vi

kunne tilbyde alle familier besøg også etter barnene bliver 8 måneder.»

Fordelene ved å integrere deler av den forebyggende helsetjeneste i en fastlegeordning har jeg prøvet å belyse ovenfor:

Legen undersøker kun sine egne barnepasienter, barneundersøkelsene følger naturlig etter svangerskapsundersøkelsene, de forebyggende undersøkelser kan plasseres i arbeidsdagen slik det passer best for foreldre, barn og lege. Det legelige ansvar er klart plassert.

Gravide, foreldre og barn skal kun forholde seg til en lege, som de selv har valgt.

Helsesøstrene kan legge større vekt på familier med særlige behov og mindre på rutinekontroller.

Det er ikke behov for nyinvesteringer og på sikt vil ordningen bli billigere, fordi det ikke er behov for store helsestasjoner med legekontorer som brukes av og til, mens legens eget kontor står tomt.

Jacques Honoré
Mollegt. 26
4008 Stavanger

UTPOSTENS annonsører

UTPOSTEN er et spennende tidsskrift for primærhelsetjenesten, og vi har et opplag på 2.200.

Tidsskrift nr.	Materialfrist:	Utsendelse
Nr. 6	15. sept.	20. okt.
Nr. 7	13. okt.	17. nov.
Nr. 8	3. nov.	8. des.

TEKNISK

Bestilling: RMR, Sjøbergveien 32,
2050 Jessheim. Telefon: 63 97 32 22.

Materiell: Avtrykk, reprodusert eller negativ film med speilvendt hinner.

Netto format: A4

Raster: 54 linjer

Trykkeri: Nikolai Olsens Trykkeri a.s, Kolbotn.

PRISER

Størrelse	Svart/hvitt	Svart + én farge	Svart + to farger	4-farger
1/1 side	5.900,-	7.000,-	8.300,-	9.600,-
1/2 side	3.500,-	4.200,-	4.900,-	6.500,-
1/4 side	2.200	4.000,-	4.500,-	5.500,-
1/1 side siste omslagsside				13.500,-

Løse bilag koster kr. 8.500,-.
Klebet bilag vil koste kr. 8.500,-,
pluss kr. 0,85 pr. eksemplar.

Ved bestilling av annonser i hvert nummer, blir den siste annonsen gratis! Prisene er eks. mva.

Forfatterveiledning

Takk for at du vil skrive i Utposten. Det setter vi pris på fordi Utposten er et dugnadsprodukt som aldri blir bedre enn det dere bidragsytere gjør den til.

Vi ønsker at Utpostens innhold skal hvile på fire pilarer; den allmennmedisinske kliniske hverdag, praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene og teoretiske og ideologiske spørsmål knyttet til fagene allmenn- og samfunnsmedisin. De erfaringene vi samlet høster i vårt daglige arbeid er det viktigste grunnlag for læring og videre utvikling av fagene. Men vi ønsker også innspill fra andre fag og vitenskaper som kan bidra til å øke vår forståelse av virkeligheten og på den måten gi oss bedre forutsetninger for å gjøre en god jobb. Vi ønsker at Utposten skal være en møteplass for refleksjon,

kommunikasjon og oppmuntring. Tradisjonelt vitenskapelige artikler hører nok mer naturlig hjemme i andre tidsskrifter.

For å illustrere hva vi mener har vi tenkt oss mulige faste og mindre faste spalter som: Slik gjør vi det, Samfunnsmedisinske hverdagsproblemer, Smil i hverdagen, Synspunkter, Kasuistikker, Bokmeldinger, Kursspalter, Intervjuer, Brev fra periferen, (Husk at i et primærmedisinsk perspektiv er storbyen minst like perifer som Loppa på Finnmarkskysten), Temaer.

Når vi får bidraget ditt, vil vi prøve å gi en rask tilbakemelding på hvordan vi vurderer det. For nye skribenter ønsker vi ikke å legge lista til kvalitetskrav for høyt, mens mer garvede bidragsytere må finne seg i en noe strengere vurdering.

Innsending av tekst til Utposten

Manuskriptet

Skriv slik det passer deg, enten med skrivemaskin eller tekstbehandling. Håndskrevne manuskripter med høy lesbarhet tar vi også imot. Bruk bred marg og dobbelt linjeavstand ved maskinskrivning. En tekstsider i Utposten uten illustrasjoner tilsvarer ca. 3 maskinskrevne sider med dobbelt linjeavstand. Bruker du tekstbehandling, ønsker vi oss disketten din *sammen med papirmanus* med angivelse av *hvilket tekstbehandlingsprogram* du har brukt. Det letter arbeidet vårt om du følger de innskrivningsreglene som er angitt nedenfor med utgangspunkt i Word Perfect (WP). En tekstsider i Utposten tilsvarer ca. 2 sider i WP med standard linjeavstand og marg.

Illustrasjoner

Vi vil gjerne ha illustrasjoner til artiklene. Det beste er om du kan skaffe dem selv, men vi kan selvsagt hjelpe deg. Både tegninger, svart-hvitt, fargefotografier, negativer og lysbilder kan brukes.

Forfatterpresentasjon

Ved egne artikler vil vi gjerne ha et bilde av forfatteren og en kort biografi.

Innskrivning av tekst på PC

De fleste diskettvarianter med 3,5" størrelse kan tas imot. For de som bruker tastaturprogrammet Abatast skal Abatastmodus norsk-08 benyttes.

1. Brødtekst

Brødtekst er teksten artikler består av: saksprosa i sammenheng. Bruk tekstbehandlingsprogrammets standardformat angående sideoppsett.

Unngå all raffinert innskriving, dvs. *ikke* bruk koder som sentrering, uthevet skrift, tabulatorer, innrykk, skriv fra høyre, sidetallsangivelse og -plassering.

Ord som skal markeres i brødteksten kursiveres.

Avsnitt markeres med returtast og ett tabulatorinnrykk (som her).

Etter tegn (, . ?) skal det være *ett* mellomrom, ikke to eller null. *Foran* disse tegnene skal det *ikke* være ordmellomrom.

2. Litteraturhenvisninger

Litteraturhenvisninger er ikke nødvendig. De ordnes evt. numerisk i den rekkefølge arbeidene første gang forekommer i teksten. Skriv det fortløpende som i eksempelet nedenfor. Grensen for antall litteraturhenvisninger er 10. Typografien ordnes av trykkeriet.

Eksempler:

1. Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? Eng J Med 1989;321:1306-11.
2. Hill MN, Levine DM, Whelton PL. Awareness. Am J Public Health;1988;1190-3. etc...

3. Tabeller

Adskill kolonnene i tabellen med tabulatortasten *ikke med ordmellomrom*. Ord mellomrom skaper masse ekstra arbeid i den videre prosess.

4. Overskrifter

Artikkeloverskrifter skrives med uthevet skrift og små bokstaver. Ønsker du et uthevet avsnitt først i teksten (ingress), markeres dette med klammer før og etter avsnittet, slik: <mellom to klammer på denne måten>.

Mellomtittel i teksten skrives også inn med halvfet skrift og små bokstaver. Er artikkelen bygget opp med ytterligere ett nivå slik at det under mellomtittel-avsnittet finnes flere underavsnitt, skrives undertitler inn med små bokstaver og understrekning.

5. Fotnoter

Eventuelle fotnoter skrives i parentes etter ordet «Fotnote».

6. Forfatterpresentasjon

Denne skrives inn før selve artikkelen og understrekes.

Forfatternavn skal stå i tilslutning til artikkelens tittel. Skrives inn mellom ingressen og brødtekstens begynnelsen: Av NN. Ved notiser eller småsides saker skrives navnet til slutt.

Ved «store» artikler skrives i tillegg forfatterens navn og adresse til slutt. Evt. tittel, fullt navn og adresse.

Redaksjonen

Kronisk ryggsmerte som uttrykk for følelsesmessige problemer

Tekst: Tore Sørli



48 år. Cand.med i Bergen 72. Spesialist i psykiatri i 79. Godkjent psykoterapiveileder og gruppeanalytiker. Arbeider nå som spesiallege og leder for utviklingsavdelingen ved Åsgård sykehus i Tromsø. Er bestyrer for SEPREP, et landsdekkende kompetanseutviklingscenter for psykoterapi og rehabilitering ved psykoser. Er prosjektleder for et forskningsprosjekt som tar sikte på å kartlegge psykososiale faktorer innvirkning på tilfredshet med og effekt av kirurgisk behandling. Har en del erfaring med psykoterapeutisk tilnærming til smertetilstander. Aktuelle artikkel er utviklet på grunnlag av foredrag som de siste årene er holdt på ryggkurs for leger i regi av Stavern kysthospital.

Den typiske, kroniske ryggsmertepasient har ikke påvisbare anatomisk-patologiske forhold som på tilfredsstillende måte kan årsaksforklare tilstandsbildet og enda mindre gi utgangspunkt for «soma-

tiske» behandlingsformer som alene kan forventes å gi tilfredsstillende resultat.

To hypoteser er vanligvis fremmet for å forklare normalitet i kliniske og laboratoriemessige funn ved slike tilstander.

Den første hypotesen innebærer at patologi eksisterer, men at den ikke er blitt avdekket med de tilgjengelige undersøkelsesmetoder. Gitt det store antall slike pasienter, er det usannsynlig at alle ganske enkelt er falske negative.

Den andre hypotesen er at kilden til slike plager ofte ligger i den psykologiske sfære. Mennesker i psykisk stress er antatt å kunne utvikle fysiske symptomer som ledd i kommunikasjon av og/eller mestring av emosjonelle eller interpersonelle konflikter. Det er i dag omfattende enighet i den kliniske litteratur for dette synspunktet. Den norske psykiateren Trygve Braatøy hevdet for mange år siden at den mimiske muskulatur vi bruker mest er den som begynner ved øyebrynene og forløper bakover hodet og ryggen helt til utspringet for ryggstrekkene. Mimesis betyr etterligning.

Mye tyder på at de smerteangivende ord og uttrykk vi velger har sitt utgangspunkt i en intuitiv og mer eller mindre ubevisst kunnskap om smertens årsak. Frank Laevitt og David C. Garron (1) har beskrevet en «back pain classification scale» (BPCS) med utgangspunkt i pasientenes smerteangivende ord og uttrykk for identifisering av «organiske» eller «funksjonelle» smerter.

Testen består av 71 smertebeskrivende ord. Av disse er det 13 som har særlig stor diskriminerende evne med hensyn til årsaksforhold. De 7 ordene som sterkest

samvarierer med smerte uten påvist organisk patologi er: Klemmende, utmattende, til å bli syk av, besværlig, øm, nummen og trettende. De 6 ordene som sterkest samvarierer med påvisbar organisk patologi er: Huggende, dump, stikkende, intermitterende, skudd-liknende og straffende.

Dette fenomen understøtter betydningen av å lytte inngående til pasientens beskrivelse av smerten samt erkjenne at den vesentlige kilde til innsikt i underliggende årsaksforhold ligger i den gode samtale.

Et epidemiologisk aspekt indikerer ytterligere en sammenheng mellom forekomsten av kroniske smertetilstander og menneskenes samvirke med omgivelsene.

Forekomsten av kroniske smertetilstander har vært sterkt økende over år. Dette gjelder særlig Lower Back Pain og Fibromyalgi, men også andre tilstander så som følgetilstander etter nakketraumer. Disse kroniske tilstander utgjør grunnlaget for en meget stor og stigende andel av legers praksis og utgiftene på trygdebudsjettene. Dette epidemiske fenomen må analyseres nærmere blant annet i lys av følgende punkter:

- A. Uttyning av de familiære og sosiale nettverk innebærer en trussel mot menneskelig modning og trivsel.
- B. Den medisinske behandlingsskiltur har utviklet seg i en retning der det i for liten grad gis rom for å møte hele det hjelpesøkende menneske.

Utviklingen i den medisinske behandlingsskiltur har sin parallell i samfunnets øvrige skiltur hvor smertens betydning over tid er gått tapt.

Uttyning av de familiære og sosiale nettverk innebærer en trussel mot menneskelig modning og trivsel

Kroppslige symptomer som ikke kan forklares som uttrykk for somatiske lidelser, kan betraktes som symbolsk språklig uttrykk for den enkeltes indre liv.

Når vitale deler av behovs- og følelsesliv ikke kan kommuniseres og dekkes direkte i forhold til andre mennesker som står en tilstrekkelig nært over tilstrekkelig lang tid, vil ulike symptomer komme til uttrykk som alternativt språk.

I fravær av en tilstrekkelig nær og tilgjengelig familie-, sosial- og samfunns kropp, inklusive behandlingskulturen, kan egen kropp bli det tilgjengelige objekt for plassering av egne følelser og behov, men da på en fordreid måte for å kunne avlede fra den følelse av skuffelse, savn og avsondrethet som ledsager behovene.

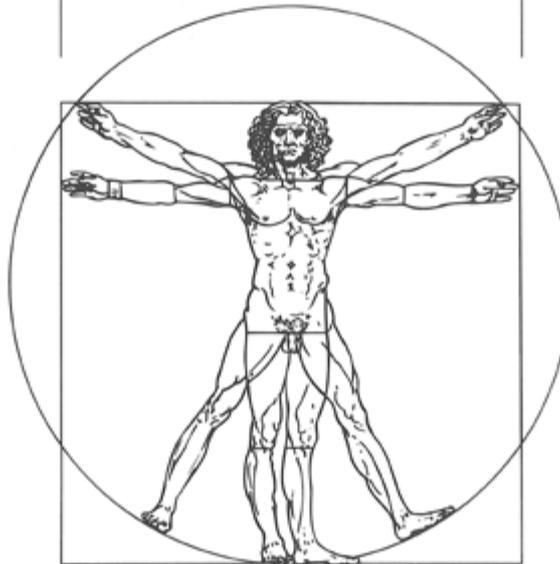
Når nettverkene reduseres tilstrekkelig kvalitativt og kvantitativt, står det enkelte menneske mer og mer isolert tilbake, og hvor egen kropp blir mer og mer sentral i kommunikasjon av behov, mangler og konflikter.

