

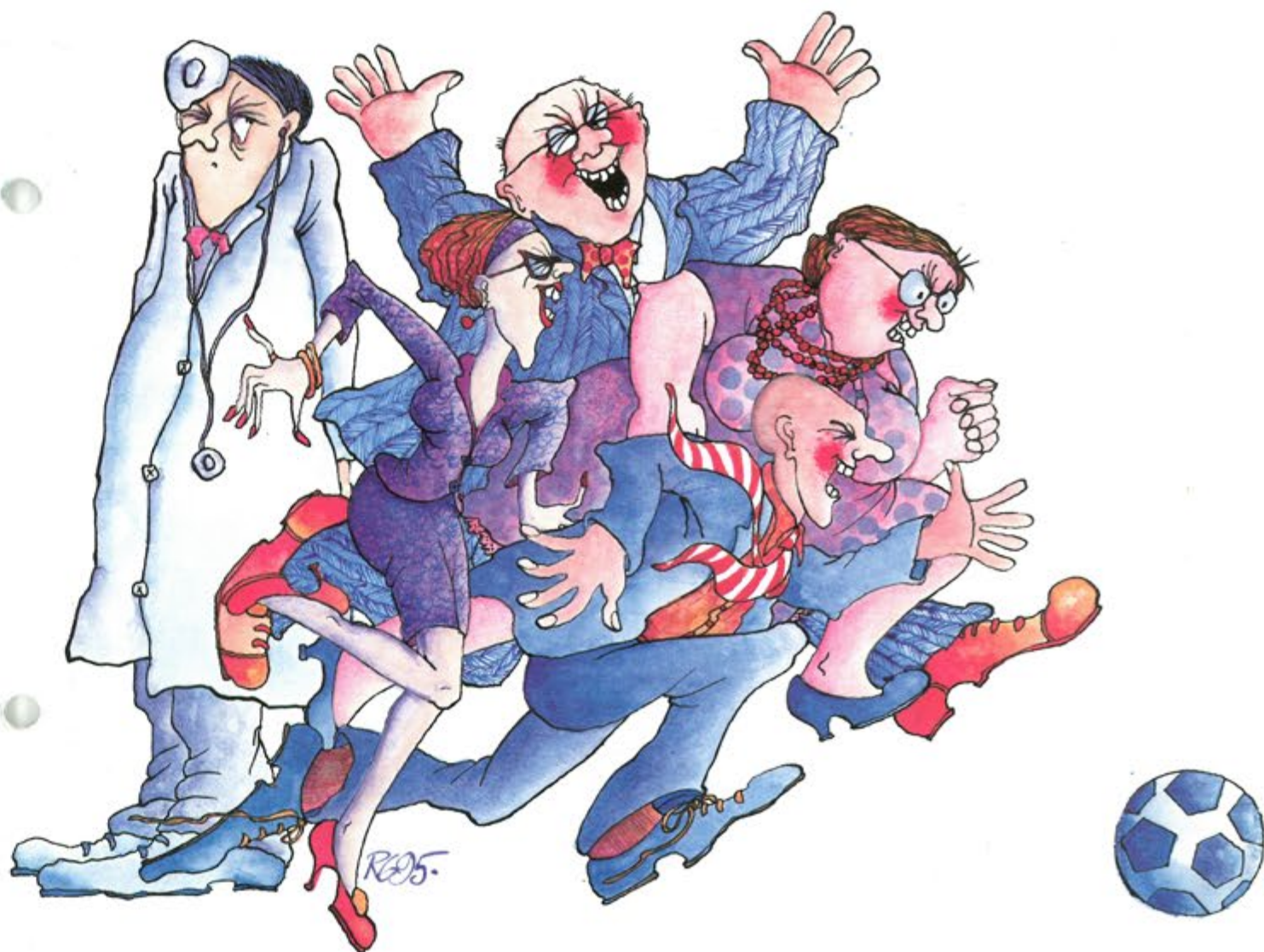
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6

1995

ÅRGANG 24



**Treng vi ein
«klinisk» samfunnsmedisin?**

Nr 6, 1995

- 247** *Eivind Vestbø*
Leder: Treng vi ein «klinisk» samfunnsmedisin?
- 248** *Petter Øgar*
Hvordan kan vi best få fram samfunnsmedisinen i en ny kommunestruktur? *Olls Samfunnsmedisinske pris 1995*
- 254** *Eli Berg*
Tilfellet Anna – en samarbeidsmodell i allmennpraksis
- 258** *Erling Strand*
Synsforstyrrelser hos barn
- 260** *Intervju med Olav Rutle*
«Korleis lærer vi faget vårt?»
- 262** *Sirin Johansen*
En «ung» leges erfaring med fastlegeordningen
- 266** *Peter F. Hjort*
Hvordan organisere helsetjenesten for de eldre?
- 268** *Brev fra periferien*
Signifikant bedring
- 269** *Jacques Honoré*
Fastlegesystemet – forbilde eller skremmebilde?
- 271** Smil i hverdagen
- 272** *Lars Helling*
Hvordan påvirker fastlegeordningen arbeidet på legekantoret?
- 275** *Bjørge Bjotveit*
Helsestasjonens legekontroller
- Ivar Hartviksen, Helga Holter, Ingeborg Pedersen, Eiliv Lund og Tom Andersen*
278 Paviljongen; et gjestehus
- 288** *Øyvind Juris Kanavin*
Vi trenger oto/oftalmoskop i Latvia
- 289** *Bokmelding*
Diabeteshåndboken
- 290** *Bokmelding*
Efficient care in general practice

Forsideillustrasjon: Ragnhild Gjerstad

UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Kontor:

RMR

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

Tlf.: 63 97 32 22. Fax: 63 97 16 25.

Redaksjonen:

Geir Sverre Braut

Tuholen 14, 4340 Bryne

Tlf. privat: 51 42 63 69

Tlf. arbeid: 51 56 87 17

Fax: 51 53 00 79

Sonja Fossum

Svenstuvn. 2, 0389 Oslo

Tlf. privat: 22 14 11 97

Tlf. arbeid: 22 25 34 72

Fax: 22 14 11 97

Betty Pettersen

Kræmmervikveien 5, 8373 Ballstad

Tlf. privat: 76 08 32 25

Tlf. arbeid: 76 06 02 64

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 Vestbø

4160 Finnøy

Tlf. privat: 51 71 22 74

Tlf. arbeid: 51 71 24 44

Fax: 51 71 26 64

Helge Worren

Langmyrgrenda 59b

0861 Oslo

Tlf. privat: 22 95 04 80

Tlf. arbeid: 67 06 00 83

Fax: 22 23 57 13

Petter Øgar

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

Sjøbergvn. 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

Tlf.: 66 80 89 00. Fax: 66 80 08 47

Treng vi ein «klinisk» samfunnsmedisin?



I den allmennmedisinske klinikken er den pasientsentrerte tilnærminga i aukande grad blitt prinsipiell og sentral (1). Det handlar om ei fagleg utforming av ei ålmenn innsikt knytta til ein kvar hjelparfunksjon: All hjelp må integrera mottakarens oppleving av verda. Han må skjønna, akseptera og delta sjølv i større eller mindre grad. Til og med den gamle autoritetsmedisinen fungerte på denne måten. Autoritet var midlet, overtyding og motivasjon hos pasienten var resultatet. Autoritet kan såleis relativiserast til eit middel som har sin funksjon i ei bestemt sosiologisk ramme.

Mykje er endra sidan. Utdanninga er likevel påverka av andre menneske for å få til endringsprosesser. Det sjølsagde treng likevel modellar for å vinna verda. Slik sett var McWhinneys pasientsentrerte metode ikkje noko nytt, men fekk sitt faglege gjennombrudd på grunn av ein gjenomarbeid og modellert tenkemåte (2).

Samfunnsmedisinen rettar seg ikkje mot pasientar, men mot administratorar, politikarar og andre grupper at medaktørar. Dei tenker oftast ikkje på vegne av seg sjølv men sit i posisjonar og resonnerer ofte strategisk. Men menneske er dei likevel, og overtydast må dei. Og truleg må vi som samfunnsmedisinarar starta som i klinikken med same respekt for medaktørane som for pasienten. Som på kontoret, vil vi gjerne gi tilfang til eit betre liv, men heile tida med målgruppa for auga. Dersom vi ikkje greier dialogen med dei vi møter i samfunnsmedisinsk gjerning, har vi lov til å sukkja på fagleg einerom. Men i praktisk arbeid er det ei utfordring som vi må ha andre svar på enn sur systemkritikk.

Kan vi då ikkje like godt tala om

ein «klinisk» samfunnsmedisin som tek den «kollektive pasienten» på alvor? Den formelle posisjon og myndighet er i så fall ikkje viktigare der enn på legekantora. Vi seier ikkje opp stillinga vår sjølv om vi får vanskelege pasientar. Kanskje vi ikkje burde gjera det på grunn av vanskelege rådmenn heller. I dette perspektivet blir ikkje vandra frå autoritetsskapande statleg tilsetjing til kommunal medarbeidar, frå helserådsordførar med dobbeltstemme til rådgjevar med skriftleg uttalarrett, den store katastrofa.

Utposten hadde for halvtanna år sidan 2 artiklar som ga til kjenne to syn på dagens kommunale samfunnsmedisin (3,4). Trygve Anjensen seier det meste om sin frustrasjon i sitt innleiingssitat: Kommer du idag. Hva faen er det du vil stenge nå da? Peter Øgard gjorde seg til talsmann for ein meir nøgd premissleverandør med sans for den kommunale organisasjonen sin eigen autonomi. Bryninga mellom desse måtane å sjå stoda på, er viktig fordi den både vedkjem faget samfunnsmedisin og utøvarane sin trivsel i kommunane. Øgard har etter dette utdjupe tankane sine i ein ny artikkel som han nyleg har fått Oll pris for (5). Han tek til orde for nødvendig realitetsorientering i terrenget vi må gå i, ei felles verkelegheitsoppfatning av kor viktig helse eigentleg er og advokerer for forvaltningsteknikkar på line med den kliniske tilnærminga til pasienten.

Denne måten å sjå samfunnsmedisinen på er samstundes eit utvida forsvaret for kombilegen. Tidlegare har det vore sagt at han kjenner kommunen og innbyggjarene betre enn andre gjennom sin praksis. Dessutan at han ofte har ein naturleg autoritet som lyser opp det offentlege landskap

sjølv om kjelda er på den kurative sida..

Kanskje ein nå også kan leggja til at han har ei klinisk opplæring som han kan bruka i sitt samfunnsmedisinske arbeide. Det dreier seg i siste instans om menneske og påverknad av dei. Dersom akademisk og praktisk samfunnsmedisinsk fag gir oss god nok kunnskap, har vi betre muligheter enn dei fleste til å oppnå tillit og innverknad slik at kunnskapen kan bli levande.