Kronisk smerte er ved siden av angst og depresjon blitt lansert som en tredje patologisk emosjon. I artikkelen: *Chronic Pain as a Third Pathologic Emotion* (2) påpeker David W. Swanson at Spinoza allerede i det 17. århundrede klassifiserte smerte som en form for sorg, og derfor som en del av de primære emosjoner. Thomas Szasz (3) presenterte en psykologisk teori for alle typer smerte. Etter hans mening var smerten en konsekvens av sanset trussel mot kroppslig integritet slik som den blir erkjent av den enkelte. Den akutte smerte kunne betraktes som et gjensvar på det noxiøse stimulus, den kroniske smerte som et gjensvar på trussel mot tap av emosjonell integritet. Szasz mener også at smerte fungerer som en

form for kommunikasjon av følelser og behov og som en bønn om hjelp.

Swanson antar at kronisk smerte forholder seg til akutt smerte, som angst forholder seg til frykt og som depresjon forholder seg til sorg.

Den kroniske smerte skulle således i likhet med angsten og depresjonen være et mer eller mindre uspesifikt uttrykk for følelsesmessig sårbarhet. Den korrespon-



derende akutte smerte, frykten og sorgen skulle være den adekvate hendelsesrelaterte reaksjon som individet lett mister kontakten med når reaksjonen ikke blir kommunisert direkte til andre mennesker.

Jo større forekomst av individuell isolasjon i samfunnet, jo større kan man anta at forekomsten av individuell uspesifikk kroppslig kommunikasjon av grunnleggende menneskelige behov vil være.

Den medisinske behandlingskultur har utviklet seg i en retning der det i for liten grad gis tid og rom for å møte hele det hjelpsøkende mennesket

Utviklingen i den medisinske behandlingskultur har sin parallell i samfunnets øvrige kultur hvor smertens betydning over tid har gått tapt.

Ivan Illich kritiserer i boken «Den medisinske nemesis» måten vi løser lidelsens og sykdommens problemer på. Smerten fører til at man stiller spørsmål. Hvor kommer smerten fra, et menneske føler uro og vil vite hvorfor. Bare et endelig svar på dette spørsmål kan føre til en løsning av problemet. Smerten er en passiv tilstand som angriper oss som noe som kommer utenfra. Bare ved å gjennomleve den ubehagelige følelsen – som aktiv lidelse – kan vi overvinne smerten og gjenvinne den psykiske helsen, mener Illich. I vår tid er tendensen at mennesker med psykiske vansker får medikamenter som lindrer ved å tildekke det til grunnliggende følelsesmessige problem. Symptomets signalfunksjon blir undergravet gjennom grunn forståelse og diagnostikk og symptomatisk behandling. Hvem ville gitt en pasient med benbrudd smertestillende og la benbruddet være? Enkelte brudd kan være vanskelige å diagnostisere, f.eks. tretthetsbrudd og da forekommer det

at legen nøyer seg med å gi symptomatisk behandling. Ofte er vi som leger heller ikke i stand til å identifisere noen anatomisk patologisk eller patofysiologisk bakgrunn for kroniske smertetilstander og nøyer oss ofte da med symptomatisk behandling i form av smertestillende, fysioterapi osv. Vi har i altfor stor grad vendt oss til å betrakte kronisk smerte som etiologisk kun forenlig med somatiske forhold og i for liten grad som uttrykk for en mulig underliggende emosjell forstyrrelse. Swanson presenterer i sin artikkel kronisk smerte uten påviselig anatomisk patologisk grunnlag som en tredje patologisk emosjon på linje med angst og depresjon. Ved å unnlate å identifisere den eventuelle underliggende emosjonelle bakgrunn for kronisk smerte og istedet gjennom symptomatisk behandling understøtte pasientens urealistiske forestilling om kroppss-

lig sykdom, bidrar man til å fikse følelsesmessige problemer til et kroppslig fenomen som er lettere å akseptere og som tjener som et effektivt avverging mot erkjennelse av de følelsesmessige problemer. Illich trekker opp to diamentralt motsatte mønstre.

Det ene går fra smerte, gjennom lidelse til harmoni. Det andre starter også med smerte, deretter får pasienten en «painkiller», et smertestillende middel. Resultatet er at konflikten som utløste smerten ikke har fått noen forsoning, den er bare skjøvet ned i det ubevisste der den vil fortsette å plage pasienten så snart «painkilleren» mister sin virkning.

Det er grunn til å mene at vår kultur mangler en total forståelse av smertens betydning. En sann kultur ser fenomener som smerte, avvik og død i øynene og tolker dem. Den utrunder begrepene med mening, den belyser hvordan de er en del av et hele og gjør dem der ved mulig å holde ut. Vi blir ikke fanget i fenomenene fordi kulturen stadig fører oss ut av smerten og døden og tilbake til livet og helheten. Den medisinske sivilisasjon reagerer på motsatt måte: Den forsøker å angripe, fjerne og drepe disse fenomenene. På samme måte blir mennesket atskilt fra sin egen helbredende og tolkende kraft. Mennesket og kultur begynner å gli fra hverandre og visne, slik det går når plantene blir trukket opp av jorden og både planter og jord blir til støv.

Hermeneutikk

Innenfor hermeneutikken er det sentrale prinsipp at helheten og delen gjensidig forutsetter hverandre, i den forstand at helheten ikke kan forstås uten kjennskap til delen og at delen heller ikke kan forstås uten kjennskap til helheten. I psykiatrien er denne forståelsesform svært anvendbar med utgangspunkt i hvilke spesielle personlige forutsetninger som i det enkelte tilfellet ligger til grunn.

Her kan nevnes angst, depresjon og kronisk smerte som eksempel. Med andre ord, det er ikke noe entil-en-forhold mellom symptomer og tegn og til grunnliggende tilstand i naturvitenskapelig forstand. Ytringen må forstås innenfra med utgangspunkt i det enkelte individs helt spesielle forutsetninger. Som enhver annen symptomatisk indikator på underliggende følelsesmessig forstyrrelser må også den kroniske smerte, hvor anatomisk patologisk årsak ikke er påvisbar, forstås ut fra en helhetsforståelse av pasienten.

I dialogen Charmides lar Platon Sokrates si til en ung mann som lider av hodepine: «Skal man bli bra i øynene så må hele hodet tas med i behandlingen, likeledes hele kroppen hvis hodet skal bli bra igjen. Heller ikke bør man behandle kroppen uten å ta hensyn til sjelen...», og sjelen får hjelp og opplysning gjennom dialogen. Da sa en greker som hørte på denne dialogen: «Men, Sokrates, da var det jo et virkelig hell med den unge mannens hodepine, for da ble han jo nødt til også å bli bedre i sitt åndelige liv hvis han skulle behandle sine hodesmerter».

Det syn at det er nøye sammenheng mellom levesett og helse, har i vår medisinerutdannelse en lang og veletablert tradisjon når det gjelder somatiske forhold. Ikke så når det gjelder psykiske reaksjoner. Derfor er også de fleste leger best trent i og innstilt på å diagnostisere og behandle kroppslige plager. Evnen og viljen til å se psykologisk på kroppslige sammenhenger skorter det ofte på. Men allmennpraktikeren, og også for såvidt enhver lege, vil alltid møte denne tredobbelte oppgave – nemlig å oversette pasientens symptomer eller plager til en av disse tre forståelsesmåter: Den organiske, psykologiske eller sosiale. Som oftest blir det nødvendig å trekke inne alle disse tre referanserammer. Den kroniske smerte-pasient føyer seg pent inn i denne sammenheng.

Symptomets betydning

Pasientene vet at de fleste leger har en naturvitenskapelig-somatisk grunninnstilling. Derfor vil også «sykdomstilbudet» – pasientens alibi for å snakke med legen – ofte være en kroppslig plage. Når så legen møter med sin somatiske grunninnstilling, er det forståelig at det behandlingstilbud han gir vanligvis har med medikamenter, laboratorieundersøkelser eller andre somatiske hjelpemidler å gjøre. Ofte vil denne hjelp føre til at plagene forsvinner, i alle fall for en tid. Symptomene har altså mening i lege/pasientforholdet på den måten at de representerer et sykdomstilbud som legen skal forstå og sette inn i en organisk, psykologisk og sosial behandlingssammenheng.

Videre har symptomene sin spesielle mening for pasienten. Vi bærer alle på angst, skyld og skjebnetetro som lett aktiverer symptomer, griper inn i vår aktuelle situasjon og influerer på våre lengsler, planer og mål. For det tredje har symptomene mening i våre mellommenneskelige forhold, idet de ofte fører til, eller er ment å skulle føre til, at de andre endrer sin holdning og væremåte overfor oss. Språket er fullt av velkjente ord og vendinger som uttrykker sammenhengen mellom kroppslige funksjoner og symptomer og deres overførte psykososiale betydning: Være sugen på, bite i seg, vanskelig å svelge, gi tannløse svar, gi blaffen eller drite i, klø eller komme igang med, gå på med krom hals, gå ut av sitt gode skinn, trække i salaten. Noen slike uttrykk beskriver holdninger eller personlighetstrekk: Være sur eller søt, tykkhudet eller tynnhudet, ha fingerspitsgefuhr eller spisse albuer, være rakrygget, rappkjefta eller løsmunnet. Fortrolighet med slike språklige sammenhenger kan ofte være til hjelp når det gjelder å få tak i symptomets mening. Et psykososialt symptom som ikke blir forstått eller tatt hensyn til, vil ofte forsterkes eller forandre karakter. Dette

gjelder for mange såkalte problem-pasienter. Det blir da gjerne en tålmodighetsprøve mellom lege og pasient hvem som holder lengst ut. Dette henger sammen med at psykiske symptomer både har en side som vil gi til kjenne og en som ønsker å skjule.

Denne lovmessighet understrekes særlig av Freud og de som senere har brukt den psykodynamiske tankemodell.

Et sentralt postulat i den psykodynamiske forståelsesmodell, er at mange symptomer best kan forstås og behandles som uttrykk for intrapsykiske eller mellommenneskelige konflikter. Fordi konflikter er vanskeligere å leve med enn symptomer, sørger de såkalte forsvarsmekanismer for at konfliktene fortrennes, benektes eller projiseres. Ved psykoriske tilstander er det de to sistnevnte forsvarsmekanismer som er mest fremtredende. Det er idag mer og mer vanlig at intrapsykiske og interpersonelle konflikter gir seg utslag i såkalte vegetative forstyrrelser eller psykosomatiske symptomer. Den psykogene smertetilstand kan forstås innenfor dette problemområdet.

Hjelperens møte med seg selv

Møtet mellom hjelper og smertepasient fører iverge til at hjelperen bringes i kontakt med de deler av eget liv og utvikling som pasienten kan påminne om. Charles Ford har i boken «The Somatizing Disorders: Illness is a Way of life», fremhevet at en faktor i den dårlige behandlingen av somatiserende pasienter er at legenes egne konflikter aktiveres. Han mener at mange leger og somatiserende pasienter tenderer mot følelsesmessig hemning med høy frekvens av ekteskapelige vansker samt seksuelle vansker og stoffmisbruk. Som barn mener han at begge grupper har savnet nære og varme relasjoner til sine foreldre. Han hevder at barndommen hos disse ofte har vært preget av død og

alvorlig sykdom i familien med resulterende angst for sykdom og død. Slike erfaringer mener Ford i begge grupper leder til å gjøre sykdom til en livsform. Den somatiserende forsøker å døyve frykten ved hele tiden å søke medisinsk hjelp, mens legen strever for å overkomme frykten ved å bekjempe sykdom hos andre.

En svært viktig dimensjon i møtet med den kroniske smertepasient er derfor legens møte med seg selv og hans evne til bevisstgjøring av og toleranse for egne reaksjoner som forutsetning for å kunne møte den andre. Avviser du det pasienten gjør med deg blir du heller ikke i stand til å møte tilsvarende sider ved pasienten.

Den psykososiale samtale

Jeg vil med dette slå et slag for at disse pasienter må evalueres grundig både biologisk, psykologisk og sosialt, og at den funksjonsforstyrrelse innenfor et av områdene ikke utelukker funksjonsforstyrrelse innenfor de andre områdene.

Det er to spørsmål som alltid bør bli besvart i løpet av en psykososial samtale:

1. Hva pasienten selv tror plagene skyldes.
2. Hans egne forslag til behandling.

Særlig gjelder dette førstegangsintervjuet. Motiveringen for og evnen til å gjøre noe med disse vansker er størst da. Svarene på disse spørsmål er også et viktig rent diagnostisk. Har pasienten evnen og viljen til å se sammenhenger og selv ta konsekvensene av disse, eller har han en passiv forventning om å skulle bli tatt hånd om og først og fremst få symptomorientert behandling.

Selv om ikke den psykososiale samtale kan foregå etter noe bestemt skjema, må legen likevel ha en referanseramme for hvilke opplysninger han trenger og anser som mest vesentlig.

Enklest kan vi ordne de data vi trenger i fire ledd:

1. De aktuelle hovedplager.
2. Tidspunkt og omstendigheter for plagenes begynnelse.
3. Plagens konsekvenser for de forskjellige virksomhetsområder i livet. Spesielt om eventuelle vanskeligheter som unngås og fordeler som oppnås (primær- og sekundær gevinst).
4. Om livshistorien som skal gjøre den aktuelle livssituasjon forståelig.

Noen påminnelser:

- Vi legger ikke merke til andre forhold ved et tilstandsbilde enn de vi er istand til å se etter.
- I møte med smertepasienten vil vi også komme til å møte oss selv der våre egne problemområder blir aktivisert. Veiledning blir i denne sammenheng av stor betydning.
- Kontaktetablering, evaluering og bearbeidelse i forbindelse med psykososiale forhold tar tid. Hastverk blir ofte i det lange løp lastverk.

Uansett smertens tilgrunnliggende årsaker, representerer inaktivitet og isolasjon den største trussel mot bedring uavhengig av hvilke behandlingsformer som iverksettes.

*Tore Sørli
Fagerliveien 22
9007 Tromsø*

Referanser:

1. Leavitt F & Garron DC. The detection of psychological disturbance in patients with low back pain. *J Psychosom Research* 1979; 23: 149-154.
2. Swanson DW. Chronic pain as a third pathologic emotion. *Am J Psych* 1984;141: 210-214.
3. Szasz TS. Pain and pleasure: A study of bodily feelings. New York: Basic books, 1957.

Sykdomsoppfatninger, offentlig helsevesen

og tyfoidfeberepidemien i Hamar 1872-1881

Tekst:
Hans Petter Schjønby



Hans Petter Schjønby, født 1936. Cand.med. 1962. M.P.H. 1984. Spesialist i samfunnsmedisin 1984. Distriktslege 1967-1984 (Etnedal, Ringsaker) komm.overlege 1984-86 (Ringsaker), fylkeslege Hedmark siden 1986. Tidligere styremedlem OLL og sentralstyret, men det er lenge siden. Har publisert litt.

Sykdomspanoramaet i det forrige århundret ble i langt større grad enn i dag dominert av de akutte infeksjonssykdommer. I året 1873 ble det meldt ialt 89390 tilfeller av meldepliktige «epidemiske Sygdomme», en insidens på 51/1000 innbyggere. Hyppigheten av meldepliktige, smittsomme sykdommer i 1993 var til sammenlikning 7/1000 innbyggere. Direkte sammenlikning er selvsagt ikke mulig, men tallene forteller iallfall at de akutte infeksjonssykdommer

dengang inntok en helt annen plass i sykdomspanoramaet enn i dag.

Sykdommene

De meldepliktige sykdommene var følgende:

Tyfoidfeber, flekkyfus, tilbakefallsfeber, barselsfeber, barnekopper, vannkopper, skarlagensfeber, meslinger, rødlinger, rosen, kikhoste, difteri, strupehoste, kusma, akutte katarralske tilfeller, lungebetennelse, pleuritt, giktfeber, koldfeber, diarre og kolera nostras, asiatisk kolera, blodgang og skjorbuk.

Denne inndelingen er for våre øyne en salig blanding av bakterielle infeksjoner, virusbårne barnesykdommer, ordinære øvre luftveisinfeksjoner, mangelsykdommer, allmennfarlige smittsomme sykdommer m.v. Den gjenspeiler selvsagt datidens kunnskapsnivå, i 1870-årene var det at de gamle og spekulative sykdomsforklaringene tydeligst kolliderte med den gryende naturvitenskaplige erkjennelse. 1873 er det samme året som Armauer Hansen oppdaget leprabacillen, men det var også i 1873 at mange av de medisinske profesorer ved Universitet i Kristiania fortsatt sto på sykdomsspredning gjennom forurenset luft (miasma), selv om forkjemperne for kontagielæren (teorien om kontaktsmitte) økte i antall.

Sykdomsoppfatningene

Begge teorier går tilbake til antikken, miasmetorien (eller utdunstingsteorien) er best kjent ved at den er bundet til Hippokrates'

lære. Denne forkynte at sykdom ofte skyldtes dårlig og usunn luft og til grunn for dette lå værforhold, nedbør, stillestående vann, forråtnelse, infisert jordbunn m.v. At distriktslegene til langt ut i forrige århundre ofte beskrev de klimatiske forhold i sine distrikter i medisinalmeldingene for å forklare sykdomspanoramaet, viste at deres sykdomsoppfatning var miasmatiske preget.

Vanlig folk har alltid visst at farsottene smittet fra person til person. Boccaccios fortale til Decameronen gir et levende bilde av dette, og er egentlig en epidemiologisk pestbeskrivelse av høy litterær, men også faglig verdi. Hvilke smittestoffer det var tale om og hvordan de entret kroppen, visste man selvsagt lite om.

Forebygging på 1800-tallet

Opp gjennom århundrene levde disse sykdomsoppfatningene side om side, og i det praktiske liv utelukket de ikke hverandre. Det var først og fremst på det akademiske og professorale plan det ble diskutert, og spesielt skjedde dette etter at Europa ble rammet av gjentatte koleraepidemier fra 1820-årene av. Begge teoriene ble imidlertid brukt for å begrunne det som skulle vise seg å bli virksomme sykdomsforebyggende tiltak. Karantenebestemmelsene som første gang ble satt i verk i bystatene i Italia på 1300-tallet, og som fortsatt er et viktig forebyggende verktøy er et barn av kontaktsmitte læren. Det var imidlertid miasmeteorien som lå bak de store sanitære reformer som ble innledet i Frankrike og særlig England, der forskere som

Chadwick (1800-1890) og Farr (1807-1883) pekte på betydningen av områdehygienisk sanering (rent vann, ren luft, bedre bolighygiene mv) for å bedre folkehelsen og hindre epidemier(1). Denne teorien rettet seg altså mot miljøet, og var ikke individrettet.

Det var denne europeiske «hygienebevegelsen», som inspirerte reformer i flere land. I Norge var dette ideologien bak Sunnhetsloven (1860), og vi gjenkjenner miasmelæren i flere av lovens formuleringer. I praksis ga den seg blant annet utslag i to såvidt forskjellige fenomener som den høye muren rundt det nye Rikshospital (1883) og etableringen av høyfjellssanatoriene fra 1870-årene av. Vitenskapelig sett fikk denne teorien dødsstøtet i 1892, da en epidemiologisk kartlegging av en større koleraepidemi i Hamburg påviste drikkevannets rolle som vektor (2). Imidlertid må vi ikke glemme at det i praksis var denne «Public Health Movement» eller «hygienebevegelsen», uklar som denne måtte være i sin forklaringsmodell, som var bakgrunnen og drivkraften bak nedgangen i barnedødeligheten fra siste halvdel av 1800-tallet. Dette var en følge av miljørettede helseverntiltak som bedre avløps-systemer, bedre drikkevannsforsyning, bolighygiene mm. Det er belegg (3) for å hevde at effekten på folkehelsen av disse miljørettede tiltak og levekårsbedrende reformer ikke er blitt overgått av senere tiltak i medisinsk regi, vaksinasjon inkludert. Det er forøvrig et tankekors at denne hygienebevegelse tapte i betydning mot slutten av hundreåret. Bakteriologien, ny vitenskapelig erkjennelse som forøvrig medførte økende faglig imperialisme, var bestemmende for at også forebyggende medisin dreide fra grupperettet til individuell fokusering. I parentes bemerket, et motsetningforhold samfunnsmedisinerne fortsatt bærer med seg, selv om tyngden er blitt noe lettere de senere år. Blant annet har Fugelli (4) nylig gitt en

faglig og ideologisk bakgrunn for «The new public health».

De fleste av datidens praktiserende samfunnsmedisinere hadde et nokså pragmatisk forhold til infeksjonssykdommens årsak og lot ikke den ene mulighet utelukke den annen. I sin beskrivelse av en gastroenterittepideemi i Eidsvoll i 1872 (5) skriver distriktslege N.W. Thoresen (1822-1907) at «Sygdommen er begrunnet i et Kontagium», og at «det er sandsynligt at Udtømmelserne udgjøre det vigtigste Vehikel for Smittestoffet...». Litt senere utelukker han imidlertid ikke at «Smitte kan være foregaaet paa anden Maade, sandsynlig gennem Aandedrættet».

Stadslæge Greve (1832-1912) i Hamar sier rett ut at «For min egen Del er jeg ingen Tilhænger af en eksklusiv Smitteteori for nogen-somhelst Sygdom...» (6).

De første sunnhets-kommisjonene

Hvordan tilpasset så de offentlige legene datidens kunnskaper om de praktiske problemer de møtte som ansvarlige for det sykdomsforebyggende arbeide i lokalsamfunnene?

Lovgivningen var selvsagt et viktig instrument. Sunnhetsloven fra 1860 skilte mellom forebyggende arbeid i byene og på landet. Lovgiverne antok at befolkningen ute i distriktene først og fremst trengte opplysning for å ivareta helsen. Sunnhetskommisjonene i landdistriktene fikk således sine oppgaver beskrevet slik (7):

« Men for at en Saniterlovgivning paa denne Vei skal kunne ventes gennemført, kræves der en stadig Paavirkning og Vækkelse i hvert enkelt Distrikt, for at Befolkningen lidt efter lidt kan vinde Overbevisning om Gagnligheden og Nødvendigheden af sanitære Regler og foranstaltninger samt derigennem Interesse for disse »

Medisinalberetningene bekrefter at kommissionene tok sine oppga-

ver seriøst. Helseopplysningsvirksomheten var stort sett delt i tre, helserådets ordfører informerte medlemmene om aktuelle helse-spørsmål, særlig om de årvisse epidemier, kommisjonen ga råd til befolkningen gjennom pamfletter, skrivelser m.v. om forholdsregler ved aktuelle sykdommer, og ikke minst drev kommisjonens ordfører regulær folkeopplysning overfor medlemmene (oftest formannskapet). I Hedemarken amts medisinalberetning for 1867 (8) kan vi betegnende nok lese:

«I de fleste Sundhedskommisioner i Solør og Odalen oplæstes Eilert Sundts Afhandling om Almuens Kulturtilstand, og Medlemmerne opfordredes til at virke for at den simple Almue kunde komme til at indse Nyttens af Renlighed og Orden.»

I byene satte loven særlige krav til sammensetningen av sunnhetskommisjonen (jurist og ingeniør i tillegg til kommunalpolitikere). Dette var selvsagt ikke uten grunn, og var for en stor del betinget i at de store epidemiene (f.eks. koleraepidemiene i 1831-32, 1848 og 1853) stort sett rammet byene. Denne bestemmelsen viser også at lovgiveren innså at sykdomsforebyggende tiltak i byene kunne være ressurskrevende og derved var i behov av et tungt sammensatt politisk organ.

De store helserådene var allerede tidlig i 1860-årene aktive. Vedtakene og begrunnelsene for dem ble imidlertid ikke alltid mottatt av alle med forståelse, heller ikke av legestanden. (9). Men de fikk økende tyngde, og særlig forsterket dette seg fra 1880-årene, da kommisjonenens ulike forebyggende vedtak fikk vitenskapelig begrunnelse.

Tyfus på Hamar

Hamar var en liten by som ble anlagt i 1849. Bebyggelsen fant sted på skråningen ned mot Mjø-

sa. Det forelå en byplan som ble fulgt, mens vann/avløp/renovasjon ble overlatt til innbyggerne selv. Det resulterte i at drikkevann stort sett ble hentet i strandkanten i Mjøsa eller i bekker i byområdet. Slik som vanlig var hadde hvert hus sitt eget avtrede, og alt avløp gikk i renner som endte i vassdrag eller rett i Mjøsa. En annen viktig risikofaktor var den elendige bolig-hygiene for flertallet av innbyggerne. I et møtereferat for sunnhets-kommisjonen i 1878 (10) møter vi en levende beskrivelse av dette:

«De to Kjælderrum, hvoraf Leilighe-den bestod, befandtes begge at være mislige i sanitær Henseende, sli-g at Sundhedscommissionen besluttede at forbyde Gaardens Eier for Fremtiden at benytte disse Rum til Beboelse for Mennesker. Væggerne og Gulv vare fugtige. I det forreste Rum trængte Vandet frem mellem Sammenføi-ingerne af Gulvplankerne, og i det bage, hvor en Deel af Gulvet var raadnet bort, var der en Pol af stin-kende stillestaende Vand..»

Byen vokste jevnt, og hadde i 1870-årene omkring 2500 innbygere. Hamar var bysentrum for et oppland på omlag 40000 personer (daværende Hedemarken amtsfysi-ka, fra 1868 lægedistrikt. Idag omfatter opplandet kommunene Ringsaker, Løten og Stange.

Det er altså ikke til å undres over at tyfoidfieber tidlig ble en fast bestanddel av byens sykdomspano-rama, og fra amtets medisinalbe-rettning fra for eksempel 1861 site-res:

«Fra Amtsfysicaten bemerkes det at Sygdommen var stationær i Hamar hvor en lege behandlede 41 Tilfælde, deraf 34 med 2 Dødsfald siste Halv-aar».

Sunnhetskommisjonens tiltak

Allerede på sitt første møte etter Sunnhetslovens iverksettelse tok sunnhetskommisjonen opp byens uheldige miljøhygieniske status, og

	1872/73	74/75	76/77	78/79	80/81	82/83
Norge	2,4	2,1	1,5	1,4	1,2	1,3
Hedemarken	5,9	4,1	2,1	2,1	1,8	0,6
Hamar	22,5	13,9	11,5	11,6	13,3	0,7

Tab.1. Tyfoidfieber. Insidens pr.1000 innb. 1872-1881 i to-årsperioder.

man gjorde kommunen oppmerk-som på det «hensigtsmessige og nødvendige af Anskaffelsen af luk-kede Render til Afledning af Over-og Grundvand»(10). I et senere møte samme år foreslo kommisjo-nen sunnhetsvedtekter for byen. Vedtektene var ment å bidra til bedre renhold, bedre avfallshånd-tering, og bedre avkloakkering. Drikkevann var imidlertid ikke nevnt i forslaget. At det miasmatis-ke sykdomssyn var dominerende ser vi av §11:

«Sundhedscommissionens nærmere Bestemmelse bør indhentes med hen-syn til Beliggenheden og Indretning-en af Oplag af Gjødse, Been, Klude og deslige Gjenstande, der med Uddunsting kunde indvirke skade-ligt paa Sundhedstilstanden».

Det var ikke lett å få gårdeierne til å følge vedtektene. Sunnhetskom-misjonen drev svært aktiv inspek-sjonsvirksomhet, og det var ikke få som fikk pålegg om å rette mang-ler. 22.juni 1863 ble det foretatt en hovedinspeksjon et år etter før-ste varsel, og det ble påvist mang-ler i 39 hus (11). De foretatte saneringer har nok ikke hatt den ønskede forebyggende effekt på sykdomshyppigheten, for fra 1872 til 1881 var det tale om en betyde-lig tyfoidfieberepidemi i Hamar.

Epidemiologiske data

Tabell 1 viser sykkeligheten av tyfoidfieber i antall tilfelle per 1000 innbyggere i denne perioden. Til sammenlikning er anført insiden-sen i landet forøvrig og i Hede-marken legedistrikt unntatt Hamar.

Letaliteten (døde pr.100 syke) var vel 10% i hele perioden. Dette samsvarer med tallene på landsba-

sis (12). I absolutte tall ble gjen-nomsnittlig 44 personer angrepet pr.år i ti-årsperioden, dette ville i 1995 tilsvare ca.281 tilfelle pr.år i Hamar by.