Dersom vi på denne måten kan gjera samfunnsmedisinen «klinisk», vil vi truleg nå så langt som ramma tillet, og trivselen vil auka sjølv som medarbeidarar i kommunale fæmannssvelde.

Eivind Vævre

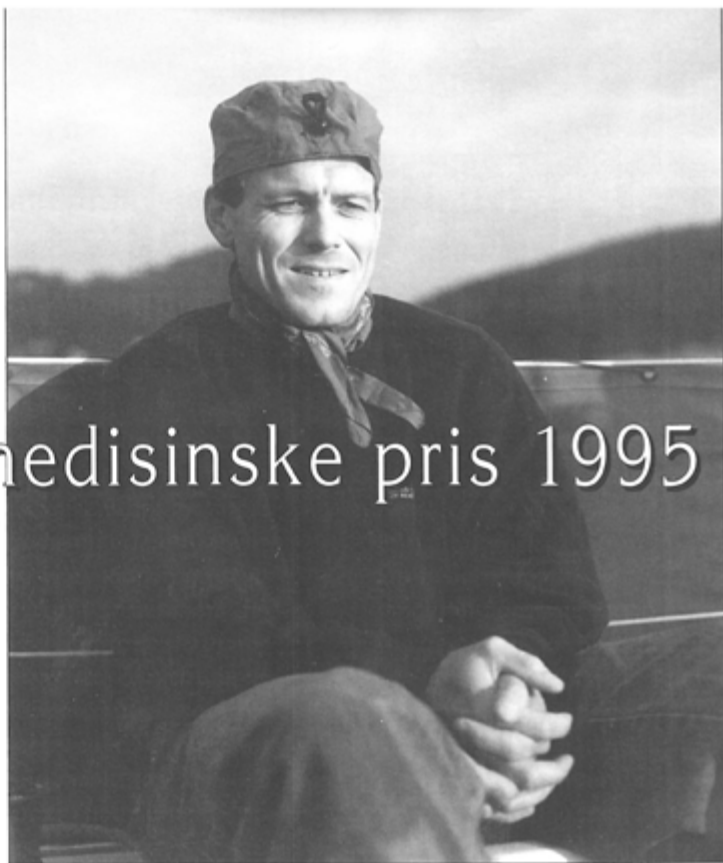
Litteratur:

1. Mabeck CE. Lægen og pasienten. Patient-centreret medicin i teori og praksis. København: Munksgaard, 1994.
2. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR et al. The patient-centred clinical method 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Family Practice 1986; 3: 24-30.
3. Aanjesen T. Hvordan er hverdagen i en kommune? Utposten 1994; 23 (1): 11-14.
4. Øgar P. Kommunelege I – hvem er det? Utposten 1994; 23 (2): 48-50.
5. Øgar P. Hvordan kan vi best få fram samfunnsmedisinen i en ny kommunestruktur? Utposten 1995; 24 (6): 248-253.

OLLs Samfunnsmedisinske pris 1995

Utposten gratulerer en av sine egne redaktører Petter Øgar med årets pris.

Prisen ble utdelt under årsmøtet i Offentlige legers landsforening 19. september.



Hvordan kan vi best få fram samfunnsmedisinen i en ny kommunestruktur?

Av Petter Øgar

Petter Øgar født 1953, cand.med. 1978. Ass.lege med.avd. Kongsberg sykehus 1980-83. Kommunelege I og helsesjef i Hornindal 1983-95. Nå fylkeslege i Sogn og Fjordane. Spesialist og veileder i allmenn- og samfunnsmedisin. Medlem NSAM's diabetesgruppe. Tidligere leiar av kommunelege I-forum i Sogn og Fjordane. Brenner for allmennmedisinsk ideologi og med spesiell interesse for helseøkonomi, helsetjenesteutforming og helsepolitikk.

Muligheten til å få fram samfunnsmedisinske synspunkter påvirkes i liten grad av ny kommunelov og ny kommunestruktur. Makt og innflytelse er i stadig mindre grad knyttet til formelle regler, stilling og yrke, men oppnås gjennom dokumentasjon av egen dyktighet ved det arbeidet en utfører. Samfunnsmedisinere besitter en etterspurt kompetanse, men hemmes i å få den fram ved at de i for liten grad har realitetsorientert seg til den samfunnsutvikling som har funnet sted og i for liten grad har akseptert den kommunale organisasjonsmessige virkelighet. Samfunnsmedisinen som fag har fortsatt viktige mangler og har i særlig grad neglisjert den helseøkonomiske vurdering og ferdighetsutvikling i forvaltningsmessig og poli-

tisk presentasjon. En virkelighetsoppfatning av situasjonen og mulige løsningsstrategier presenteres.

Kommunehelsetjenestens bortebaner

Vi må rimelig trygt kunne slå fast at kommunelegenes forhold til det kommunale forvaltningssystem tilhører et av kommunehelsetjenestens definerte problemområder. I første rekke gjelder det mange medisinsk faglig rådgivende kommuneleger hvis funksjon og oppgaver er nærmest knyttet til systemet. Kolstrup (1, 2) har dokumentert verdens elendighet. Hans klare melding ut er at fire av ti kommuneleger slutter i jobben etter mindre enn fire år, og at dårlig samarbeid med politikere og

administrasjon oppgis som den viktigste årsaken til dette.

Selv synes jeg begrepet «kommunehelsetjenestens bortebarer» er meningsbærende og har foreløpig kommet til fire slike: 1) Det kommunale forvaltningssystem der mange kommuneleger synes å føle seg sørgelig bortkomne. 2) De andre sektorer i kommunen der kommunehelsetjenesten generelt har vansker med å etablere eget spill. 3) Overfor de fylkeskommunale helsetjenester der vi burde være rettmessig part, premissleverandør og evaluerende instans, slik helseministeren også klart har gitt uttrykk for (3), men hvor vi i helt utilstrekkelig grad har klart å etablere fora som sikrer rimelig innflytelse, og tilsvarende 4) overfor staten i utformingen av nasjonal helsepolitikk. Disse bortebarane har det til felles at de ligger i grenseflaten mellom fag og administrative og politiske forvaltningssystemer.

Opplevde konfliktområder og frustrasjoner

Jeg tror vi kan bryte den opplevde elendighet opp i en del sentrale konflikt- og frustrasjonsområder:

- Følelse av maktmessig degradering.
- En tjenestevei som blir for lang, smal og kronglete for mange.
- Manglende frihet til å slippe til der beslutninger treffes og tilsvarende manglende gjennomslagskraft for faglige synspunkter.
- Ikke sjelden følelsen av å være styrt av uforstandige ledere og politikere som ikke bare prioriterer helsetjenesten i utilstrekkelig grad, men som også til dels kan synes å ha opptil flere honer å plukke med legestanden.
- Lønns- og prestisjetapere i forhold til de allmennmedisinske kollegene.
- Samfunnsmedisinen er fortsatt et fag på vaklende føtter med viktige mangler.

De kommunale spillereglene er ikke spesielt kompliserte å lære selv om de praktiseres noe ulikt fra kommune til kommune. Problemet er ikke reglenes vanskelighetsgrad, men å akseptere dem og forholde seg til dem på en fornuftig måte. Som en innfallsport til problemet kan en stille tre spørsmål: 1) Hvorfor har vi kommet i dagens situasjon? 2) Hvor viktige er vi og hvor stor makt bør vi egentlig ha? og 3) Hva kan og bør vi gjøre?

Hvorfor er det blitt slik?

For å svare på dette må vi skue bakover i tiden og identifisere en del sentrale samfunnsmessige utviklingstrekk, historiske tradisjoner og ulike gruppers forhold til disse.

Demokratisering.

Samfunnet har i etterkrigstiden gjennomgått en betydelig demokratisering. Demokratisering innebærer bl.a. egalisering. Status og innflytelse er i større grad noe du må gjøre deg fortjent til og følger ikke arv, utdanning, yrke eller stilling i samme grad som før. De formelle virkemidlene er tilsvarende svekket og løsningen på våre problemer ligger i liten grad å finne blant disse. Dette forhold gjør at den reelle betydningen av ny kommunelov og ny kommunestruktur er mye mindre enn mange synes å tro.

Spesialisering.

Vi har hatt og har en faglig utvikling preget av spesialisering og profesjonsyngling. Dette stiller radikalt andre krav til tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Ikke bare samarbeid, men samarbeid med andre profesjoner med verdensoppfatninger og tenkemåter som kan avvike betydelig fra den tradisjonelt medisinske. Den tid og kontinuitet som er en nødvendig forutsetning for å etablere slikt samarbeid, undergraves av andre krav og forhold i systemet. Samtidig som denne spesialisering og

fragmentering hevdes å være uomgjengelig nødvendig på de andre områder av medisinen, og langt på vei også i samfunnet ellers, forventes det at vi skal bevare en helhetlig kunnskap med til dels betydelige kompetansekrav på en lang rekke områder.

Rettighets- og mediasamfunnet.

Folk, det vil som regel si de mest ressurssterke og taleføre blant oss, er blitt mye flinkere til å kreve sin rett – og ikke sjelden vel så det. Rettighetstenking, kravmentalitet med opportun mediafokusering og forventningskrise er ikke bare kjente stikkord, men beinhard realiteter. I forhold til legene innebærer denne utviklingen en glidning fra å være monarken i det opplyste enevelde mot en forventning og krav om å bli servitøren i helsetjenestesupermarkedet.

Lokaldemokratiets æra – eller det kommunale fåmannsveldet?

Forvaltningsmessig og juridisk er en lang rekke oppgaver og beslutningsmyndighet flyttet fra sentrale instanser til kommunene med økende lokal frihet til å innrette seg og gjøre som en vil. Og det gjør de med økende geografiske ulikheter som resultat. Kommune-loven er det foreløpige klimaks i denne utviklingen med rådmannen som den tronende kommunale storhertug. Romøren (4) hevder at styringen av norske kommuner er kjennetegnet ved det han kaller oligarkier, altså fåmannsvelder. Denne utviklingen bidrar sterkt til å svekke betydningen av formelle virkemidler innad i kommunene. Men samtidig er det i dette perspektivet de formelle reglene har sin viktigste oppgave i å sikre at nasjonale krav og målsettinger blir realisert.

Den kommunale organisasjon.

Kommunene er bedrifter eller organisasjoner med mange grupper ansatte der det er klare grenser for hvor ulikt disse kan behandles med hensyn til økonomiske og andre rettigheter. I offentlig for-

valtning er liberale yrker med forventning om liberale lønninger og stor frihet uakseptable fremmedelementer og vil alltid være det. De er ugress i den kommunale flora.