Tyfoidfieber og drikkevann

Det var ikke ukjent for samtiden at tyfoidfieber kunne smitte ved infisert drikkevann. Sandvik har beskrevet dette i sin redegjørelse om tyfoidfieberforekomsten på Vestlandet i forrige århundre (13). Ved epidemien i Kristiansand i 1846 der 4,2 % av befolkningen ble syke, ble forurenset drikkevann angitt som årsak (14). At stadsfysi-cus Hanson i Kristiansand samti-dig antok at en slik smittevei etter hans oppfatning også gjaldt tuber-kulose sa forøvrig sitt om 1840-årenes usikre kunnskapsnivå. C.F.Larsen som i 1879 ga en over-sikt over tyfoidfieber i Norge anga flere smitemuligheter (12):

«Det enkelte Tilfælde kan overføre Sygdommen gjennom Luften i et Værelse eller ved Klæder eller ved Infektion af Vand og Næringsmid-ler..» og «Infektion ved Drikkevand er nogle Gange antaget, men det er sandsynligt at der har været langt flere, og at denne Aarsag hører til de almindeligere».

I medisinalmeldingene fremgår det at sunnhetskommisjonen i Hamar nok først og fremst så på infisert jordbunn som hovedårsak til epi-demien, og at forebyggende tiltak helst måtte rette seg mot ukontrol-erte avløp, utette latriner, dårlig renovasjon m.v. I 1872 skriver sunnhetskommisjonens ordfører (C.F.Wejdemann 1828-1900):

«..hvorimod det ugunstige Veir i Høstmaanderne – idet der gennem

3 Maaneder nesten stadig var Regnveir, hvilket ved Bygrundens ufuldstendige Drenering gjør Stedet mislig stillet i saniter Henseende under saadanne Omstændigheder, - maa ansees som en medvirkende Aarsag til dens Udbrædning».

Med han tillegger også drikkevannet en viss betydning:

«.. ligesom Mangelen paa godt Drikkevand ogsaa maa antages at have gjort sig gjældende i denne Henseende».

Det sunnhetskommisjonen først gjorde da epidemien tok om seg i 1872, var derfor å innskjerpe byens sunnhetsvedtekter, og fikk i 1874 vedtatt forsterkede regler bl.a. om «Gjødelsbingernes og Latrinekassernes Indretning», samtidig som kommisjonen bevirket til ansettelse av og instruks for «Natmanden» og «Opsynsmand for Renovationsvæsenet».

Wejdemann, hvis sykdomsoppfatning altså var miasmatisk preget, lot drikkevannet komme på siden i årsakskjeden og tok ikke skritt til for eksempel forbud mot bruk av vann fra Mjøsa. Grunnen til dette var at kommisjonen antok at et forbud ikke ville ha noen større hensikt, og derved ikke virke sykdomsforebyggende, fordi det ville være svært vanskelig å kontrollere at et slikt vedtak ble overholdt.

En av Hamars tre leger, bergenseren Mathias Greve, (kjent for Greves barnesepe, han avsluttet sin karriere som direktør for Rikshospitalet 1883-1911) var pragmatiker som vi har sett ovenfor. Han mente at nytt og rent drikkevann for byen var det viktigste tiltaket for å bli kvitt epidemien, selv om han på ingen måte underslo betydningen av øvrige tiltak. Greve presset både sunnhetskommisjonen og formannskapet for større aktivitet i drikkevannsspørsmålet. Greve skrev høsten 1875 også til distriktslegen (J.C.Lund 1830-1906, kjent for Chorea Huntington-Lund) der han ber om dennes

bistand for å få kommunen til å treffe relevante tiltak (15). Og Lund skriver klokt tilbake til Sunnhetskommisjonen med «Anmodning om at tage under Overveielse, om ikke de paa-anke-de Misligheder snarest mulig kunne blive rettede.» Wejdemann laget nå en betenkning om denne saken (11). Her ble det blant annet sagt at kommisjonen ikke kunne se at mjøsvannet hadde vært utsatt for urensing fra byen, og grunnen til dette hadde sammenheng med at sommeren hadde vært så nedbørfattig. På grunn av dette, anså kommisjonen det heller ikke nødvendig med desinfeksjon av kloakk-rørmunningene, slik distriktslege Lund blant annet hadde foreslått.

Wejdemann følte nok brevet fra distriktslegen krenkende. Dette gikk frem av betenkningen nevnt ovenfor, der han argumenterte for at kommisjonen hadde under de rådende omstendigheter gjort et godt arbeide, men han la ikke skjul på en viss bitterhet overfor den kollegiale kritikk. Han sa da også opp stillingen som ordfører i sunnhetskommisjonen med øyeblikkelig virkning, og ble avløst av dr.Greve.

Greve på sin side sa forøvrig opp stillingen i februar 1878, fordi magistraten (leder av byens administrasjon og medlem av kommisjonen) hadde truffet tiltak vedrørende byens sykehus på egen hånd, i en sak som ifølge Greve tillå sunnhetskommisjonens myndighet.

Epidemien viste få tegn til å gi seg. Det ble nokså åpenbart at de tiltak som helserådet fikk iverksatt, ikke hadde målbar effekt og det ble da klart for de fleste at kommunen måtte bygge nytt vannverk. Distriktslege Lund anså situasjonen så alvorlig at han i et brev 17.8.1876 (15) varslet amtmanden etter Greves foranledning. Her skriver han at:

«Det forekommer mig at Hamars Forsyning med rent og godt Drikkevand maa være en Sag av yderste Viktighed»,

og han avslutter slik:

«..det er for mig en bydende Nødvendighed at de fornødne Foranstaltninger træffes med hensyn til Byens Forsyning med det saalenge paatenkte fullstendige Vandverk paaskyndes og fullendes med al mulig Hurtighed, og at endeligt Valg snart kan blive truffet».

Dette betydde et stort press på bystyret. Vannverkskomiteen som allerede var nedsatt, leverte sin innstilling og det ble til tross for de obligatoriske økonomiske motforestillinger i bystyret endelig vedtatt bygging av et helt nytt vannverk som ikke hadde sitt inn-tak i Mjøsa. Dette sto ferdig i 1881 – forøvrig et år etter at Salmonella typhi første gang ble isolert – og etter den tid har tyfoidfeber aldri vært et helseproblem, hverken i Hamar by eller på Hedemarken.

Sluttord

Tyfoidfeberepidemien i Hamar 1872-81 er godt dokumentert blant annet gjennom medisinalberetningene. De gir et dekkende bilde av datidens sykdomsaspekter, av risikofaktorene, av legenes sykdomsoppfatninger og av brytningene mellom dem. Supplert med samtidige aktstykker fortelles også om interessen motsetninger mellom sunnhetskommisjon, kommuneadministrasjon og lokalpolitikere. Skreller man bort det tidsbestemte, sitter den oppmerksomme samfunnsmedisiner sannsynligvis tilbake med et deja vu, problemstillingene da og nå var ikke ulike og det var ikke så greit å være medisinsk-faglig rådgiver for kommunen for 125 år siden heller. Selv om sammenlikningen med dr. Stockmann er noe haltende, viser denne historien likevel betydningen av utadrettet og persisterende engasjement i en alvorlig epidemiologisk situasjon som virkelig krevde initiativ utenom det vanlige.

Hans Petter Schjønby
Fylkeslegekontoret i Hedemark
2300 Hamar

Litteratur

1. Porter D. Public Health. I: Bynum WF & Porter R. Companion Encyclopaedia of the History of Medicine. London: Routledge, 1993.
2. MacNeill WH. Farsoterna i historien. Stockholm: Gislunds, 1984.
3. McKeown T. The Role of Medicine. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
4. Fugelli P. Med R.L.K. Virchow som veiviser inn i den nye samfunnsmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen nr.9, 1995;115: 1091-4.
5. Thoresen NW. Beretning om en Epidemi af smitsom Kolerine i Eidsvold og Naboherreder i 2.net Halvaar 1872. N.Mag.f.Lægev 1873;III: 1-24.
6. Greve MS. Skarlatina og Rubeola. Tidsskr.f.Prakt.Medicin 1881;8:113-119.
7. Ot.prp.no.34 (1859-60) Aangaende naadigst Proposition til Norges Riges Stortingh betreffende Udfærdigelse af en Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme. Christiania: Departementet for det Indre, 1860.
8. Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1867. Christiania: Departementet for det Indre, 1869.
9. Grøn F. Det Norske Medicinske Selskab 1833-1933. Oslo: Steenske Boktrykkeri, 1933.
10. Hamar helseråd. Forhandlingsprotokoll 1861-1893. Statsarkivet, Hamar.
11. Lillevold E. Hamars historie 1849-1949. Hamar: Hamar kommune, 1949.
12. Larsen CF. Om Forekomst af Tyfoidfieber i Norge indtil 1876. N.Mag.f.Lægev. 1879. Tilleggshefte bd.9.
13. Sandvik H. Tyfoidfieber i Ytre Nordhordland legedistrikt. Tidsskr Nor Lægeforen nr.16, 1993; 1990-3.
14. Hanson J. Bidrag til Oplysning om Byen Christiansands medicinske Topographi og Historic. Bilag til Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1858. Christiania: Departementet for det Indre, 1861.
15. Distriktslegejournaler Hedemarken lægedistrikt 1845-1876. Statsarkivet, Hamar.

Allmennmedisinsk forskningspris

Fra NSAMs Fond for allmennmedisinsk forskning skal det høsten '95 deles ut en pris på kr. 10.000,- til en person som har gjort en viktig innsats i allmennmedisinsk forskning eller fagutvikling. Prisvinneren utpekes av Allmennmedisinsk Forskningsutvalg, som ber om forslag på aktuelle kandidater. Vinneren vil bli kunngjort på NSAMs årsmøte.

Begrunnede forslag sendes Allmennmedisinsk Forskningsutvalg, Seksjon for allmennmedisinsk, Ulriksdal 8c, 5009 Bergen innen 15. oktober.

Oversikt over tildelte allmennpraktikerstipend for 2. halvår 1995

Det ble søkt om 42 stipendmåneder og Allmennmedisinsk forskningsutvalg hadde 21 måneder til utdeling.

Troms

Peter Prydz, kommunelege II, Hammerfest, fikk 3 måneder for prosjektet «Telematikk – et hjelpemiddel til bedret undervisning i allmennmedisin».

Trondheim

Kurt Kvenlid, kommunelege II, Kolvereid, fikk 2 måneder for prosjektet «Alpinundersøkelsen på Voss».

Dag Elle Riverud, kommunelege, Stange, fikk 3 måneder for prosjektet «Frisk i Stange».

Oslo:

Gunnar Moulund, allmennpraktiker, Nedenes, fikk 2 måneder for prosjektet «Kan skriftlig informasjon til benzodiazepinbrukere føre til redusert forbruk?».

Endre Sandvik, bydelslege I, Oslo, fikk 3 måneder for prosjektet «Hjemmeblodtrykkmåling i allmennpraksis II – spørreskjemaundersøkelse om angst, stress og mestring».

Øystein Bakkevig, allmennpraktiker, Halden, fikk 3 måneder for prosjektet ««Røyken» og «det gode liv» – en sammenlignende intervensjonsstudie i allmennpraksis».

Svein Høegh Henrichsen, allmennpraktiker, Oslo, fikk 2 måneder for prosjektet «Astma-klinikken – bedre behandling av astmatikeren?».

Elisabeth Swensen, kommunelege I, Flatdal, fikk 3 måneder for prosjektet «Evaluering av allmennpraktikerstipend».



Leserbrev fra Bosnia

Tekst: Stein Wiel



*Stein Wiel. Cand med 1980.
Spes. allmennmed. 1991.
Avtalelege i Ullevål Hageby
Legesenter, Oslo fra 1982.*

I Tidsskriftet for Dnlf nr 30, 1994 skrev de norske kirurgene Valen & Raugstad en rapport fra NOR-MEDCOY, det norske feltsykehuset i Tuzla, Bosnia-Hercegovina. Noe av det som sies her vil nok også være å lese i ovennevnte artikkel, men jeg vil primært forsøke å beskrive den allmennmedisinske delen av virksomheten.

Hvorfor reise ut i verden?

Etter 14 år i norsk allmennmedisinsk tjeneste meldte seg et økende behov for et avbrudd fra den daglige dont ved Ullevål Hageby Legesenter i Oslo. Skulle jeg ta et vikariat ved legevakten i Oslo? Eller et sykehusvikariat? Reise ut som skipslege? - eller kanskje fredsbevarende arbeide i FN-regi? Passelig moden fikk jeg se en helsides annonse i tidsskriftet og tente på den. Forsvarets Sanitet spurte, da

jeg kontaktet dem, nærmest om jeg kunne reise «allerede i dag eller ville vente til imorgen tidlig?» Det var altså flere udekkede stillinger ved sykehuset i Tuzla, og åpenbart vanskelig å fa tak i nok leger. Samtidig så det ut til at allmennlegestillingen ville dekke mitt behov både for faglig fornyelse og opplevelser. Det skader jo heller ikke å delta i fredsbevarende arbeide!

Den 27. desember 1994 reiste jeg altså nedover, med en 6 mnd. kontrakt i lommen, vikar installert på kontoret og nærmere 50 kg bagasje hentet på Sør-Gardemoen. Man reiser ikke lett i Bosnia nå til dags.

Reisetiden Oslo – Split er få timer med fly som går i rute. Fra Split til Tuzla er avstanden noen få hundre kilometer, mens reisetiden er vanskeligere å beregne. Kanskje går det et helikopter i dag eller imorgen, eller kanskje en konvoi i overmorgen? (Ikke uten grunn kalles FN's reisesystem for MAYBE AIRLINES!)

For min del ble det konvoi, en tur som tok 17 timer en tur med mange sterke inntrykk. Man passerte vakre Mostar, byen og dalen som nå ligger i ruiner. Den gamle veien til Tuzla går enkelte steder så nær konfrontasjonslinjen at FN, ikke minst v/ norske veiingeniører har måttet bygge nye, sikrere veier gjennom skog og fjell i ofte nokså norsk natur, og med en veistandard som minner mye om norske fjellveier i vårløsningen. På enkelte strekninger er eskorte nødvendig, og man ifører seg skuddsikker vest og hjelm. På denne min første reise gjennom Bosnia var spenningen stor til tider – etterhvert blir dette endel av hverdagen for de som ferdes på veiene.

Litt om rekruttering av leger

På legesiden er kompaniet satt opp

med 4 kirurger, 2 anestesileger, 1 overlege vanligvis kirurg, 3 allmennleger og p.t en stilling delt mellom indremedisin og microbiologi. Det har tidvis vært svært vanskelig å rekruttere spesielt kirurger og anestesileger, og svenskene har måttet stille opp. Vår erfaring er at det ikke først og fremst er mangel på villige leger – det er derimot mangel på forståelse og velvilje fra avd. sjefer og kolleger, slik at mange kvier seg for å ta ut den rett man har til slike permisjoner. En mere støttende holdning til leger som vil reise ut ville løse et stort problem for norske FN-misjonere.

I de tre allmennlegestillingene er det p.t. full dekning: Kommuneoverlege Richard Jacobsen, Voss, bydelsoverlege Gunnar Kvalvaag, Nordstrand og meg selv.

Allmennlegene

har 1 stilling i sykehusets mottak og to i sanitetstroppens utrykningslag. I praksis er de tre stillingene likeverdige, i det vi roterer i stillingene. Kompaniet, er p.t. underlagt den Norske Logistikkbatalljonen NORLOGBAT, og bedriver medisinsk logistikk for FN-personell i regionen. NORMEDCOY er forlagt i en fhv truck-stop stasjon i landlige omgivelser noen km utenfor Tuzla sentrum. Sykehuset er et 3. linjes feltsykehus. Allmennlegen driver poliklinikk for FN-personell, sivilt FN-ansatte og i noen grad øvrige sivile. Fordi vi er en logistikkenhet er det ikke vår primære oppgave å betjene sivilbefolkningen i sin alminnelighet – dette gjør det sivile helsevesen selv med støtte av en rekke internasjonale hjelpeorganisasjoner.

Den polikliniske virksomheten kan sammenliknes med norsk allmennpraksis. Pasientmaterialet er



Feltsykehuset – på folkemunne kalt «Blue Factory» – en vinterdag januar 1995.

dog selektert blant presumptivt friske unge menn og kvinner. Sykdomspanoramaet dreier seg derfor mest om banale lidelser som ØLI, allergier, småskader o.l. Av spesielle ting kan nevnes at det i den svenske bataljonen har herjet et på folkemunne kalt «svensk kjøtttetende virus» – som har nedlagt svenske soldater en masse og påfølgende innleggelse her med diffuse pneumonier. Nevnes bør også HFRS, Hemorragisk Feber med Renalt Syndrom, en hissig variant av det vi i Norge kjenner som Nephropatia Epidemica. Denne tilstanden opptrer i perioder epidemisk på Balkan, og har vært sett endel i vinter blant lokalbefolkningen, men er så langt ikke sikkert diagnostisert blant FN-personell. Tilstanden kalles på folkemunne musepest og kan ha en dødelighet på opptil 15 %.

UTRYKNINGSLAGET består av allmennlege, sykepleier og evt sanitetsbefal. Teamet rykker ut i forbindelse med ulykker, skader og sykdom blant FN-personell i hele Bosnia, sjeldnere også til sivile pasienter og da oftest i regi av UNHCR. Avstandene kan være store, og det dreier seg derfor oftest om utrykning med helikopter, sjeldnere i pansret ambulanse.

Jeg forsøkte å børste støv av mine akuttmedisinske kunnskaper

under forberedelsene, men må med en viss beklagelse konstatere at støvet har landet omtrent der det lå. Jeg oppdaget at jobben besto i å HOLDE BEREDSKAP, mere enn det å rykke ut. Utrykning skjer neppe oftere enn x 1/uke, og inntil jeg aksepterte at det var slik det var, følte jeg det personlig som en belastning å gå i beredskap uten at det annet enn sporadisk var bruk for mitt arbeid. Når det så er utrykninger, har ofte pasienten fått god primærbehandling og er klar for transport. Men: dramatisk unntak forekommer, og vi får da bevis for at det er behov for denne tjenesten i UNPROFOR. Trafikkskader har vært vanligst, men også granat- og mineskader har forekommet.

Hva med de sivile?

Norske media har skapt et bilde av NORMEDCOY der man soler seg, bader i bassenget (som forøvrig er ført opp på dugnad og for innsamlede midler!) og for det meste driver dank. Og: kunne man ikke heller gjøre en innsats for den krigsrammede sivilbefolkningen? Svaret er både ja og nei. Vår primære arbeidsoppgave er å gi sanitetsstøtte til UNPROFOR, samtidig som det faktisk bedrives endel medisinsk og humanitært arbeid,

spesielt i flyktningeleirene. Det er rundt 200.000 flyktninger (her kalt D.P.'s = displaced persons) bare her i Tuzla-området, og endel av disse bor i s.k. «settlements» som bl. a. drives av Norsk Folkehjelp. Her er hjelpebehovet stort, både i forhold til mat, klær og medisinsk hjelp. På sykehuset mottar vi også sivile som henvender seg direkte, spesielt barn, og voksne med skader. Sykehuset har et nært samarbeide med sykehuset i Tuzla, til glede og nytte for begge parter. På MEDCOY opereres daglig 3-4 pasienter derfra, ofte av lokale kirurger mens vi stiller lokaler, utstyr og personell. Vi blir stadig imponert over hvordan Tuzla sykehus klarer sine oppgaver, og hvor godt de er trent i katastrofesituasjoner.

Er det farlig å være i Bosnia?

Også her blir svaret ja og nei. Bosnia ER et land i krig, og det merkes på mange måter. Når dette

Utrykningslaget trener på evakuering av sårede i vinsj til helikopter.





Forfatteren på vei over serbisk-kontrollert territorium til Srebrenica. 21 sivile pasienter og 14 pårørende ble evakuert til Sarajevo for medisinsk behandling.

skrives skjer tingene fort og ingen vet hvor dette ender. Stadig oftere hører man om FN-personell som er blitt beskytt. I Tuzla by er det nå daglig granatnedslag, og alle kjenner vel de tragiske følgene av nedslaget i Tuzla sentrum skjærtorsdag, her på «ungdommens dag», der 75 barn og unge ble drept og hundretalls såret. Spesielt sanitetstroppen ved NORMED-COY ferdes mye på veiene og er utsatt, men har hittil ikke opplevet personskader som følge av krigshandlinger. I løpet av den tiden jeg har vært her har vi ikke en gang følt oss direkte truet, selv om vi ofte hører alarmen i Tuzla og granatnedslag ikke alt for langt unna.

Velferd

I løpet av 6 mnd opparbeides i alt 3 ukers fri og man får 1 gratis hjemreise i perioden. Innkvarteringen er i prefabrikerte bocontainere, 2 i hver. Vask av bolig og klær tar sivilansatte Bosniere seg av. Feltprest på stedet, gudstjenester holdes i det nye kombinerte bar-og kirkebygget. Aktivt idrettslag med mange aktiviteter I sommervarmen – som er virkelig varm!- kan man avkjøle seg i tidligere nevnte lille basseng. Tollfrie varer er tilgjengelige, spesielt sprit og tobakk er rimelig. FN-butikke-

ne fører også elektronikk, fotoutstyr klær og endel militære kramseffekter som alle «må ha». Det sosiale miljøet er godt og den militære stilen nokså avslappet. Bevegelsesfrihet ut av leiområdet er begrenset, men i rolige perioder er det mulig med både sightseeing i området, kafe-og restaurantbesøk i Tuzla, og weekends kan fortsatt med hell tilbringes på Dalmatias kystens perler både på øyene og på fastlandet. Telefon hjem er dyr, og postgangen uberegnelig.

Om 10 dager reiser jeg hjem for godt. Jeg ville overhodet ikke hatt dette gjort, og mange minner og opplevelser er lagret på harddisc'en, de aller fleste i skuffen for gode minner. Jeg ville ikke bli overrasket om jeg reiste ut igjen – kanskje om noen år? – og der ville jeg nok treffe igjen endel herfra som er bitt av basillen og stadig sirkulerer i systemet: Libanon, Irak, Bosnia – hva blir det neste? I retrospekt kan jeg vel si at den største utfordringen ikke ble den medisinske-faglige, men snarere den personlige. Det var dager da jeg spurte meg selv om hva jeg gjorde her nede, i et land i krig, iført uniform, innkvartert i vinterkald container sammen med vilt fremmede, lite privatliv og lang vei hjem til de jeg er glad i og det jeg ellers setter pris på i et normalt liv hjemme.

Svaret er tredelt: det er tilfredsstillende å se at man tåler dette godt, det har gitt så mangeslags opplevelser, og jeg gleder meg svært til å komme hjem. OG: jeg tror jeg tåler det en gang til – om en stund. Kanskje.

*Stein Wiel
Ullevål Hageby Legesenter
Oslo*

ERKLÆRINGEN

**Da krigen ble erklært
med pomp og parade
grep jeg mitt mot
med begge hender
og tok livet av det.**

Jacques Prevert
Gjendiktet av Carl Fredrik Prytz

Eksamensoppgåvene i allmennmedisin

har dei noko å læra oss?

Tekst: Eivind Vestbo

Allmennmedisin er meir pragmatisk enn nokon annan spesialitet. Vi plukkar frå kunnskap og røynsle og set saman handlingspakkar etter pasientens individuelle behov slik vi tolkar desse. Men allmennmedisin er likevel eit fag der det er turvande med avgrensa innhald og normer for handling.

Normene har tidlegare langt på veg vore kollegiale i praktisk samarbeid og gjensidig påverknad. Etter kvart har dei allmennmedisinske institutta, tidsskrifter og lærebøker i allmennmedisin spela ein aukande rolle.

Det endelege svaret på kva som er god allmennmedisin, er likevel ikkje gitt. Universiteta prøver å svara gjennom den kunnskapen dei gir studentane. Dette er svar som praktikarane veit lite om utover studieplanar ol. Eksamensoppgåvene er i denne samanhengen interessante. Dei bør ideelt formulera problemstillingar i kjernen av tilpassa praksiskunnskap slik akademiet ser det.

Og den beste måten å nærma seg oppgåvene på, må vera å løysa dei. Vi innviterer difor lesarane til å senda løysingsframlegg til Utposten i «brev frå lesarane» form. Etter nærare samråd med innsendar vil vi ta svaret inn i bladet i von om kunnskapsoverføring og meningsutveksling.

I denne omgang har vi vald å plukka nokre eksamensoppgåver i allmennmedisin frå vår 95 ved UiB. Settet er delt inn i tre med resonnerande, kort svar og fleirvaloppgåver. Fleirvaloppgåvene er reine kunnskapstestar og eignar seg difor ikkje til vårt føremål.

Fleire av oppgåvene er gode og henta frå sentrum av ein kjent kvardag. Grip difor pennen slik at vi kan få til ein liten ein diskusjon om vår praktisk kliniske tilnærming!

Resonnerande oppgåve:

I mange kommunar legg ein vekt på at kreftpasientar kan få vere heime i terminalfasen. Drøft allmennpraktikarrolla i slik heimebasert terminalomsorg, og gi konkrete døme på arbeidsmetodar og legeoppgåver med utgangspunkt i den følgjande pasienthistoria.

Wilhelm Uthaug er 77 år

gamal og har i 5 år vore behandla for myelomatose med operasjon, stråleterapi og cytostatica. Han har no fått påvist kreft i ryggsoyla, bekken og hofter. Berre palliativ behandling skal gjevast. Han har sterke smerter i ryggen, kan ikkje reise seg utan hjelp og klarer ikkje å gå over golvet. Han klarer vannlatning i ståande stilling, og har

dostol. Han er plaga med hard mage, har kvalme og får berre i seg flytande næring. Han er sterkt deprimert og har daglege gråtetokter når han tenker på døden. Som legen hans får du telefon frå sjukehuset om at han skal utskrivast, han ønskjer å døy heime. Medisinar: Morfinmikstur 20 mg x 4, Sarotex 25 mg x 2 (amitriptylin, antidepressiva). Siste blodprøver; Hb 7,6, SR 90. Han bur i eige hus saman med kona Astrid (73 år). Ho er frisk, men lita og vever. Einaste dottera er sjukepleiar, men bur i ein annan landsdel.

Kortvarsoppgåver

Wilhelm Uthaug er no svært dårleg, og livet går mot slutten. Det er fast vakt frå heimesjukepleien kvar natt.

Helse- og sosialsjefen ringjer deg og seier at dei ikkje har meir pengar på ekstravaktbudsjettet, og han forlanger no som din overordna at du legg pasienten inn på sjukehus. Du og familien er usamde i dette utfrå det opplegget som tidlegare er skissert for pasienten. Kan du nekte å legge inn pasienten?

Grunngi svaret!

På legevakt vert du kontakta av ei eldre kvinne som ber deg undersøkje mannen hennar på 83 år som plutsleg er blitt så «rar». Du kjenner ikkje denne familien frå før. Bortsett frå eit hjerteinfarkt for nokre år sidan har pasienten vore frisk fysisk og psykisk. Du kjem heim til han, og seint same kvelden undersøker du han. Han er

tydeleg forvirra, uroleg, masete. Han er svett, puls 108. Han verkar litt tungpusten og hostar ein del. Kona har målt temperaturen til 38,0 grader.

- 1) Kva diagnoser er mest sannsynlege?
- 2) Korleis vil du utrede pasienten i sjukebesøket?