Økende relativ ressursknapphet.
Økonomisk opplever vi økende relativ ressursknapphet. Det er stadig mer vi kunne og mener vi burde ha gjort bare vi hadde hatt mer penger. Dette er en betydelig og undervurdert surhetsskapende faktor. Det er ikke bare hestene som bites når krybben er tom. Manglende balanse mellom krav og forventninger på den ene side og mulighet for meningsfull handling og mestring på den annen side synes å være særdeles sterkt uhelse- og sykdomsframkallende. Helsevesenet – både kollektivt og svært mange av dets enkelte utøvere – er kanskje mer enn noen annen samfunnssektor preget av en slik forventningskrise. Helsevesenet og kommune-Norge gisper etter pusten i bråttjøer av forventninger vi ikke har en sjanse i havet til å innfri. Resultatet blir belastningslidelser og utbrenthet med mange ansikter og uttrykksformer hos de i helsevesenet som skulle løse problemene.

I denne situasjonen er det svært bekymringsfullt og ytterligere belastende å registrere økende tegn på avvikende virkelighetsoppfatning og løsningsstrategi mellom de utøvende, styrende og kontrollerende deler av helsevesenet. Det kan se ut til at misfornøyde pasienter, publikum og pressgrupper – godt assistert av media – får nasjonale politikere, helseadministratører og helsetilsyn til i noen grad å innta Pilatusrollen. De toer sine hender ved å produsere målsettinger, planer, prosjekter, krav og strategier som skal løse problemene og innfri forventningene. Men når det ressursmessige grunnlaget mangler – uansett hvor villige og flinke det utøvende apparat er til å tilpasse seg og effektivisere sin virksomhet, får det hele et preg av et destruktivt og konfliktskapende narrespill.

I sum har disse utviklingstrekk medført at samfunnet generelt og de offentlige forvaltningssystemer spesielt har helt andre syn på legers plikter og rettigheter enn det mange leger selv har. Det «nye» samfunnssyn innebærer en betydelig maktmessig degradering, noen vil si kastrering av legene. Jeg vil heller si det slik at vi er blitt som de andre og kan faktisk ikke se noe galt i det. Det har skjedd en samfunnsutvikling mange leger ikke har klart eller villet tilpasse seg. Vi snakker om en kulturkollisjon med virkelighetsoppfatninger som for noen ikke bare er inkongruente, men også langt på vei inkommensurable. Når dette skjer samtidig med at faget samfunnsmedisin går på vaklende føtter, og det samme samfunnet har tillatt utviklingen av et to-lønnsnivå-system for leger i samme marked, er det lett å forstå at den kommunale verden kan fortone seg som et heller depressivt sted å være.

Hvor viktige er vi og hvor stor makt bør vi ha?

Behovet for helhetstenkere.

I vårt spesialiserte og profesjonaliserte nisje- og sektorsamfunn er det tiltagende vanskelig både å være et selvstendig, helt menneske og å treffe beslutninger som ivare-

tar et mer helhetlig perspektiv. Det å velge sine faglige rådgivere er en kritisk ferdighet for administrativ og politisk ledelse. Behovet for personer med bred kompetanse og en vid horisont er skrikende. Helhetstenkende, faglig forankrede premissleverandører vokser ikke på trær. Selv om faglig premissleveranse i helse spørsmål langt fra er noen one man/one woman-show, er det ingen som har bedre faglige forutsetninger for å gjøre dette i helsefaglige spørsmål enn en velutdannet samfunnsmedisiner. Dette er jo erkjennelsen som ligger bak at kommunehelseloven opererer med begrepet «medisinsk faglig rådgiver», og det er ingen tom erkjennelse slik en del synes å oppleve det.

Helsepolitisk plattform.

Kommunenes Sentralforbund (KS) kom våren 1994 med et helsepolitisk manifest: Helsepolitisk Plattform (5). Her demonstreres betydelig innsikt på en rekke av helsevesenets problemområder. Flere steder vises stor forståelse for samfunnsmedisinske problemstillinger, og det tilkjennegis et syn på helsetjenesten som mange kommuneleger uten videre vil kunne slutte seg til. Primærhelsetjenesten som helsevesenets fundament og



den grunnleggende betydning av et godt samarbeid mellom de ulike nivåene i helsevesenet slås fast. Erkjennelsen av primærhelsetjenestens rolle kommer også fram når spørsmålet reises om kommunehelsetjenesten bør involveres i styringen av sykehusene. Men det skinner også gjennom at KS mangler eller ikke har oppdaget tjenlige verktøy for å realisere mange av de gode intensjonene og at kontakten med det samfunnsmedisinske fagmiljø i kommunene må være skremmende mangelfull.

Vi opplever det skrikende paradoks at den helhetsfunderte samfunnsmedisinske kompetanse KS i realiteten etterspør, allerede eksisterer i systemet, men av ulike årsaker ikke er blitt forløst. For å si det litt lyrisk: samtidig som de trenger hverandre vil de ikke vite av hverandre.

Forholdet mellom fag og politikk.

Flere sider ved samfunnsmedisinen er slik at den nødvendigvis ofte vil og må operere i det politiske grenseland. Samfunnsmedisinen tar for seg forholdet mellom ulike levekår og helse. Men avgjørelser som påvirker levekår handler om fordeling av goder og verdivalg. Det er politikk. At dette er et spenningsfylt minfelt, fikk vi til fulle demonstrert under EU-debatten i 1994 ved Fugellis friske utspill i massemedia (6), og den rødglødende debatt det utløste. Den samme Fugelli har senere gitt en god oversikt over problemfeltet (7). Som Fugelli hevder vil kravet om faglighet i naturvitenskapelig forstand ofte være umulig eller meningsløst å oppfylle. Det er fortidens risikofaktorer vi vet noe om. Dagens miljøfarer som påvirker folks framtidshelse kan vi ikke ha sikker kunnskap om. Den vitale samfunnsmedisin må være forut for sin tid og våge den usikkerhet og kontrovers som følger av føre-var-prinsippet.

Disse problemstillingene er en sentral del av vår daglige virkelighet som utøvende samfunnsmedi-

sinere i kommunene. Debattene vi har bivånet viser at fasitsvar ikke finnes. Men i vesentlig grad handler det om roller, rollebevissthet og faglig redelighet. Vi går daglig inn og ut av flere roller som kan komme i konflikt med hverandre og omverdenen; som behandler, sakyndig og ressursforvalter. Vi verken kan eller bør prøve å rømme fra denne virkeligheten, men det blir viktig å være seg bevisst hvilken rolle en er i i ulike sammenhenger og vurdere om det er en rolle en legitimt kan være i. Eksposering i en rolle kan dels komme i konflikt med en annen rolle, dels kan det redusere troverdigheten i andre roller. Det er derfor ikke bare et spørsmål om det er lov å være i en rolle, men like mye et spørsmål om det er klokt og hensiktsmessig.

Hva kan og bør vi gjøre?

Nødvendig realitetsorientering.

En absolutt forutsetning for å komme noen vei er å realitetsorientere seg til den verden vi lever i. Forsøk på å forandre terrenget når kartet ikke stemmer er og blir en dårlig strategi. Fra klinisk terminologi vet vi at pasienter med sviktende realitetsorientering er alvorlig syke. Vi kan mislike verden. Vi kan arbeide for å endre den. Men det skaper bare problemer å late som om verden er annerledes enn den er. Vi må ikke la det gode begrepet «annerledeslandet» komme i miskreditt. Hvis vi vil være samfunnsmedisinere i kommunene og øve innflytelse på folkehelse gjennom de viktige og kraftige virkemidler kommunene rår over, må vi realitetsorientere oss til den kommunale virkelighet.

Felles virkelighetsoppfatning.

Noen grunnleggende synspunkter er det avgjørende å ha et bevisst og helst samstemt forhold til.

Helse er ikke et mål i seg selv og ikke en verdi nødvendigvis høyere enn alle andre. Rimelig god helse vil riktig nok være en viktig forutsetning for de fleste av oss til

å føre et lykkelig liv, men lykke er ikke synonymt med helse og langt mindre med helsetjenester. Det er derfor helt legitimt å verdsette andre ting høyere enn helse og helsetjenester, f.eks. gode veier eller en ny barnehage. Husk også at helse, uavhengig av hvilken helsedefinisjon en bekjenner seg til, er et flerdimensjonalt og verdiladet begrep. Hvilke sider en vektlegger vil i betydelig grad avhenge av eget ståsted og interesser. «Rimelig god helse» blir derfor et beklagelig relativt begrep. De praktiske konsekvenser av dette ser vi i de daglige valg vi treffer fra «enkle» personlige valg som å røyke eller la være, til kompliserte valg mellom helse og andre samfunnsverdier som i støysaken på Fornebu.

Hvem er legitime verdsettende av helse? Hvem har rett til å fastsette verdien av en smertefri hofte eller verdien av et hygienisk betryggende drikkevann? Tradisjonelt har dette i stor grad vært gjort av fagfolk, det vil si oss leger. Jeg kan ikke finne gode grunner til at det skal være slik. Fagfolkenes oppgave er å utrede årsakssammenhenger og konsekvensanalyser. Verdsettingene og veiingene bør gjøres av pasienten selv, eller i et samfunnsperspektiv: deres politisk valgte representanter. Helsepersonell har verken større forutsetninger eller større rett enn andre til å verdsette ulike helsetilstander eller helserisikoer. Helse kan ikke unndras demokratiets spilleregler. En av disse spillereglene er flertallets rett til å være «dumme». Den patriarkalske, bedrevitende holdning vi leger historisk sliter med er ikke bare avlegs i pasientbehandlingen. Den er også avlegs innenfor samfunnsmedisinen.

Helsetjenestens betydning for folkehelse er betydelig overdrevet. Med bakgrunn i amerikaneren Wildavsky's påstand fra 1977 (8), hevdes det at helsetjenesten bare kan gjøre noe med 10% av folks helseproblemer. I den interne kommunale ressurskampen vil mer penger til helsetjenestemål bety

mindre penger til andre kommunale formål. Den tunge konklusjonen for helsepersonell er at det verken trenger bety mer helse eller større lykke for befolkningen. I dette perspektiv kan det tvert imot fra en helsemessig vurdering være riktigere å prioritere oppstart av en ungdomsklubb framfor en økning i helsebudsjettet. Boonstra og medarbeidere viser i sin undersøkelse fra Askvoll (9) at befolkningen har skjont dette. I sin rangering av hvilke tiltak som betyr mest for egen helse kommer gode boforhold, natur, arbeidsplasser og kommunikasjoner foran utbygging av helsetjenestetilbud. Her har nok helsevesenet en del svin på skogen i markedsføring av ulike helsetjenester der nytten ikke står i noe rimelig forhold til kostnadene. Det er ingen oppgave for osteoporotiske rygger å rydde opp i dette og tale sine egne midt imot.

Disse erkjennelsene tror jeg er helt fundamentale og en nødvendig del av den realitetsorientering jeg har vært inne på. Et vesentlig annet syn vil være tungt å leve med i en kommunal forvaltningsverden.

En god vare å tilby.