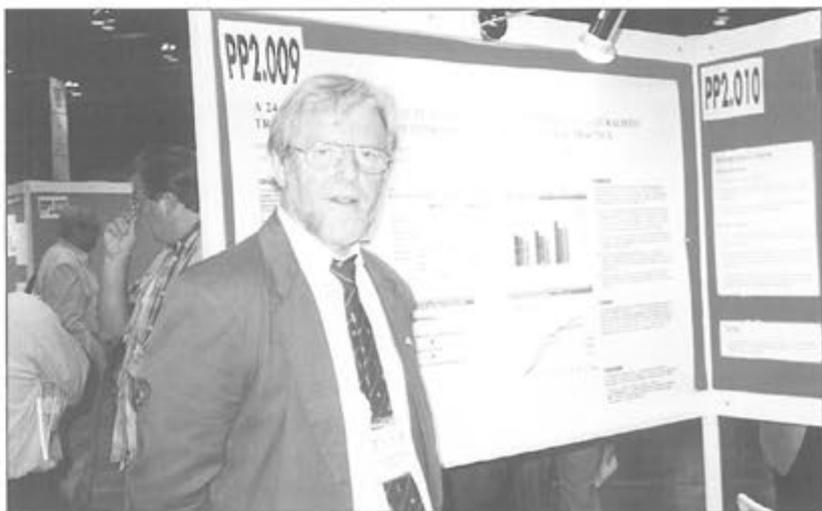
Odd Olseth (f.13,04,48) er salskonsulent i eit meieri. Han er tidlegare frisk. Hausten 94 hadde han ein konsultasjon hos deg der han fekk utskrive 20 tablettar Paralgin Forte for hovudpine. Han følte seg då svært stressa i høve «planar for EU tilpassing med innskrenkingar i bedrifta. Han kjem no att og gjev uttrykk for sterk uro for helsa si. Dei siste 2 vekene har han hatt sterk hodepine. Den er jamt trykkande, som eit band rundt hovudet, men spesielt sterk over panneregionen. Nokre dagar kjem smerten ved frukosttid, nokre dagar kjem den sigande utpå dagen. Han har mista konsentrasjonen på jobb, og eit par dagar har han stått over matpakka på grunn av kvalme. Han føler seg ikkje bra. Han er nå pålagt ekstraarbeid i høve det komande årsmøtet i bedrifta. Han reknar med overtid 3-4 dagar i veka dei neste par vekene. Han ber om meir Paralgin Forte då han må være i form dei neste dagane.

- 1) Kva 3 diagnoser vil du rekna som mest sannsynlege?
- 2) Anta at det er 90 % sannsynleg at han har ein av dei 3 diagnosane du har foreslått ovanfor. Korleis vil du fordele dei 90% på diagnosane?
- 3) Kva anamnesefaktorar og funn ved klinisk undersøking vil du legge vekt på for å skille dei to første differentialdiagnosane frå kvarandre?
- 4) Kva handlingstiltak vil du setja i gong i denne konsultasjonen?

Lykke til!

*Eivind Vestbo
4160 Finnoy*

Norsk allmennpraktiker vant posterprisen på WONCA-kongressen



Det er ikke bare norske idretts-gutter og -jenter som tar medaljer og innbringer fedrelandet ære. Uten at det har frembrakt de fete avistyper vant Hans Petter Madsbu, ektefødt nordmann, i juni posterprisen på den 14. verdenskongress for allmennpraktikere (WONCA-kongressen) i Hong Kong.

Hans-Petter er allmennpraktiker i Elverum. Sammen med U. Malt, O.H. Robakk, O.Bakke, M. Loeb og T. Smedsrud har han bedrevet en undersøkelse av behandling av depresjon i allmennpraksis.

370 pasienter ble inkludert, studien behørig utført dobbelt blindt og med behandlingstid på 24 uker. Den tok sikte på å undersøke effekten av det ikke-registrerte antidepressivum sertralin (Zoloft). Det ble sammenlignet med mianserin (Tolvon) og med placebo som kontroll. Alle pasienter fikk dessuten psykologisk støttebehandling. Rekrutteringsgrunnlaget var pasienter som oppsøkte allmennpraksis med symptomer på

depresjon. MADRS-score over 20 ble ansett som behandlingsindikasjon (akronymet har ikke noe med MADsbu å gjøre, men er en depresjonskala utviklet av Montgomery og Aasberg).

Design av studiet er såkalt naturalistisk, dvs det ligner, så godt det lar seg gjøre, på forholdene i allmennpraksis (uten at det fremgår hvem sin allmennpraksis). Eksempelvis ble pasienter som i startfasen responderte på placebo, ikke ekskludert, noe som ikke gjør tolkningen av resultatene lettere. Studien viste imidlertid at sertralin er effektivt i behandlingen av depresjoner og har få bivirkninger.

Vi vet ikke om posterprisen har utløst manisk fase oppe i Elverum. Dessverre var prisvinneren ikke tilstede ved avslutningen av konferansen for å motta prisen og misunnelige kollegers gratulasjoner. Her benytter imidlertid UTPOSTEN anledningen til å utbringe de hjertelige lykkeønskninger med et gjevt trofé.

Sonja Fossum



Når nettene blir lange...

UTPOSTENS 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) 56 14 40 42 (fax)

x400-e-post: G=john S=leer P=ccmail A=telemax C=no

E-post Internet: john.leer@isf.uib.no

Enkle ergonomiske tiltak kan forebygge skjermrelaterte plager i øynene og nakke-/skuldermuskler

Tekst: Steffen Torp



Steffen Torp er cand. polit. og fysioterapeut. Han arbeider ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, seksjon for arbeidsmedisin, Universitetet i Bergen.

Som mange av sine pasienter er også en del leger plaget med smerter eller ubehag i øyne, hode og nakke/skulder/arm. Disse plagene kan selvfølgelig skyldes mange ulike forhold. Arbeidssituasjonen ved datamaskinen kan være en av de mange mulige årsaker. Jeg skal her gi en del råd for hvordan man relativt enkelt kan forebygge plager

ved å benytte gunstig «arbeidsteknikk» og å plassere skjermterminalutstyret på en mest mulig hensiktsmessig måte. Det er ikke gjort mange gode vitenskapelige forsøk på hvordan en skjermterminalarbeidsplass bør tilrettelegges. De råd jeg her gir bygger dels på vitenskapelige undersøkelser og dels på egne og andre praktiserende ergonomers/fysioterapeuters vurderinger og erfaringer.

Det viktigste prinsippet for å forebygge terminalrelaterte plager er trolig at en ikke arbeider i for lange perioder av gangen ved skjermen, og at en føler at en mestrer den praktiske bruken av de programmer en nytter. I tillegg til slike organisatoriske forhold viser bl.a. Faucett & Rempel (1) og Dainoff (2) at den fysiske plassering og utforming av terminalutstyret har betydning for utvikling/forebygging av plager i nakke-skulderområdet.

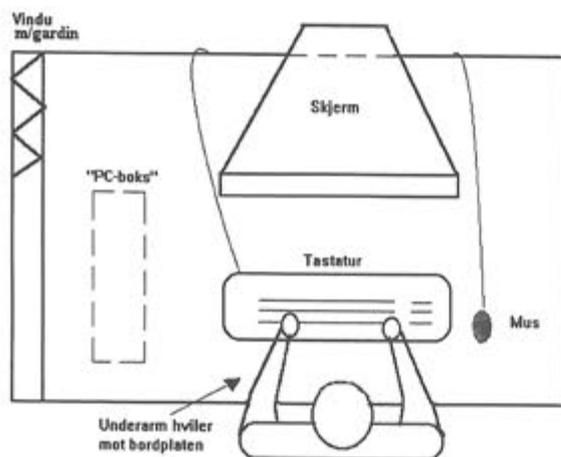
Da terminalarbeidet innebærer belastning for både kropp og syn, og da disse forhold påvirker hverandre gjensidig (3), er det viktig at en kombinerer kunnskap fra både syns- og kroppsergonomi når skjermterminalarbeidsplassen skal organiseres/planlegges. En god sittestilling med god støtte for beina, god støtte for korsrygg, og en bordhøyde som gir støtte for

underarm når overarmen henger ned ved siden av kroppen, er utgangspunktet for de synspunkter vedrørende arbeidsstillinger som vil bli skissert under.

Plassering av skjerm, tastatur og datamus

De fleste PC-skjermer er plassert oppå CPU'en («PC-boksen») slik at en ser relativt rett frem (eller ca. 15 grader ned) når en fokuserer midt på skjermen. Tradisjonelt har dette vært betraktet som en gunstig arbeidsstilling fordi hodet og nakken da holdes i en naturlig stilling. De siste par år er det satt spørsmålsteget om denne plasseringen av skjermen faktisk er det beste for brukeren. Forskere ved bl.a. synslaboratoriet/Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo hevder ut i fra synsergonomiske prinsipper at en reduserer belastningen på øynene, og med det også belastningen på nakkemuskulaturen, ved å senke skjermen til 35-45 grader under horisontalplanet (4, 5). I tillegg hevdes det at uttørring av øyet blir mindre ved å ha skjermen lavere enn ca. 15 grader under horisontalplanet. Det kan mao. synes som om en senking av skjermen kan være en fordel for mange brukere. Skjermen bør plasseres ca. 60 cm. fra operatøren.

Plassering av skjerm, tastatur, mus og «PC-boks»



Dersom en har støtte for hele underarmen mens en arbeider med tastatur eller mus reduseres muskelspenninger i nakke-skuldermuskulaturen sammenlignet med om en ikke har slik støtte, eller om en bare har støtte under håndleddet (6). Musa bør plasseres på siden av tastaturet, og det er viktig at en har god plass for å bevege denne. Med en slik plassering av skjerm, tastatur og mus som her er beskrevet trenger en ikke eget terminalbord. Et relativt stort og dypt skrivebord er imidlertid en stor fordel.

Bruk av datamus

En teori for hvorfor mange får vondt i bla. underarm ved bruk av mus («musesyke») er at man holder musen krampaktig, og at «klikkefingeren» (oftest pekefinger) holdes i lengre tid i en statisk venstilling over musetasten. Ut fra en slik tankegang er det viktig at en håndterer musen løst og ledig, og at klikkefingeren får hvile mellom klikkene. Det finnes i dag mus der en klikker med tommelfingeren i stedet for pekefingeren. En slik mus gir bedre muligheter for at klikkefingeren (dvs. tommelen) kan hvile på bordplaten når den ikke benyttes. Man kan også trene seg opp slik at man kan veksle mellom å bruke musen med begge hender eller med ulike fingre (f.eks. pekefinger og langemann). Man kan også erstatte

musebruk med bruk av funksjonstaster og tastaturkoder. En del nybegynnere anstrenger seg unødige mye for å treffe med pilen og å «klare» dobbeltklikket. Dette avhjelpest lett ved å redusere hastigheten på pilen og dobbeltklikkene. (I Word for Windows brukes kommandoene: «hovedgruppe» – «kontrollpanel» – «mus»). Musematte kan også være nyttig.

Lysforhold

Skjermen bør ikke plasseres slik at mye dagslys faller inn på skjermen da dette reduserer bildekvaliteten. Skjermen bør heller ikke plasseres slik at operatøren får mye dagslys i øynene fordi det da blir anstrengende å lese det som står på den relativt mørke skjermen. Generelt anbefales det at skjermen plasseres slik at operatøren hverken har vinduet foran eller bak seg, men på siden av seg og skjermen når han arbeider på denne. Å trekke skjermen noe vekk i fra vinduet kan være gunstig for lysforholdene på skjermen. Pga. bildekvaliteten bør en så langt det er mulig også unngå å få reflekser på skjermen fra armaturer, bordlamper ol..

I følge Lie (3, 5) hviler øynene når de fokuserer på gjenstander på litt avstand. Det er derfor en fordel at man ikke plasserer skjermen så langt fra vinduet at en ikke har mulighet for å hvile øynene ved å kaste «lange» blikk ut.

Oppsummering

For leger (og andre) som ønsker å tilrettelegge sin skjermarbeidsplass best mulig kan det anbefales at de forsøker følgende:

Justér stol og bord slik at du sitter godt (balansestol anbefales også!).

Plassér skjerm, tastatur og mus på skrivebordsplaten. Eget terminalbord er ikke nødvendig.

Plassér «PC-boksen» under bordet (dette fører til at høyden på skjermen reduseres og at forstyrrende støy/susing reduseres til et minimum)

Plassér skjermen slik at mye dagslys fra vinduet verken faller på skjermen eller i øynene.

Arbeid med underarm hvilende mot bordplaten

Vær bevisst på hvordan musen brukes. Variér eller forbedre arbeidsteknikken. Erstatt gjerne musebruken med bruk av funksjonstaster/tastaturkoder.

Variér arbeid og arbeidsstilling mest mulig!!

Steffen Torp
Institutt for samfunnsmed. fag
avd. for arbeidsmed.
Ulriksdal 8c
5009 Bergen

Referanser

1. Fauceit J, Rempel D. VDT-Related Musculoskeletal Symptoms: Interactions Between Work Posture and Psychosocial Factors. *Am J Ind Med* 1994; 26: 597-612.
2. Dainoff MJ. Ergonomic Improvements In VDT Workstations: Health and Performance Effects. I: Sauter SL, red. Promoting health and productivity in the computerized office. Models of successful ergonomic interventions. London: Taylor and Francis, 1990.
3. Lie I, Watten R. Oculomotor factors in the aetiology of occupational cervicobrachial diseases (OCD). *Eur J of Appl Physiol* 1987; 56: 151-6.
4. Paulsen T. Proof-Reading from VDU: The Effect of Vertical Gaze Direction on Speed, Acuity, Subjective Discomfort and Preference. Oslo: Institute of Psychology, University of Oslo, 1990.
5. Lie I, Fostervold KI. Mot en ny optimaliseringsstandard for skjermarbeidsplasser. *Om ergonmi* 1994; 1: 10-2.
6. Aarås A. Arbeidsbelastning ved dataterminalarbeid. *Ramazini* 1994; 2: 6-12.

Farmakoterapi i allmennpraksis

22.-24. november 1995

Spesialitetskomitéens godkjenninger: Allmennmedisin (O), bedriftslege Dnlf (25 t).

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

Læringsmål: Allmennpraktikeren skal lære:
Praktisk kunnskap om vanlige behandlingsprinsipper og behandlingsmål.
Vurdere legemidlers effekt hos den enkelte pasient.
Få økt innsikt i egen forskrivningspraksis.
I hvilken grad pasientene bruker medisinen slik legen har forutsatt.
Hvordan legen kan samarbeide med apotek om bedre Compliance.

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

Kursledelse: Knud H. Landmark, Institutt for farmakoterapi
Ingrid Matheson, Institutt for farmakoterapi
Åsa Rytter Evensen, Institutt for allmennmedisin
Khang Ngoc Nguyen, Institutt for farmakoterapi
Kristin Klem, Jernbanetorget apotek

Påmelding: Koordinatorkontoret for legers videre- og etterutdanning, Kirurgisk klinikk, Ullevål sykehus, 0407 Oslo innen 10. oktober 1995.

Antall deltagere: 60

Kursavgift: Kr 900 (+ frivillig kr 700 for lunsj og kaffe + kr 300 for fellesmiddag, betales på forhånd av dem som ikke skal bo på konferansestedet).

Kurslitteratur: Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell må medbringes.