Videre må vi ha en god vare å tilby, men god samfunnsmedisin hva er det? Her har vi et problem ved at faget samfunnsmedisin fortsatt har sine klare mangler, og at det vel ikke er faglig enighet om hva som er god og mindre god, eller i hvertfall viktige og mindre viktige samfunnsmedisinske oppgaver. Uten å ta stilling til hvilke fagområder som bør gå inn under begrepet samfunnsmedisin, tror jeg det er viktig å ha et bevisst og klart forhold til de ulike faser i den samfunnsmedisinske «produktutvikling». Fire slike faser kan identifiseres:

1. Kartlegging av årsaksforhold mellom ulike forhold i samfunnet og helse/sykdom (samfunnsmedisinsk «basalforskning»).
2. Utvikling av metoder og tiltak som kan motvirke eller fjerne

sykdomsframkallende forhold i samfunnet (aksjonsforskning).

3. Nytte-kostnadsvurdering av tiltakene (helseøkonomisk vurdering).
4. Presentasjon for overordnet administrativ og politisk myndighet slik at disse kan treffe sine valg og vedtak.

Siden ingen kjede er sterkere enn det svakeste leddet, vil mangler i en av fasene fort slå ut i negativ retning. Vi skal være så ærlige at vi innrømmer det finnes betydelige hvite flekker på alle områdene. Deler av samfunnsmedisinen er også av natur slik at man ikke på forhånd kan vite på samme måte som innenfor naturvitenskapene. For kommunelegen som utøvende samfunnsmedisiner er de to siste fasene særlig viktige. Desto mer bekymringsfullt er det at betydningen av disse synes sterkt undervurdert, og at vår opplæring og dyktighet på disse områdene er tilsvarende dårlig. Disse fasene er verdiladede. Det tilsier kobling til politisk beslutningsmyndighet og reduksjon av egen innflytelse, hvilket ikke alltid er like lett.

Hva er de gode og viktige varene vi bør markedsføre? Medisinsk faglig rådgivende lege har et særlig ansvar for å ivareta den helsemessige helhetstenking. For å klare dette er det helseøkonomiske begrepsapparat et nødvendig hjelpemiddel og alternativkostnad det viktigste begrepet. Alternativkostnaden er den nytten du går glipp av ved ikke å kunne bruke ressursene til det nest beste formålet. Sørg for at nye tiltak ikke har en alternativkostnad som er større enn nytten av det nye tiltaket! I dette perspektivet har jeg en urolig følelse av at vi er for orientert mot de teknisk-hygieniske problemområder innenfor det miljørettede helsevern, og at vi der på en del områder er iferd med å få et så strengt og kostnadsdrivende regelverk på usikre faglige premisser at de helsemessige gevinstene ikke står i noe rimelig forhold til kostnadene. Det

er ikke bare blodtrykks- og kolesterolgrenser som kan være vanskelige å trekke. Arbeid med helsetjenesteutforming, samhandlingen med andrelinjetjenesten og sosiale risikofaktorer er blant de ting vi burde prioritere høyere. Bevisstheten om alternativkostnader og kostnad-nytte-vurderinger er også avgjørende viktig å ha med seg om vi skal klare å realisere de gode tankene og prinsippene bak kvalitetssikringsbegrepet på en fornuftig måte.

Forvaltningsteknikker.

I den kommunale virkelighet er det avgjørende å beherske noen gangbare forvaltningsteknikker. Spesialistutdanningen i allmenmedisin har innført opplæring i praktiske ferdigheter. Samfunnsmedisinerne kunne trenge det samme. Det er fortsatt slik at de fleste samfunnsmedisinere i kommunene er minst like gode i pasientbehandling og allmennmedisin som i samfunnsmedisin. Mange av de ferdighetene og teknikkene vi bruker der har imidlertid stor overføringsverdi. Felles for dem er at de er uformelle.

Vi har lært av konsultasjons- og kommunikasjonseksperter at skal du lykkes med pasientbehandlingen, er det viktig først å kartlegge pasientens ståsted, oppfatning av problemet og dets løsning. Eller som Kierkegaard filosofisk sier det (10): «Skal du hjelpe noen, må du først gå dit den du skal hjelpe er». Kierkegaard er like gyldig i kommunal samhandling som i møtet med enkeltpasienten. I kommunalt perspektiv vil dette si at skal du kommunisere og samhandle med noen på en fruktbar måte, må du først finne ut hvor de er – jeg hadde nær sagt både fysisk og mentalt. Du må ut av kontoret og bli kjent med menneskene i de andre kommunale etater og hvordan de tenker. Bruk det du kan fra konsultasjonsteknikker og det du har lært i veiledningsgruppene.

Skal du ha noen sjanse til å fungere og oppnå vesentlige resul-

tater, må du bli akseptert av de andre samhandlingspartene i kommunen som «en av oss». Du blir ikke en stueren del av den kommunale organisasjon bare ved en lovendring. Det skjer gjennom en prosess der du viser ved din atferd at du har skjont og akseptert de kommunale spilleregler som gjelder. Tillit og innflytelse er noe som bygges opp og rives ned kontinuerlig som et resultat av hvordan du oppfører deg. Avhengig av lokale utgangspunkt vil denne prosessen kunne være svært lang og vanskelig eller kort og lett. Skal du klare dette tror jeg det er en forutsetning at du selv klarer å identifisere deg med kommunen og se på deg selv som en del av den. Kommunen er ikke en motpart du forhandler med.

The Oslo Channel har vist at arbeidslunsjer i den rette atmosfære kan skape grunnlag selv for fredspriser. En av våre allmennmedisinske guruer, McWhinney (11), stresser dette med tilhørighet til befolkningen. Han går så langt som til å hevde at en god lege også bør leve sammen med den befolkningen han betjener også i en ikke-profesjonell kontekst. I praksis vil det bl.a. si å delta på det kommunale julebord og andre felleskommunale tilstelninger.

Splitt og hersk er et virksomt, men destruktivt maktmiddel, men det er viktig å inngå og utnytte gode allianser. Det kan du f.eks. gjøre ved å markere deg på områder der du har felles interesser med andre i kommunen. Særlig velegnet er det om opponentene finnes utenfor kommunen, f.eks. nabo-kommunen eller fylkeskommunen. I Sogn og Fjordane har de utnyttet dette gjennom etableringen av sitt kommunelege I-forum (12) hvor et viktig poeng var å få et slagkraftig talerør for kommunenes interesser vis-à-vis fylkeskommunen. Dette er det viktig å markedsføre innad i kommunen.

Fugelli (7) nevner den samfunnsmedisinske by-pass-operasjon der en shunter forbi skleroserte administratorer og politikere og

går rett til folket med budskapet. Dersom en har ambisjoner om å fungere i en kommune over tid, tror jeg dette er en nødløsning en bør bruke ytterst varsomt.

Hva du klarer å oppnå i dette systemet avhenger av flere faktorer hvorav en av de viktigste er deg selv. Du må med andre ord dyktig gjøre deg som spiller i det kommunale organisasjons- og forvaltningsspillet. Det går meget godt an, og leger er i utgangspunktet ikke de mest ressursvake og minst taleføre i systemet. Ikke minst er vi profesjonelle menneskevurderere. Det gjelder å utnytte disse egenskapene, arbeide taktisk riktig, inngå konstruktive allianser og ikke minst lære seg å bruke massemedia for hva de er verdt. Samtidig må vi avlære og/eller avlive en del gammelmodige holdninger og væremåter som legestanden har vært og dels er preget av. På denne måten kan vi i de fleste kommuner oppnå en rimelig grad av innflytelse. Men det krever altså arbeid, tid og dyktighet. Vær forberedt på skuffelser som usaklige motstandere og fuskere i spillet. Enøyd frelsere med andre mål enn helse for sin virksomhet finnes, og tro det eller ei: de kan være akkurat like brysomme og ha akkurat like trangborede synsfelt som helsefrelserne. Dersom du ikke skulle oppnå det du ønsker, bør du vurdere å søke en stilling som gir større innflytelse, f.eks. en helse- og sosialsjef- eller rådmannsstilling, eller kanskje ta spranget over i politikken.

Kompromissløs faglig integritet gir mange muligheter

Jeg kan ikke se at det i det kommunale forvaltningssystem ligger noe som automatisk krenker min faglige integritet, men nekter ikke for at noen i praksis kan prøve å gjøre det. Bevaring av faglig integritet må være et kompromissløst krav vi må kjempe for og holde hellig. Men er du god nok, er det svært få, om noen, som ikke på en eller annen måte kan få fram sine faglige synspunkter og vurderinger.

Men vi har selvsagt ingen garanti for å bli hørt eller tatt hensyn til.

Istedenfor å overfokusere på begrensningene i systemet, burde vi bli flinkere til å lete etter og utnytte mulighetene. Overgangen fra distriktslege til kommunelege betød nok mindre makt til å trumfe gjennom helsesaker, men muligheten til å markedsføre helsetenking i hele det kommunale systemet er mye større idag. Utenfor helsetjenesten fins det i den kommunale organisasjon faktisk flere potensielt langt bedre produsenter av forebyggende helsetiltak enn oss.

Petter Øgar,
Elvebakken 1,
5800 Sogndal.

Litteratur

1. Kommunal Rapport 15. september 1994; 1.5. (årgang 8, nr. 15).
2. Kolstrup N. Stabilitet og trivsel blant medisinsk faglig ansvarlige leger i norske landkommuner fra 1988 til 1992. Spesialoppgave i folkehelsevitenskap. Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin, 1994.
3. Christie W. Utposten 1993; 22: 19.
4. Romøren TI. Kommunehelsetjenesten 10 år. Hva var visjonene, hva ble realitetene og hvor går veien videre? Ti år med kommunehelsetjeneste. Folkehelse, arbeidsrapport nr. 3/1995: 17-33.
5. Kommunenes Sentralforbund. Helsepolitisk plattform. Med fem ledsagende temahefter. Kommuneforlaget, 1994.
6. Dagbladet 24. august 1994: 9. (Varsler økning av EU-sykdommer hvis vi blir medlem).
7. Fugelli P. Med Rudolf Ludwig Karl Virchow som veiviser inn i den nye samfunnsmedisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1091-4.
8. Wildavsky A. The political pathology and health policy. I: Knowles J, red. Doing better and feeling worse. New York 1977.
9. Boonstra E, Fugelli P, Nyhammer J. Husstandsundersøkelse i Askvoll som ledd i lokalt forebyggende arbeid. Utposten 1991; 20: 278-82.
10. Kierkegaard S. En ligefrem meddelelse. I: Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. København: Gylendal 1964.
11. McWhinney IR. An introduction to family medicine. Oxford University Press, New York 1981.
12. Øgar P. Kommunelege I-forum i Sogn og Fjordane. Utposten 1993; 22: 88-9.

Tilfellet Anna

– en samarbeidsmodell i allmennpraksis

Tekst: Eli Berg



Eli Berg er spesialist i allmennmedisin. Hun har arbeidet i Kongsvinger i 20 år, de siste 7 årene i en 3-legepraksis.