Farmakoterapi i allmennpraksis

Onsdag 22. november

Møteleder: Åsa Rytter Evensen

09.45 Praktiske opplysninger, læringsmål

Åsa Rytter Evensen

10.00 Hva er klinisk farmakologi?

– Individuell følsomhet

– Terapistyring

– Bivirkninger

– Interaksjoner

Harald Olsen

10.40 Spørsmål om terapistyring

– problemer fra egen praksis

Harald Olsen

11.15 Pause

11.30 Gruppeoppgaver

(hypertensjon, hjertesvikt, arytmier)

Knud H. Landmark

Åsa Rytter Evensen

12.30 Lunsj

14.00 Gjennomgåelse av gruppearbeid med innlagt teori

Åsa Rytter Evensen

Knud H. Landmark

15.40 Pause

16.00 Farmaøkonomi og helseøkonomi

Ivar Sønbo Kristiansen

17.30 Svettis og friskis

19.00 Festmiddag

Torsdag 23. november

Møteleder: Khang Ngoc Nguyen

09.00 Dyspepsibehandling – hva er nytt?

Ivar Guldvog

10.00 Spørsmål om behandling av dyspepsirelaterte sykdommer

Ivar Guldvog

11.00 Pause

11.15 Gruppeoppgaver – astma og allergi

Olav Kåre Refvem/Øyvind Råstad

12.30 Lunsj

14.00 Gjennomgåelse av gruppearbeid med innlagt teori

Olav Kåre Refvem/Øyvind Råstad

15.15 Pause

Tore Rud er død

Tore Rud var med på å skape Utposten i 1972. Som distriktslege i Sandøy kommune i Ytre Romsdal var han med på å lage en visjon om en bedre distriktshelsetjeneste i perifere strøk. I tillegg hadde vi som startet dette tidsskriftet, en målsetting om å sette denne opprustningen av helsetjenesten i distriktene inn som en viktig del av en helt nødvendig opprusting av primærhelsetjenesten i hele landet. Utposten var provokatorisk pådriver for en forbedret primærhelsetjeneste i 70-årene. Tore Rud var Utpostens inspirator fra starten. Han bidro med startkapital og ideer. En viktig hendelse var da hele det første nummer kom bort i posten på vei til trykkeriet. Da var det lett å gi opp, for vi hadde ikke manus på PC dengang. Når slik motgang kom var han vår oppmuntring.

Tore var også med på å knesette prinsippet om at redaksjonsmedlemmene i Utposten bare skal sitte i fem år. Deretter går penger, rettigheter, ære og nattarbeid videre til en ny redaksjon.

Etter at Tore døde av hjerneslag på legevakt, har tankene først og fremst gått til Kari og barna og alle de lykkelige stundene vi hadde på redaksjonsmøter på Steinshavn. De tre distriktslegefamilie i Ytre Romsdal ble en slags storfamilie i disse årene. I tillegg går tankene til hans nye familie som han startet «Det syngende kjøkken» med. Hensikten var å skape glede og god mat og sang i private hjem. Tores sang har nå forstummet.

Kolleger i Utpostens første redaksjon:
Harald Siem Per Wium

Den nye samfunnsmedisinen – ny vin på gamle krukker?

Tekst: Hogne Sandvik



Hogne Sandvik (40) er universitetsstipendiat ved Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen. Tidligere kommunelege i Radøy. Spesialist i allmennmedisin. Egne forskningsprosjekter innenfor områdene urininkontinens og medisinsk historie. Medlem i Allmennmedisinsk Forskningsutvalg. Webmaster ved Institutt for samfunnsmedisinske fag.

Samfunnsmedisinen strever med sin identitet. Universitetsinstituttene er blitt avdelinger for assortert medisin, fagene er diffuse og overlappende (1). Utposten har på lederplass uttrykt engstelse for at allmennmedisinen vil drukne i disse store samfunnsmedisinske instituttene (2).

(Artikkelen bygger på foredrag ved kurset Samfunnsmedisin – globalt og lokalt. Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo 8.5.1995)

Internasjonalt lanseres en ny samfunnsmedisin som svar på vår tids helseutfordringer (3,4). Instituttet i Oslo arrangerte nylig et kurs hvor man fokuserte på «The new public health». Kursansonsen antydte de viktigste arbeidsprinsippene for denne nye trenden:

1. Synliggjøring og påvirkning av politiske rammebetingelser for helse.
2. Samvirke med andre fag og sektorer for å skape gode helsebetingelser i nærmiljøene.
3. Engasjering og kvalifisering av lokalbefolkningen til samfunnsmedisinsk selvhjelp.
4. Vekt på sosial rettferdighet med prioritet til underprivilegerede grupper.

Hvor nye er egentlig disse prinsippene? Rudolf Virchow (1821-1902), berømt patolog og revolusjonær samfunnsmedisiner, ville sikkert ha nikket gjenkjennende til den «nye» samfunnsmedisinen (5). Kanskje de gamle norske distriktslegene ville gjort det samme?

Ytre Nordhordland legedistrikt

Strilene fikk sin første distriktslege i 1837. Han het Peter Klouman (1807-62), var bosatt i Bergen, men hadde ansvaret for hele distriktet rundt byen, fra Os og Sund i sør, til Masfjorden i nord. Befolkningen utgjorde på denne tiden ca 40 000 mennesker.

Etter hvert ble det klart at distriktet var i største laget, og i 1853 ble Ytre Nordhordland utskilt som eget legedistrikt. Dette distriktet bestod av to prestegjeld, Lindås og Manger. Distriktslegene var fra nå av bosatt i Lindås hovedsogn.

Det viste seg snart at lokalbefolkningen var nokså ambivalent til dette nye tilbudet. Legen var et fremmedelement, en akademisk kuriositet som de hadde vanskelig med å forholde seg til. Og særlig var skepsisen utbredt i Manger. Der ble de første distriktslegene møtt med direkte fiendskap og trusler (6).

Økonomien var en viktig grunn til denne holdningen. Tidligere kunne man skylde på at legen bodde for langt vekke når man unnlot å tilkalle lege. Det hendte flere ganger hvert år at fødende ble liggende i dagevis og døde uforløst, uten at lege ble tilkalt (7). Unnskyldningen var gjerne at legen bodde for langt unna. Men etter at de hadde fått lege i rimelig nærhet, mistet dette argumentet sin kraft. Den grelle situasjonen stod tydelig fram: fødende kvinners liv ble ofret, fordi man ville spare penger til legehonorar.

Den første distriktslegene i Ytre Nordhordland ga opp etter ett år. Han hadde da hatt ett eneste sykebesøk til hele Manger prestegjeld i løpet av året. Inntektene ble for små, han sa opp stillingen, og flyttet til Nord-Norge.

Distriktslege Michael Krohn (1822-97)

I 1855 kom den nye distriktslegene, Michael Krohn. Han hadde blitt herdet gjennom 10 års virke som lege i Lofoten og Vesterålen, og ga ikke opp så lett. Han kom fra en kjøpmannsfamilie i Bergen hvor faren var russisk visekonsul. Onkelen (med samme navn) var stifter av Bergenske dampskipsselskap og Bergens privatbank, broren Henrik var forfatter og stifter av Vest-



Michael Krohn var distriktslege i Ytre Nordhordland fra 1855 til 1863.



Thomas Collett var distriktslege i Ytre Nordhordland fra 1863 til 1884.

mannalaget. Altså en nokså fornem og borgerlig bakgrunn, sett i forhold til den jevne strilebefolkningen.

Krohn kjente jo til forgjengerens problemer, og noe av det første han gjorde var å inngå en avtale med formannskapet i Lindås. Han fikk en slags lokal fastlønsordning. Mot et fast årlig honorar skulle han stå til tjeneste for innbyggerne. Befolkningen slapp å betale i dyre dommer for å søke lege. Og denne ordningen viste seg svært gunstig. Tilliten til legen økte raskt, og han ble flittig benyttet i Lindås. Når økonomien ble tilrettelagt, ble legen benyttet.

Befolkningen i Manger var mer gjenstridig. Her var overtro, trolldom og fatalisme svært utbredt, og legen ble sett på som en utidig innblanding og en helt unødig økonomisk belastning. De kunne ikke forstå hvorfor staten bebyrdet dem med en distriktslege. Så der ble det ingen fastlønsordning.

Mangerstrilen var skeptisk til nymotens vitenskap. Forsøk på opplysning ble ofte møtt med favoritt-uttrykket «Dei vise forvid-

le væræ!» (de kloke leder verden på ville veier). Kunnskap ble sett på som noe syndig og farlig (8). Det gikk faktisk 3 1/2 år før Krohn ble bedt om å komme i et ordinært sykebesøk til Manger. Hvordan skulle han gripe an arbeidet i et slikt distrikt?

Opplysning og skolevesen

I medisinalberetningen fra 1856 trekker Krohn opp sin strategi: «..må man end indrømme, at lægen ikke kan udrette stort under de næværende forholde, så kan han dog i det mindste rive dem bindet fra øinene». Han ville satse maksimalt på opplysning.

Og anledningen til dette bød seg ved at distriktene ble pålagt å opprette permanente sunnhetskommisjoner. Disse kommisjonene var egentlig foranlediget av den spedalske sykdommen, men Krohn valgte å bruke møtene til alminnelig helseopplysning. Det første møtet i sunnhetskommisjonen i Manger ble holdt i desember 1855. Kommisjonen bestod av hele kommunestyret, og i tillegg

inviterte Krohn skolelærerne til møtene. Han ville ha størst mulig spredning av helseopplysningen.

De gamle distriktslegene var ivrige pådrivere for å bygge ut grunnskolen. Krohn benyttet anledningen til å refse politikere som neglisjerte dette viktige arbeidet. Det følgende er et kort utdrag av et innlegg han holdt i sunnhetskommisjonen (kommunestyret) i 1858. Det er et eksempel på samfunnsmedisinsk, politisk arbeid – selv om kanskje formen kunne vært noe mer avsløpet.

«Allerede det første indtrykk jeg ved min ankomst til distriktet modtog af Mangers præstegjeld var i høi grad ugunstigt. Anledning som jeg tidligere har havt til at gjøre mig bekjent med en større del af vore kystbeboeres åndelige standpunkt, vare mine forventninger vistnok ikke store, men jeg håbede dog at træffe skolevæsenet nogenlunde ordnet efter behovet, og de communale anliggender anbetroet til mænd valgt ikke ene og alene i den hensigt at knibe selv hvor det gjaldt de allernødvendigste udgifter, men som havde fået



Fra Colletts medisinalberetning 1877: «... og anser jeg derfor utskifningens fremme som sundhedskommissionens viktigste oppgave.» Foto: E.H. Torjussen. Dalane Folkemuseum.



Stend landbruksskole, ca. 1869. Her var Thomas Collett styremedlem. Foto: K. Knudsen. Universitetsbiblioteket i Bergen.

øinene såvidt åpne, at de innså umuligheten af at gjøre nogetsomhelst fremskridt til det bedre uden opofrelser.

Min erfaring har imidlertid desværre lært mig, at de mest sneverhjørte anskuelser og det strengeste gjennomførte kniberisystem gjør sig gjældende inden kommunerepresentationen, hvoraf naturligvis igjen følger, at af faste skoler findes ingen, og børnenes undervisning er overdraget til folk, der på grund af yderst tarvelige kundskaber selv lider af og underfordommer, overtro og fatalistiske anskuelser.»

Gjennom de neste årene holdt Krohn en rekke foredrag for sunnhetskommissjonen. Fotnote: (Krohns foredrag kan lese på internet: <http://www.uib.no/isf/Welcome.html>) Han tok utgangspunkt i de nære ting – bolig, klær, renslighet, mat og drikke. Han påpekte de åpenbare manglene han hadde observert, og krevde gjennomgripende forandringer. Forslagene og kritikken var neppe bare populær, og det beskrives til dels harde sammenstøt mellom distriktslegen og enkelte lokalpolitikere.

Krohn krevde gjentatte ganger at kommunestyret måtte ansette en jordmor. Han innbød kvinnene til møtene i sunnhetskommissjonen, kanskje for å legge press på de

gamle mannlige medlemmene. Men han lyktes aldri med å få noen jordmor til Manger. Er det rart at han ble frustrert? «Er nogensinde og nogetsteds den fri kommunale forvaltning kommet for tidlig til verden, er det i sandhed i Manger!»

Michael Krohn var en sterk og uredde personlighet. Han la aldri fingrene imellom når han fant noe å kritisere. Han ironiserte og latterliggjorde, kom med voldsomme utfall mot politikerne, og stilte stadig krav. Det er kanskje noen som kjenner seg igjen i denne rollen? Krohn ble aldri særlig populær i Manger.

Eilert Sundt (1817-74)

Eilert Sundt imøtegikk denne uhemmede kritikken. Han mente legene ødela for seg selv ved å bruke så sterke ord som de gjorde. En burde legge større vekt på å styrke allmuens selvfølelse, sa han. Bare ved å ta utgangspunkt i folks hverdag, vise dem respekt og litt psykologisk innsikt kunne man ha håp om å nå fram med opplysning (9).

Thomas Collett (1835-98)

Den neste distriktslegen het Thomas Collett. Han kom til distriktet

i 1863, ung og nyutdannet, hadde bare hatt et kort vikariat i Loppa og Måsøy før han kom til strilelandet.

Han valgte å fortsette tradisjonen med å holde foredrag i sunnhetskommissjonen. Men det kan se ut til at han la seg Eilert Sundts ord på minne. I alle fall ser vi lite til den hemningsløse kritikken som Krohn var eksponent for. Collett var tålmodig og systematisk, og bygde etter hvert opp et tillitsforhold til befolkningen. De kommunale myndighetene fikk smått om senn øynene opp for at de hadde et visst ansvar for folkehelsen.

Kommunal skabb

Et eksempel på dette var bekjempelsen av skabb. Det lyktes Collett å få Lindås kommune med på et felles kommunalt innkjøp av skabbsalve. 1/8 tønne salve ble plassert ut på hver skole i prestegjeldet. Collett laget dessuten en veiledning til lærerne, slik at de kunne utføre den praktiske behandlingen (10).

Dette er et godt eksempel på tverrsektorielt samarbeid mellom helsevesen og skole. Men Collett gikk videre. Etter hvert distribuerte han oppskrift på skabbsalve til folk flest. Han oppfordret til at

på aktivt, samfunnsmedisinsk arbeid. Eller politisk medisin. Men etter hvert gikk nok dette samfunnsmedisinske engasjementet over i mer rendyrket maktpolitikk. Han kontrollerte hele bygda (12).

Collett møtte også veggen. Han var høyremann, og var vel den viktigste grunnen til at Nordhordland lenge var det eneste høyrerdistriktet i Søndre Bergenhus amt. Vestlandet var jo ellers typisk venstreland på denne tiden. Men i begynnelsen av 1880-årene måtte Collett gi tapt. Da ble venstrebløgen så sterk at også han ble feid vekk. Og han forlot distriktet etter en karriere på over 20 år. Langt på vei kan vi si at han falt på sitt ekstreme samfunnsmedisinske engasjement.

Den nye samfunnsmedisinen er i mange henseender en retur til gamle verdier. Og vi trenger ikke gå til utlandet for å finne veivisere som har gått opp løypen tidligere (5). Men selv om de sentrale virkemidlene er velkjente, gjenstår det å se om de gamle krukkene også passer sammen med den nye vinen. Ikke alle er like overbevist om det (13).

*Hogne Sandvik
Seksjon for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 Bergen*

Litteratur

1. Gogstad A. Den samfunnsmedisinske begrepsverden. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1095-9.
2. Straume E. Hva slags allmennmedisinske institutt trenger vi? Utposten 1994; 23: 223.
3. What's new in public health? (editorial). Lancet 1991; 337: 1381-3.
4. Gjesdal S. Tanker ved et 10-års jubileum: Samfunnsmedisin – «annerleddesspesialitet» eller «rygggrad i helsevesenet». Utposten 1994; 23: 260-3.
5. Fugelli P. Med Rudolf Ludwig Karl Virchow som veiviser inn i den nye samfunnsmedisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1091-4.
6. Sandvik H. De siste dødsfall av kopper i Ytre Nordhordland. En distriktsleges erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2096-8.
7. Sandvik H. Fødselsomsorgen i Ytre Nordhordland 1858-87. En sammenlikning med nasjonal statistikk. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3715-7.
8. Sandvik H. «Dei Vise forvidle Væræ!» En distriktsleges kamp mot overtro og trolldom på 1800-tallet. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3572-4.
9. Sundt E. Om renlighetsstellet i Norge. Oslo: Gylendal, 1975.
10. Sandvik H. Bekjempelse av skabb i Ytre Nordhordland legedistrikt. Et samfunnsmedisinsk eksperiment i 1860-årene. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 40-3.
11. Sandvik H. Tyfoidefeber i Ytre Nordhordland legedistrikt. Smitteveier, insidens og letalitet i perioden 1854-83. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1990-3.
12. Frölich T. Fjon eller Masfjorden i Hordaland fylke. Kristiania: Det Mallingske bogtrykkeri, 1924.
13. Vandenbroucke JP. New public health and old rhetoric. Social explanations of illness won't go away. BMJ 1994; 308: 994-5.



I ei bygd i Trøndelag hadde de fått en ny helsesøster som var særdeles veldreid og vakker. En varm sommerdag syklet hun meget lett antrukket forbi en flokk kailla som stod og sladret ved mjølkerampa. Han Aslak keik etter åpenbaringen i det hun passerte, og sa:
– Dæm skal bli sjuk kaillan i bøgda nå når de får sjå den nye helsesøstera!
– Ja, sa'n Bendik og spytt i grusen, blir dæm itj sjuk no, er dæm neiggu itj fresk!

Akutte skader
 Dysmenoré
 Artrose, Bechterew
 og Revmatoid Artritt
 En daglig dose

Behandlingskostnader i kr. i ett år
 for NSAID's som doseres en gang daglig.

1.367	Brexidol®
1.155	Piroxicam
1.740	Tetram
2.584	Felden
2.851	Orudis D*

Kilde: Spesialtetsprislister 1. januar 1995
 * Orudis Depotkapsler

Priser for NSAID's som doseres en gang daglig.

Produkt	Pakning	Pris
Brexidol® Tabletter 20 mg	100	374,50
Piroxicam Tabletter 20 mg	100	314,80
Tetram Entertabletter 20 mg	100	476,60
Felden Tabletter 20 mg	100	707,80
Orudis Depotkapsler 200 mg	100	781,20

Kilde: Spesialtetsprislister 1. januar 1995

Referanser

- Szejtli J; Drug Investigations 2 (Suppl 4): 1-21. 1990
- Uekama K, Irie T; Drug Investigations 2 (Suppl 4): 22-28. 1990
- Acerbi D, Labaq E. jr. & al; Drug Investigations 2 (Suppl 4): 50-55. 1990
- Acerbi D, Bonati C & al; Int. J. Clin. Pharm. Res. VIII(3) 175-180 (1988)
- Acerbi D, Ventura P; J Drug Dev 1991; 4(Suppl 1): 17-19
- Tamburro P, Galasso G; Il Reumatologo Anno X - n.6 -Nov/Dec (237-241)1989
- Martens M; Curr Ther Res 1991; 55: 396-400

Brexidol®
 Piroxicam-B-cyclodextrin

NYCOMED
 PHARMA

Prodotto e distribuito da CHIESI, ITALIA

BREXIDOL® NYTT NSAID!
 NYTT PRINSIPP!
 -like rask effekt som injeksjon! (1-7)

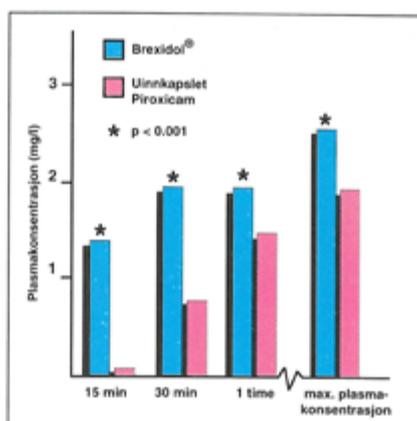


Fig. 1. Plasmakonsentrasjoner etter Brexidol® og ulinnkapslet piroxicam. Etter 3)

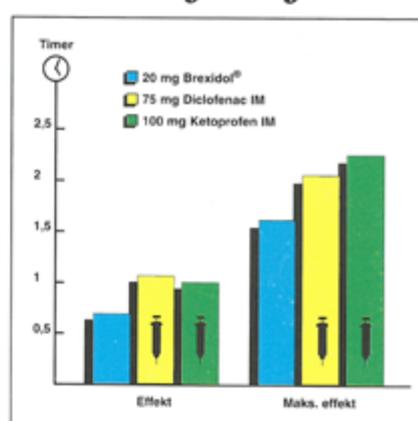


Fig. 2. Analgetisk effekt, Latenstid og tid til maksimal effekt etter Brexidol® og intramuskulære NSAIDs. (6)

Krystaller

Vanlige NSAIDs består av krystaller med sterke bindinger som må oppløses før stoffet inntar molekylær og absorberbar form. Absorberes langsomt.

Molekylær innkapsling

Brexidol® består av innkapslede molekyler, ett for ett, i en meget løs "binding". Molekylene frigis raskt, og er umiddelbart absorberbare. Absorberes raskt.

C BREXIDOL® -NYCOMED PHARMA- Antiflogistikum. ATC-nr.: M01A C01

T DOSEPULVER 20 mg: Hvert dosepulver inneholder Piroxicam - β-cyclodextrin, aeqv. piroxicam, 20 mg, Sorbitol 2,68 g, aspartam 15 mg, constit.q.s.

T TABLETTER 20 mg: Hver tablett inneholder Piroxicam - β-cyclodextrin, aeqv. piroxicam, 20 mg, lactos, 102 mg constit. q.s.

INDIKASJONER: Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, mb. Bekhterev, artrose. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet. Primær dysmenoré.

KONTRAINDIKASJONER: Aktivt ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet for preparatet. Krysreaksjon med acetylsalisyre eller andre antiflogistika mulig. Skal ikke gis om disse har forårsaket symptomer på astma; nesepolypper, angioneurotisk ødem eller urticaria.

Kontraindisert i 3. trimester. Dosepulver: Pasienter med fenylketonuri pga. aspartam.

BIVIRKNINGER: Gastrointestinale (vanligst): Dyspeptiske plager som kvalme, epigastriske smerter, fordøyelsesbesvær, stomatitt. Gastro-intestinal blødning, perforasjon og ulcus forekommer. Fatale tilfeller er rapportert med piroxicam. Sentralnervøse: Svimmelhet, hodepine, søvnløshet, depresjon, hallusinasjoner og parestesier er sett. Kardiokulære/renale: Palpasjoner, ødem, spesielt ankelødem, reversibel forhøyelse av BUN og kreatinin er rapportert, hematuri.

Dermatologiske: Kløe, utslett, fotoallergisk reaksjon, alopecia. Meget sjelden: Onycholyse, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse (Lyell syndrom), vesicobulløse reaksjoner.

Hypersensitivitet: Anafylaktisk reaksjon, bronkospasme, urticaria/ angioneurotisk ødem, vaskulitt og «serum sickness» er sett sjelden.

Hematologiske: Reduksjon i hemo-globin og hematokritt ikke-relatert til synlig gastrointestinal blødning. Trombocytopeni, ikke-trombocytopenisk purpura (Henock Schönlein), leukopeni og eosinofili er rapportert. Meget sjelden aplastisk og hemolytisk anemi. Lever: Enkelte tilfeller av forhøyet transaminasnivå. Ikterus og hepatitt er rapportert. Øye/øre: Tinnitus. Hørselsnedsettelse i sjeldne tilfeller. Tåkesyn og øyecirritasjon. Andre: Hypo- og hyperglykemi, neseblødning, dyspne er rapportert. Sjeldne tilfeller av positiv ANA-test.

FORSIKTIGHETSREGLER: Pasienter som har hatt peptisk mavesår eller alvorlig dyspepsi, må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Doser på 30 mg daglig eller høyere over lengre tid øker risikoen for gastrointestinale bivirkninger. Pga. nedsatt plateaggregasjon samt interaksjon med ev. antikoagulantia og risiko for forlenget blødningstid, må piroxicam anvendes med forsiktighet hos

pasienter med koagulasjonsdefekter. Antiflogistika kan forårsake reversibel nedsettelse av nyrefunksjon og blødning og nyrefunksjon. Forsiktighet må utvises ved nedsatt nyrefunksjon og/eller hjertefunksjon, samt ved høy alder. Pga. piroxicams renale utskillelse bør lavere dosering vurderes ved nedsatt nyrefunksjon, og pasienten overvåkes. Bør seponeres ved vedvarende økning i leverfunksjonsprøver eller kliniske tegn på leversykdom. Ved synsforstyrrelser anbefales undersøkelse hos øyespesialist. Anbefales ikke til barn. Kan maskere infeksjon. Ut fra teoretiske betraktninger og studier over virkningsmekanismen for antiflogistika er det en mulighet for at behandling over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser, inklusive frakturtilhelning. Det er videre mulig at artrose kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antiflogistika.

GRAVIDITET/AMMING: Kontraindisert i 3. trimester. Teratogen effekt er ikke vist i dyreforsøk. Anbefales ikke til gravide eller kvinner under amning da sikkerheten under graviditet ikke er dokumentert.

Øvergang i morsmelk: Konsentrasjon i melken ca. 1-3% av konsentrasjon i serum.

INTERAKSJONER: Preperater med høy proteinbinding, f.eks. orale antidiabetika og antikoagulantia. Økte litiumkonsentrasjoner er rapportert. Cimetidin kan gi lett økning i absorpsjon, AUC og C-max av piroxicam. Interferens med diuretika natriuretiske effekt. (1:50e anti-reumatika)

DOSERING: Doseringen er den samme for tabletter og dosepulver. Dosepulveret utføres i et 1/2 glass vann. Reumatoid artritt, mb. Bekhterev og artrose. Startdose og vanlig vedlikeholdsdose er 20 mg daglig, tatt som 1 dose. Noen pasienter kan forsøksvis få dosen redusert til 10 mg daglig, mens enkelte kan ha behov for opptil 30 mg daglig, som 1 eller 2 doser. Ved artrose bør behandlingen ikke gis kontinuerlig, men intermitterende, avhengig av pasientens plager (se Forsiktighetsregler). Juvenil Reumatoid artritt: Personer >46 kg: 20 mg. Dosen tas 1 gang daglig. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet: Første 2 dager 40 mg daglig som enkelt eller delt dose. Deretter 20 mg daglig i 5-12 dager. Primær dysmenoré: Første 2 dager 40 mg tatt som 1 dose, senere om nødvendig 20 mg daglig. Behandlingen startes ved begynnende menstruasjonsbesvær.

OVERDOSERING/FORSIFTNING: Behandling: Symptomatisk. Aktivt kull kan redusere absorpsjon og reabsorpsjon av piroxicam.

PAKNINGER OG PRISER: (Pr. 1.1.-95) Tabletter: Enpac: 7 stk. kr.45,20. 20 stk. kr.92,80. Boks: 100 stk. kr.374,50. Dosepulver 20 stk. kr.92,80

T: 3, 17, 35

C PULMICORT TURBUHALER "DRACO"
Kortikosteroid ATC-nr.: R03B A02

T INHALASJONSPULVER: 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose: Hver dose inneh. 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 kretslopp inaktiveres i leveren (første-passasje). **Indikasjoner:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller kromoglikat. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor budesonid. **Bivirkninger:** Lett halssirritasjon, 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/ammig:** 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. I mindre alvorlige tilfeller: 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Dosering 2 ganger daglig er vanligvis tilstrekkelig. Dosering 1 gang daglig vil kunne være aktuelt for pasienter som ikke trenger mer enn 400 µg pr. dag. Der man ved mildere former for astma har fått tilfredsstillende effekt av 400 µg x 1, kan man prøve om lavere doser er tilstrekkelig. Dosen kan gis enten om morgenen eller om kvelden. Dersom optimal behandling ikke oppnås med denne dosering, bør dosen og doseringshyppigheten økes. **Barn ≥ 6 år:** 200 - 800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Forsiktighet utvises ved doser på 800 µg pga. fare for binyrebarksuppresjon. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterk slimproduksjon bør initialt (og over en kortere periode - ca. 2 uker) få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved 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 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)

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

T: 2 Punkt for godtgjørelse iflg. § 9 i Forskrifter om godtgjørelse av utgifter til viktige legemidler.