Hun kom inn som en liten kuling. Astma. Så tung så tung. Året er 1988. Hun har brukt en annen lege i mange år, men kollegaen er gått av med pensjon. Slitsomt å begynne forfra igjen. Vi snakker om astmaen. Det er tungt hele døgnet. Må opp og bruke parapparat flere ganger om natta.

Hun er litt overvektig. Alltid trenet mye, liker å jogge, sykle, gå i fjellet. Men hun greier ikke dette nå.

Hun ser ikke på meg. Sitter litt tilbaketrukket i stolen med øynene nesten gjensluttet. Åpner dem av og til, men øyelokkene daler ned igjen.

Hun vil prøve å komme seg over på natta. Arbeidet som hjelpepleier på sykehjem liker hun godt. Tok utdanning som voksen etter at barna var store og hun og mannen skilte lag etter 25 års ekteskap. Hun er stolt av at hun har fått seg en utdanning. Gikk så fint å være i arbeid de første årene. Men nå blir hun tung i pusten når hun steller de gamle.

Og så er det denne hodepinen. Hun har litt høyt blodtrykk, bruker medisiner fast for det. Men det er liksom flere typer hodepine. Har fått Anervan mot migrene. Det hjelper på den ene typen smerte, men ikke på den andre. Nakken er stiv og stram. Ryggen verker. Kanskje skyldes det at hun puster galt?

Det er blitt mange kurer mot blærekatarr, har hatt nyrebekkenbetennelse også. Det er ille med de soppplagene som ofte kommer i kjølvannet.

Og så er hun så sliten. Orker ingenting. Har det jo så godt nå. Samboeren er snill, han hjelper til i husholdningen. De har det enkelt, men godt. Hun og mannen gikk ikke sammen, de var for forskjellige.

Hun har barnebarn nå. Hun er så glad for å ha dem på besøk, men blir fortvilet over at hun orker så lite sammen med dem. Blir sengeliggende når de er reist. De bråker ikke, men hun greier så lite. –

Det går ett år, to år, tre og fire år. Anna blir bare verre av astmaen. Må stadig sykemeldes over lengre perioder. Går natta nå. Er igrunnen svært rolig på nattevakte-

ne. Vil ikke søke trygd. Det er liksom å gi opp, det.

Vi tar et krafttak i forhold til astmaen. Allergitredningsskjema gir lite å holde seg til. Lungespesialist på Sentralsykehuset forskriver et batteri av inhalasjoner og tabletter. Allergologisk avdeling på Regionsykehuset sier at de ikke kan finne sikre allergener. Hun bør bruke ytterligere medisiner fast.

Anna greier ikke å jobbe. Blir tung i pusten ved den minste fysiske anstrengelse. Hun sover så elendig om natta, og hun beskriver at hun bare så vidt eksisterer. Om det er noe hun grubler på om natta, noe hun fortviler over? Joda, hun vil ikke gi seg. Hun har tatt utdanning, endelig har hun prøvd å gjøre noe for seg selv, noe hun kunne føle seg selvstendig ved. Og så kommer astmaen og ødelegger alt sammen.

Ingen andre i familien sliter med astma, så vidt hun vet. Hva hun ikke tåler? Lukter av alle slag iallfall. Har ikke husdyr, dun og fjær, men hun røyker litt. Om hun ønsker å slutte? Joda, men det er vanskelig.

Vi har mange samtaler. Kan det være helt andre ting som ligger bak at hun er syk? Hun gir ingen åpning på det. Vi snakker litt om fortida sammen med mann og 4 barn. Hun var husmor da. Glad for at hun var hjemme mens barna var hos henne. Har igrunnen alltid syntes at familien er viktig. Mannen var mye borte på spilling om kveldene og helgene, – var mere utemenneske, han. Hun satset mer på det hjemlige.

Om hun hadde opplevd alvor-

lige krenkelser som barn eller seinere? Nei, hun hadde det bra som barn. Strengt, men bra.

Det går dårlig med jobben. Hun må etterhvert kapitulere i forhold til full jobb, selv som nattevakt. Velger å søke halv uførepensjon.

Det er lettere nå. Behøver ikke ha dårlig samvittighet for stadige sykemeldinger. Men det var et nederlag. Et hardt slag dette å søke trygd, det å måtte gi opp deler av det å bli fri og selvstendig.

Og så er det disse andre plagene, de er ikke så viktige, men de plager henne en del, de også. Liker ikke å bruke så mye medisiner. Vi har mange og lange konsultasjoner i tillegg til alle de korte rundt infeksjonene som kommer og går, nå også i luftveiene.

Og årene går. Hun er på kontoret flere ganger i måneden. Dette er da ikke noe liv! Er noe uprøvd? Selv føler hun at hun har prøvd «alt». Og enda er hun ikke 50 år.

Hva med psykiatrisk poliklinikk? Kan det ligge andre ting bak alle disse kroppslige plagene? Hun tror ikke det. Det er klart at hun blir deprimert av å være så mye syk, men hun er egentlig ei gladjente.

Det går noen måneder. Vi drøfter igjen om det kan ligge andre ting bak. Mor, far, søsken. Joda, far var streng, mor var mye syk, en søster er sinnsyk, en bror greier seg utmerket. Hun er skuffet over ham, forresten. Hun ble fratt rett til noen penger en gang. Da sviktet i grunnen far henne også. Men dette har hun tenkt gjennom. Noe er det jo i alle familier. Hun tror ikke hun har tatt skade av oppveksten sin. De hadde det godt, hun må si det.

Hun ønsker ikke egentlig noen

henvisning til psykiatrisk poliklinikk. Har ikke noen tro på det. Det må være noe med kroppen som er helt galt.

Men om vi fikk psykolog til å bli med oss i en samtale på legekontoret? Kanskje han kunne se noe vi kunne jobbe videre med?



Stor skepsis, men ok. Det liv hun nå hadde var ikke noe liv, så hun var for så vidt åpen for hva som helst. Hun rettet seg opp i stolen, så rett på meg og bekreftet at vi kunne ta kontakt med en psykolog. Hun kom til å grue seg, men skulle stille opp.

Psykolog på psykiatrisk poliklinikk på lokalsykehuset ble kontaktet over telefonen. Om han kunne tenke seg å bli med i en konsultasjon hos legen for å se om han kunne ane andre veier å gå? Han fikk en kort sykehistorie og tente på ideen.

Det ble 2 x 1 time med noen ukers mellomrom med Anna, psykologen og legen til stede på legens kontor. Den tredje timen var en fest. Anna satt oppreist i stolen, med direkte blikk, en stolt kroppsholdning, frisk hudfarge og glimt i øyet. Hun fortalte at hun sov godt om natta nå. Brukte parapparat før hun la seg, men var ikke egentlig sikker på om hun trengte det. Hun brukte ikke lenger medisiner for hverken smerter, migrene eller høyt blodtrykk. Hun

hadde ikke lenger urinveisinfeksjoner eller underlivsplager. Hun var i halv jobb på sykehjemmet på dagtid, noen ganger ble hun litt tung i pusten og måtte bruke spray, men minimalt mot tidligere.

Hva hadde skjedd? Hun hadde sett at hun hadde muligheten til å gjøre andre valg, gå andre stier enn de hun hadde valgt til nå. I oppveksten og langt inn i voksent liv hadde hun tatt vare på andre. Hadde ikke noe valg.

Syk mor, syk søster. Ta hensyn. Da hun ble skilt, krummet hun nakken og «gikk på».

Hadde ikke orket å kjenne på sorgen over tapet av ektemannen. Hun skulle greie seg.

Nå ba hun samboeren om å flytte. Også han

utnyttet kanskje hennes omsorgsevne og hennes behov for å ta vare på. Etter en tid ønsket hun sin fraskilte mann velkommen tilbake etter 7 års adskillelse, men nå til et jevnbyrdig gi- og ta-forhold. Hun så at hun hadde egne behov, noe hun aldri hadde tatt hensyn til tidligere. Hun hadde fått respekt for seg selv og erfarte at hun kunne ta selvstendige valg.

Hun er nå, 2 år etter, innom en sjelden gang for fornyelse av astmamedisiner. Det er det eneste hun bruker av medikamenter, og hun bruker lite. Hun har hverken høyt blodtrykk, migrene, muskelspenninger eller infeksjoner ut over vanlige forkjølelser. Hun kan igjen ferdes i skog og mark og er gått ned i vekt. Hun jobber halv tid på sykehjemmet og har halv trygd. Hun har ikke vært sykemeldt disse 2 årene.

- og de 25 andre pasientene som har arbeidet sammen med lege og psykolog på legens kontor

Med Anna ble det en dramatisk vending i livet hennes etter kun 2

fellessamtaler med noen ukers mellomrom hvor Anna, psykologen og legen deltok i samtaler. Andre har trengt 3-5 samtaler, andre har takket nei etter 1 samtale, dette var ikke noe for dem. For andre igjen har psykologen og legen sagt at de ikke får noe ut av denne måten å jobbe på nå.

Der samarbeidsmodellen egner seg, har folk fungert bedre og etter langt kortere tid enn det som en kunne vente etter legens arbeid alene eller ved en henvisning til psykiatrisk poliklinikk. Hva skjer?

Legen har ofte kjent pasientene over mange år. Livssituasjonen er med i tenkningen rundt helseproblemer på et tidlig stadium i de fleste pasientkontakter. Funksjon er like viktig som en diagnose.

Psykologen på sin side bruker den samme tenkningen i samtale med pasienter på legekantoret som på poliklinikken på sykehuset

Begge ser vi imidlertid at det er et kraftig potensiale ved å være begge to til stede samtidig når en pasient eller familie sliter med helseproblemer.

De 25 pasientene har diagnoser som hypertensjon, overvekt, nakkeskuldermyoser, lumbago, hodepine, migrene, astma, depresjon, angst, psykose, slapphet, sequele etter vold, patologisk alkoholreaksjon, hysteriform reaksjon, suicidalfare, mareritt, sykt barn, residerende infeksjoner, for å nevne de viktigste.

Hva i samarbeidsmodellen er det som gjør slike dramatiske utslag for noen av pasientene? Psykologen kommer rett inn i en prosess som er igang og hvor lege og pasient ofte har gått mange runder før fellessamtalen. Det foreligger en forhistorie, ikke krympet sammen på et A4-ark, men med levende personer som formidler historien. Psykologen slipper å ta opp en psykiatrisk journal, noe pasienten ofte er svært glad for. De føler det noen ganger ille å måtte fortelle enda en gang. Psykologen føler det også ofte ubehagelig og tidkrevende å måtte gjøre dette kartleg-

gingsarbeidet. I vår samarbeidssituasjon kommer han rett til «dekket bord».

Legen på sin side behøver ikke streve for å få pasientens liv inn på et stykke papir. Henvendelsen til psykologen pleier å inneholde en kort skissering av hvor legen tror problemene kan ligge og en forespørsel om hjelp til å finne nye stier. I fellestimene kan legen delta aktivt i samtalen, komme med suppleringer, bremse litt her og heie på der. Legens kjennskap til pasienten brukes altså aktivt i psykologens arbeid der og da.

Pasienten er tatt vare på ved at legen dessuten kan nøste videre eller «samle sammen» pasienten etter en slik seanse. Viktig ingrediens i vår modell er at psykologen kan være langt mer aktiv, pågående enn om han var alene på poliklinikken. Legen er der som en sikkerhet.

Av og til er det naturlig at lege og psykolog snakker sammen mens pasienten hører på. Vi har da trukket oss litt tilbake og reflekterer over pasientens situasjon akkurat da. Kanskje drøfter vi hypoteser i pasientens påhør. Også dette har en kraft i seg.

Noen ganger ber vi livsledsager blir med i samtaler, andre ganger splitter vi opp parene og snakker med en ad gangen. Andre ganger igjen ber vi foreldre være med, andre ganger voksne barn.

Vi gjør altså ikke noe revolusjonerende som ikke hver av oss kunne ha gjort alene. Men effekten ser ut til å være dramatisk mye sterkere når 2 ulike yrkesgrupper fungerer som co-terapeuter på denne måten.

En annen side ved dette er at ved å koble inn psykolog også i tidlige faser av en skjevutvikling helsemessig for en pasient, sparer vi sannsynligvis pasienten og familien for mye fortvilelse. Vi bruker 1 klokke time, men få ganger. Alt-i-alt er det ikke tvil om at legen sparer tid og krefter på dette. Psykiatrisk poliklinikk spares for sannsynlig seinere henvisninger. Folketrygden sparer sykepengene og

uføretrygden hos noen av de 25 pasientene våre. Noen havner på halv uføretrygd og halv tid arbeid i stedet for å måtte gi tapt på arbeidsmarkedet.

Flere leger prøver etterhvert denne måten å jobbe på og erfaringene er sammenfallende. Dette er en dramatisk mer effektiv arbeidsmåte enn å jobbe hver for seg, og resultatene er udelte positive for de som går inn i denne samtalemodellen.

Vi kjører video-opptak av samtaler. Nærmere analyse av dette vil kanskje kunne avdekke ytterligere forklaringer på hvorfor metoden har slik kraft.

En svært vesentlig side ved fellessamtalerne er også det rent utdanningsmessige aspektet. For legen er det en klar kompetanseheving etter noen tid. Det gir seg utslag i at enkelte pasienter/familier takles av legen alene hvor kanskje henvisning tidligere ville vært naturlig. For psykologen er det av vesentlig betydning for forståelsen å få med langt flere sider av pasientens liv for en bedret strategi for hver enkelt.

Hvor blir det av de som kun har 1 time i samarbeidsmodellen og ikke føler at dette ble bra? Noen fortsetter hos legen, andre henvises til individualsamtaler hos psykologen på poliklinikken.

Veien videre

Andre bør kanskje gjøre noe lignende for å prøve ut generaliserbarheten i dette. Til nå er det 5 kollegaer lokalt som har hatt psykologen innom til slike fellessamtaler.

Det neste viktige trekk blir å få pasienter som har prøvd samarbeidsmodellen til å fortelle i fritekst hva som var bra og hva som ikke var så bra med det de opplevde. Forespørselen vil rettes både til de som kun hadde en samtale og takket nei til videre fellessamtaler og de som har hatt flere runder sammen med psykologen og legen.

Eli Berg

Gågata legesenter, Kongsvinger

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: Spesialitetsprislister 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 Enterabletter 20 mg	100	476,60
Felden Tabletter 20 mg	100	707,80
Orudis Depotkapsler 200 mg	100	781,20

Kilde: Spesialitetsprislister 1. januar 1995

Referanser

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

Brexidol®
Piroxicam-β-cyclodextrin

NYCOMED
PHARMA

Prodotto e distribuito da CHIESI, ITALIA

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

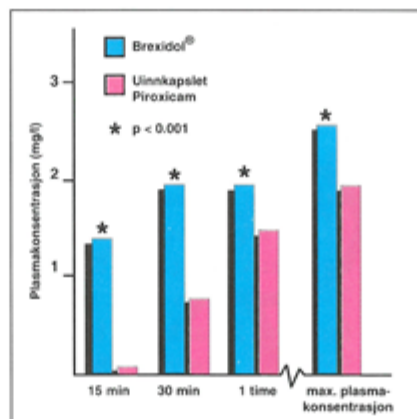


Fig. 1.
Plasmakonsentrasjoner etter Brexidol® og innkapslet piroxicam. Etter 3)

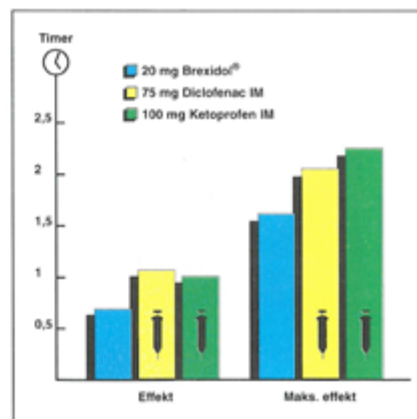


Fig. 2.
Analgetisk effekt, Latenstid og tid til maksimal effekt etter Brexidol® og intramuskulære NSAID's.(6)

Krystaller

Vanlige NSAID's 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 DOSEPUVLVER 20 mg: Hvert dosepulver innh.: Piroxicam - β-cyclodextrin, aeqv. piroxicam, 20 mg, Sorbitol 2,6% g, aspartam 15 mg, constit.q.s.
T TABLETTER 20 mg: Hver tablett innh.: Piroxicam - β-cyclodextrin, aeqv. piroxicam, 20 mg, lactos, 102 mg constit. q.s.

INDIKASJONER:

Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, mb. Bekhterev, artrose. Akutte inflammatoriske tilstander i muskel-skjelettsystemet. Primær dysmenoré.

KONTRAINDIKASJONER:

Aktivt ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet for preparatet. Krysreaksjon med acetylsalisylsyre 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. Kardiovaskulære/renale: Palpitasjoner, 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 (Henoch Schönlein), leukopeni og eosinofili er rapportert. Meget sjelden aplastisk og hemolytisk anemi. Lever: Enkelte tilfeller av forhøyet transaminasnivå. Ikterus og hepatitt er rapportert. Øyene: Tinnitus. Hørselsnedsettelse i sjeldne tilfeller. Tåkesyn og øyevirritasjon. 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 gastrointestinal livvirkning. 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 nedsattelse av nyregjennomblødning 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 amming da sikkerheten under graviditet ikke er dokumentert.

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

INTERAKSJONER: Preparater 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 utrores 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 inflammatoriske tilstander 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.

OVERDOSE/ING/FORGIFTNING:

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

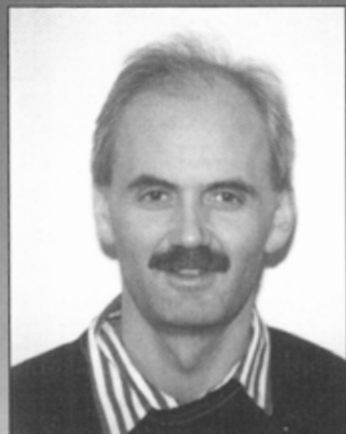
PAKNINGER OG PRISER: (Pr. 1.1.95)

Tabletter: Enpac: 7 stk. kr.45,20, 20 stk. kr.92,30. Boks: 100 stk. kr.374,50. Dosepulver 20 stk. kr.92,30
T: 3, 17, 35

Synsforstyrrelser hos barn



Tekst: Erling Strand



41 år, fra Bodø. Privat praksis ved Bergen Øyelegesenter siden 1985/86. Sideutdannelse i 1/2 år i nevrologi. Ved sentret undersøkes 25–30000 pasienter årlig av 6 faste leger + flere sykehusleger. Her foregår også operasjoner for grønn/grå stær/øyelokk, laser for diabetes og nær-

Tenk deg å ikke kunne se! Tenk deg at du aldri her sett! Hva er gult for noe? Hvordan ser et smil ut? Hva er kroppsspråk.

Manglende syn har mange implikasjoner. Barnets utvikling forsinkes på alle områder, idet vi lærer av å se på ansiktsuttrykk til mor og far og vi imiterer disse. Senere tar vi etter ting som kommer i vår vei og ser hvordan alt virker. Uten syn tar læringen mye lengre tid. Normalt skal vi feste blikket iallfall i 6–7 ukers alder og følge med blikket i 8–9 ukers alder. Vi tar etter ting i 3–4 måneders alder, setter pekefinger

på objekter i 9–10 måneders alder, skjelner farger i 3 års alder.

De blinde henger betydelig etter i utvikling – de tar etter ting i 7–8 måneders alder, pinsettgrep først i to års alder og fallskjermrefleks i 18 måneder. De vil helst ikke ligge på mage og holde hodet oppe (fordi de ikke ser mer på denne måten) – de smiler ikke, de gjentar ord. Svært ofte er dette multihandicap-barn. Kanskje 50% av de er mentalt retardert, 10% har CP, 10% også hørselsvekket.

Tallene for synsmodning må taes med en klype salt – noen er forsinket uten at vi finner noe galt, og de fleste av disse blir helt normale synsmessig.

Synsutviklingen er særlig dynamisk første leveår – og sykdom i denne perioden gir ofte bestående synsskader. Prenatalt er det ved 6 ukers gestasjonsalder godt utviklet øyestrukturer og hjerne. Teratogene faktorer har følgelig størst betydning i 1. trimester. Også etter fødsel forandres synet mye – perifer retina er ikke vaskularisert før 44 ukers gestasjonsalder. 70% av premature barn mellom 500g og 750g har proliferativ retinopati og stor blødningsrisiko, tross nøye O₂-monitorering. Muskelfester endres første leveår (av betydning for kirurgi og myelinisering er ikke ferdig før i 2 års alder. Postnatalt blir cornea flatere og bryter mindre, akselengden blir større og linsens brytningskraft mindre. Vi er nesten alle født langsynte (hypermetrope), men dette avtar jevnt utover og oppover i skolealder er det myopiene melder seg.

Årsak til myopi er ukjent. Noen er arvelig betinget, noen muligens på grunn av nærsynsastrengelser med svak akkomodasjon og noen kanskje på grunn av

svak sclera (excessivt myope). Vel 80% er under +3 dioptrier. Symptomer er tretthet i øynene, uklart avstandssyn, knipping av øyelokk. Retina tynnes og de kan få corpus-avlesning og amotio. De nærsynte trenger ikke akkomodere og dette betyr mindre konvergens og de blir mer utsatt for utoverskjeling. Noen hevder myopi kan forebygges ved fokuseringsøvelser på forskjellig avstand, lesing med økende minusglass, fysisk aktivitet, – dette er mer kontroversielt.

Amblyopi betyr ensidig eller bilateral deprivasjon i de første levemåned/år. Vanligst er på grunn av strabisme, oftest innover (esotropi, både små og stor vinkler). Dessuten ved anisometropi (<1D for hypermetrope og >3D for myope) evt. meridional (i bare ett plan) amblyopi ved astigmatisme. Amblyopi kan også oppstå ved deprivasjon på grunn av cataract, ptoze, corneauklarhet, corpus-uklarhet.

Ved strabismeamblyopi må man først heve amblyopien før man opererer strabismen. Dette gjøres ved lappebehandling (jo eldre, dess mere) eller atropin i beste øyet. Effekten av slik behandling kan oppnås til 8–10 års alder – senere har det liten hensikt. Best resultat fås hos de yngste.

Fargesynet er svekket hos ca. 5% av guttene, og hos godt over 1% av jentene. Grønnedefekt (deutanomali) er vanligst. Ofte X-bundet arvelig. Har liten betydning, barna plages ikke. De kan ikke bli flyver eller stå til rors, ellers gjøre alt.

Ved vanlig barneundersøkelse gjelder det samme som hos andre barn. Anamnese er viktig – foreldrenes inntrykk av synet er oftest

riktig. Svaksynte ser gjerne rett i lyset, de gnir øynene, har urolige øyne, nystagmus og de smiler ikke. Det man skal se etter er om barnet er lysømfintlig (glaukom, aniridi, fremmedlegeme, comeashade, cataract, uveitt, CNS-sykdom, albinisme mm.) Hvordan er rød refleks? Bilateral cataract eller hvitlig pupillerefleks (leukocori) er grunn for henvisning som ø.hj. Hvordan fikserer de? Hvordan reagerer de på okklusjon?

Det er vanskelig med eksakt visusundersøkelse før de er tre år – hos noen må de bli 5 – 6 før vi får samarbeide. Viktig ved u.s. er tempo. Bruk de mest kjente figurene og gå raskt ned til nest nederste linje. Hus, bil og fly er figurer de er mest familiære med. Flytt tavlen nærmere om de ikke vil være med. Evt. bruke Sheridan Gardiner test dersom de ikke vil si noe (der skal de peke på en plate de holder i hånden og treffe tilsvarende bokstav som du holder opp). Fargene kan testes med Ishihara tavler der da skal følge med fingeren det fargete tallet. Også teste for konvergens (god konvergens indikerer oftest binokulær funksjon).

Tildekkingsprøve eller lysrefleks vil avsløre innstillingsbevegelse ved tildekking/avdekking – dette tyder på strabisme. En bør være obs. på at små barn ofte har en epicanthusfold før neseryggen løfter seg, og dette gir en tilsynelatende innoverskjeling.

U.s.s. rom bør ikke være for mørkt – da blir de redde. Evt. gi tropihannid (Mydrin) for å u.s. fundus.

Hva med briller? Det forskrives for mange briller til skolebarn. Er hypermetropien $>3 - 4D$ bør de ha briller likeså ved myopi $> -2D$ og astigmatisme $>1,5D$. Noe av skylden må optikere ta – de vil naturligvis selge briller og slakker derfor noe på indikasjonsstillingen.



Hva feiler en jente på 10 år med gradvis avtagende syn uten at noe galt påvises ved us? En bør da tenke på hysteri. Pasienten er lite preget av sitt sterke synstap (ofte på begge sider). De leser langsomt både store og små bokstaver. Ofte andre med synsproblemer i slekt. Man bør imidlertid anta organisk årsak dersom der beskrives sentralskotomer (utfall sentralt, god synsfeltsbredde). Hysterikere har gjerne tunnellsyn – synsfeltet er kanskje 10 cm i utstrekning enten avstanden er 30 cm. eller 6 meter. Prognosen er oftest svært god.

Lese- og skrivevansker er ganske vanlig – i Norge ca. 20–30.000 elever, dvs. 3–5% av elevene. Gutter er i flertall (4:1). Intellektuelt er de helt normalutrustede. Oppfatningene om årsaker er svært delte, men de fleste finner at der ikke er forskjell fra «normalbefolkning» hva angår øyeforhold/nevrologi. Det kan være visuelle/auditive vansker, emosjonelle forstyrrelser, vansker pga. forskjellige lærere, forskjellige språk der de bor (ambassadebarn mm). De øyeforandringer som kan spille en rolle er konvergensinsuffisiens/exofori som gir tretthet i øye/astenopi

(kløe, svie, ubehag evt. hodepine) og evt. diplopi som gjør at bokstaver flyter sammen, deler av ord forsvinner, bokstavene blir uklare. Lesingen går bra i starten, men med tretthet kommer problemene. Symptomene forsvinner ved tildekking av ett øye, i motsetning til hva det gjør ved dysleksi.

Behandlingen er konvergenstrening, evt. prismebriller eller operasjon. Dette er altså et mindretall av pasientene med lese- og skrivevansker (kanskje 5%), men man tyr her tidligere til briller, trening, operasjon hos de med dysleksi for at de skal ha optimale synsforhold. Men igjen; dyslektikere har ikke mer samsynsvansker enn «folk flest».

Gutter i 6–8 års alder har ofte tics – de blinker mye. Alt er normalt, og i søvne forsinker blinkingen. Guttene plages mindre enn omgivelsene. Annen øyesykdom bør utelukkes. Prognosen er god.

Proptose, eller fremstående øye, er hos de under ett år oftest forårsaket av vaskulære, godartede tumores. Mellom ett og fire år er rhabdomyosarcom vanligst, mens hos de over fire år er det dermoid og leukemisk infiltrat som er vanligst.

Hodepine er vanlig hos barn. Jo kortere historie, desto større bekymring. Jo yngre, desto mer sannsynlig organisk. Går hodepinen ut over vanlig aktivitet er den mer sannsynlig alvorlig. Øyesykdom er sjelden hodepineårsak – evt. ved konvergensinsuffisiens. Mer vanlig er migræne (akutt tilbakevendende), stress (kronisk, bifokal, >6 år), hypertensjon (obs nyrrer), økt intrakranielt trykk (hydrocephalus, benign intrakraniell hypertensjon, tumor), infeksjon, feber, hypoglykemi.

Erling Strand, øyelege
Vestre Torrgt. 8
5015 Bergen

Intervju med Olav Rutle

«Korleis lærer vi faget vårt?»

Intervjuer Helge Worren

Olav Rutle er vel kjent for mange av UTPOSTENs lesere. Hans navn er nært tilknyttet Institutt for allmennmedisin i Oslo, hvor han bruker omtrent halvparten av sin arbeidstid. Han er en skattet foredragsholder og studentlærer. Den andre halvpart av sin arbeidsinnsats bruker han i allmennpraksis på Jessheim. Hans verv har vært og er mange. Vi nøyer oss i denne omgang med å si at han er leder for spesialitetskomitèen i allmennmedisin.

UTPOSTEN :

Betyr det noe for den jevne allmennpraktiker at allmennmedisin i den nye studieplanen blir ett av tre hovedfag ved siden av kirurgi og indremedisin?

Olav Rutle : Eg trur det er to viktige poeng som bør understreka. For det første at allmennmedisins status blir heva. Faget er anerkjent i det akademiske selskap. For det andre, vil ein nok etterkvart sjå at dette vil innverka på rekrutteringa til allmennmedisin. I gamle dagar, var det nok onde tunger som sa at ein alltid kunne satse på allmennpraksis dersom ein ikkje hadde «guts» til noko anna. Denne tid trur eg definitivt er forbi. Allmennpraktikarane ute i felten merker nok dette. Denne prosessen har jo vore på gong ei god stund.

UTPOSTEN :

Har det vært mye motstand mot at allmennmedisin har fått en slik



posisjon i det medisinske studium?

Olav Rutle : Eg trur det er få, om nokon, på det medisinske fakultet som direkte er imot allmennmedisin som undervisningsfag. Ein skal tross alt hugse at i sjølve formålsparagrafen til studiet heiter det at studiet skal ta sikte på å utdanne «leger til alminnelig praksis». Men det er klårt at nokre har ytt motstand fordi dei mister noko. Allmennmedisin skal ha meir plass, og da må andre gje frå seg noko. Eg høyrde nyleg ein kollega som sa at i Rikshospitalets auditorium var antall forelesninger om eit emne omvendt proporsjonalt med hyp-pigheten av fenomenet i det verkelege liv. Vi vil snu på dette. «Vanlige ting er vanligst».

UTPOSTEN :

Som leder for spesialitetskomitèen i allmennmedisin, kan du si om det er noe på gang når det gjelder kravet om sykehustjeneste for å bli spesialist?

Olav Rutle : Sjukehusutdanninga er ei sideutdanning. Det skal gi innsyn i eit anna fagområde enn hovedfaget. Alle spesialitetar har sideutdanning, sjølv om eg har høyrd at mellom anna kirurgane godt kunne tenke seg å slippe slik sideutdanning. Eg vil vere imot at vi skal slippe dette som spesialister i allmennmedisin. Som andre spesialitetar kan vi også bli for einauga. Eg veit at ein del kolleger slit med å få sjukehusutenesta, og eg skal gjerne vere med på å diskutera korleis vi kan gjere det lettare å få tatt den. Eg skal og gjerne vere med på diskusjonen om ein kan bli spesialist på ein annan måte enn den noverande. Det vil nok også opplevast som blodig urettferdig for dei som har gjennomført sykehustenesta om denne skulle bli kutta ut heilt.

UTPOSTEN :

Går det greit å komme med i veiledningsgrupper?

Olav Rutle : For dei fleste går dette utan problem, sjølv om nokre må



vente ei tid. Systemet er dessutan blitt mykje enklare den seinare tid etter at Dnlf overtok koblinga mellom veiledningskandidatar og veiledere. Nå kan ein som vil bli med i ei veiledergruppe melde si interesse til Dnlf, som kobler vidare.

UTPOSTEN :

Du er kombidoktor på en litt annen måte enn den vi vanligvis forbinder med denne betegnelsen, nemlig at du deler din arbeidstid mellom forskning/undervisning på den ene siden og allmennpraksis på den andre. Er dette mulig, er ikke dette en rask måte å brette nakken på?

Olav Rutle: Det er mogleg og det er spennende. Det syns også mange kolleger som høyrer om ordninga. Det kan nok ofte bli meir 75/75 enn 50/50. Eg merkar at når eg no har hatt eit års permisjon frå universitetsstillinga, så har den tida gjort meg godt. MEN : eg ser fram til å gå tilbake til kombinasjonen.

UTPOSTEN :

Gir forskningen og undervisning deg noe nyttig for din allmennpraksis, og omvendt?

Olav Rutle : Forskningen gjer meg kritisk til faget, kritisk til det eg gjer i praksis : kan dette være rett? Kan dette gjerast på ein annan

måte? Eg opprettheld ein fruktbar nysgjerrighet. Undervisningen gir meg mykje. Det er både spennende og inspirerende å jobbe med unge menneske. Dei stiller ofte utradisjonelle spørsmål, som er nyttige og utviklende. Eg er ofte glad inni meg når eg har hatt undervisning. Denne gleden og inspirasjonen tar eg med meg ut i praksis. Praksis har også sin verknad på min forskning og undervisning. Eg tek med meg viktige spørsmål frå praksisen til forskningen og undervisningen – spørsmål som eg ikkje trur eg ville ha utan praksisen. Eg jobbar ein god del med desse to spørsmål : 1) Driv vi ein allmennpraksis slik forskningen sier vi skal gjera det? og 2) Driv vi ein forskning slik allmennpraksis treng den? Eg trur ikkje eg ville ha jobba slik med desse spørsmål utan at eg hadde vært kombidoktor.

UTPOSTEN :

Du har engasjert deg for medarbeiderne på legekontoret. Hvorfor?

Olav Rutle : Få av oss kan tenke seg tilbake til tida før vi hadde medarbeidarar. Medarbeiderne er ein viktig del av eit team. Det hjelper ikkje kor god legen måtte vera om han ikkje også har ein god medarbeidar som han satsar på.

Det er rart at ikkje fleire leger ser dette ved å satse sterkare på fagleg utvikling hos medarbeiderne gjennom kurs, intern undervisning, kvalitetssikringsarbeid (til dømes på laboratoriet), m.v. Her er eit stort uutnytta potensiale.

UTPOSTEN :

Du er en sindig vestlending med mange jern i ilden, men hva brenner du egentlig og mest for?

Olav Rutle : Eg får svare på det som gjeld fag. Svaret kan nok variere fra tid til annen. Det er særleg to sakar eg er sterkt engasjert i. Vi har tildels vært inne på dei begge før i samtalen.

Det eine går på samspill mellom praksis og forskning. Eg kunne tenke meg at praktikaren interesserte seg meir for akademiet, kva det kan gi. Noen har uttrykt misnøye med instituttene til dømes. Eg trur nok kanskje at mange har hatt gale forventningar i så måte. På den andre sida kan eg håpe på at forskningen i enno større grad tenker på praksis. Eg vil gjerne være med å få i gang ein skikkeleg diskusjon omkring dette samspillet.

Det andre faglege eg verkeleg er oppteken av er utdanning : korleis lærer vi faget vårt? Kanskje kurs ikkje er den mest saliggjerande måten å lære på. Kanskje vi burde tone dette ned og sette meir lys på læring gjennom grupper, gjennom hospitering hos kvarandre, osv. Den gruppebaserte læringa er tilstades i videreutdanninga, men ikkje i nokon særleg grad i etterutdanningen. Som allmennpraktikarar er vi ofte svært aleine, sjølv når vi jobber i gruppepraksis. Vi må finne ut av faget på eige hand. Vi mangler forbilder, slik til dømes kirurgane får når dei opererer saman med sine overordna, som dei fleste kliniske spesialitetar får når dei går visitt med overordna kolleger, osv. Vi bør lære meir av kvarandre som allmennmedisinrar når faget skal praktiserast. Også denne diskusjonen vil eg gjerne være med på. □

En «ung» leges erfaring med fastlegeordningen

Av Sirin Johansen



Sirin Johansen, f 1960. Cand. med. -88. Holder på med spesialistutdanning i allmenn-medisin. Etter turnus arbeidet som vikar på 3 forskjellige kommunale legekontor i Tromsø. Arbeider nå på Nordbyen Legesenter, et privat 4-legesenter i nærheten av Tromsø sentrum.

Personlige erfaringer før forsøket

Det som preget primærlegetjenesten i Tromsø før fastlegeforsøket var svært ustabil legedekning, – spesielt på de kommunale legekantorene. Det var lange ventelister, det var lite kontinuitet i arbeidet med hver enkelt pasient og med samarbeidspartnere, og

mange leger og medarbeidere var slitne. Pasientene var også slitne av stadig å måtte forholde seg til nye leger. Pasientmassen var uoversiktlig å jobbe med, – noen benyttet frivillig eller ufrivillig flere leger samtidig og hadde flere legejournaler, og det var endel problemer med «shoppere» av B-preparater.

Jeg opplevde det som frustrerende å ha storkommunen Tromsø som arbeidsgiver, det var stor avstand fra arbeidsplass til ledelse. Det var også et markert skille mellom kommunalt ansatte leger og privatpraktiserende leger, – faglig samarbeidet vi ikke.

Etablering for en ung lege

For å bedre legetjenesten i Tromsø kommune ble det sommeren -92 opprettet 2 nye driftsavtaler i bydelen Kvaløysletta hvor det var lang ventetid på legetime. Vi var 2 relativt nyutdannede leger som fikk stillingene, ingen av oss hadde

arbeidet i denne bydelen tidligere. Befolkningen fikk ca 2 mnd før forsøkets start anledning til å velge lege. Vi fikk få primærtilmeldte. Dette fordi vi ikke var kjent blant befolkningen (lokalene våre kunne tidligst stå ferdig et halvt år etter innføringen av fastlegeforsøket) og fordi en stor andel av befolkningen på Kvaløysletta ønsket lege nærmere Tromsø sentrum. De allerede etablerte legene på Kvaløysletta hadde kapasitet nok til de som ønsket lege i bydelen. Vi ble fristilt til å etablere oss et annet sted, og det viste seg å være mest behov for leger nær Tromsø sentrum.

Det endte med at vi kjøpte oss inn i et privat legesenter som ønsket utvidelse, noe som har vist seg å være en heldig løsning for oss.

Listeetablering for en ung, ny lege

Ved fastlegeforsøkets start var det 1485 pasienter på min liste. Vi var

Legesekretær Unn Jensen i aktivitet på laboratoriet.



Omarbeidet foredrag ved Fastlegeseinar Tromsø april -95.

		liste	basis- tilskudd
mai -93	<500 primærvalgte + tildelte nordøya	1485	31 174
aug -93	Avskalling, bl.a. p.g.a. Kv. slett. → øya	1181	25 293
okt -93	Innflytting Nye Nordbyen Lite bytting!		
jan -94	Student tildeling	1850	36 268
mars -94	Lukking	1923	38 025
jan -94	Frafall stund, nye studenter	1813	35 978

Tabell 1. Etablering av listen for ung, ny lege, med milepæler og størrelse på basistilskudd.

8 nyetablerte kvinnelige leger i byen som fikk mindre enn 500 primærtilmeldte pasienter. Resten av listen var fylt opp av personer som bodde i nærheten av legesenteret og som selv ikke hadde valgt lege. Dette ga et månedlig basistilskudd på ca kr. 31.000. (Se tabell 1)

På listene med mange tildelte var det de første månedene endel bytting. Noen byttet fordi de ønsket lege med lokaler på Kvaløysletta. I august -93 var listestørrelsen falt til 1181, noe som ga en reduksjon i basistilskudd til ca 25.000/mnd. I jan -94 var studenttildelingen ferdig og studentene ble fordelt til det legekontoret som lå nærmest boadresse. Siden vårt legekontor ligger i nærheten av universitetet fikk vi 2 nyetablerte tildelt mange studenter, dvs. vi fikk fylt våre lister til ønsket maksimumstall på 1800 pasienter.

På denne listen har jeg ca 500 studenter som det utbetales 10/12 dels basistilskudd for og svært få eldre pasienter, kun 16 over 75 år.

I oktober -93 flyttet vi inn i Nordbyen legesenters nye lokaler sammen med 2 kvinnelige leger som hadde arbeidet sammen i 10 år. Deres listeetablering var svært forskjellig fra vår i det de hadde høy grad av primærtilmeldte. Disse 2 kvinnelige legene hadde over lang tid slitt med lange ventelister. Vi forventet alle 4 at det ville bli betydelig bytte fra deres «overfylte» lister til våre små lister, men dette skjedde ikke! Det har vist seg at pasienter som har et veletablert

legeforhold er svært tilbakeholdne med å bytte lege, selv innen samme legesenter. Dette illustrerer at markeds mekanismene i liten grad virker inn på listestørrelsene.

Listestørrelse og økonomi

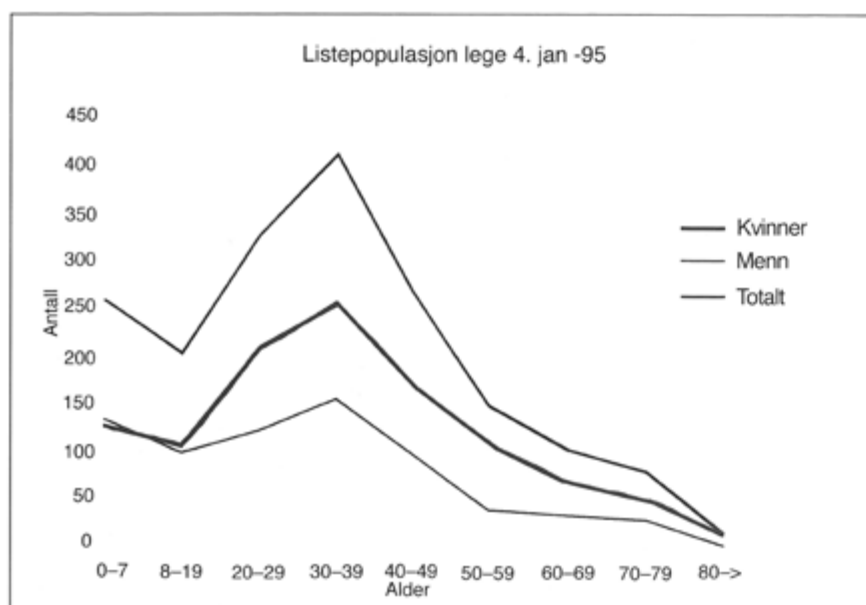
Listestørrelsen er i fastlegeforsøket viktig for økonomien. Utfra tabell 1 (listeetablering) ser en at det er stor forskjell i basistilskudd på 1200 og 1800 pasienter. 1200



pasienter gir et for lavt basistilskudd for å dekke månedlig drift på vårt kontor. 1800 pasienter gir et månedlig basistilskudd som omtrentlig dekker månedlig drift, men 1800 er et urealistisk høyt pasientall å betjene dersom man er helt alene med ansvaret for pasientene. I Tromsø er det mulig å ha en slik stor liste fordi mange pasienter benytter legevakta på ettermiddagen, ved alvorlige skader og livsstruende tilstander blir pasienten ofte fraktet direkte til sykehus med ambulanse, mange pasienter går til kontroller på poliklinikken på RiTø, og det er flere privatpraktiserende spesialister som pasientene kan oppsøke uten henvisning.

Tabell 2. «Diagnoser mest brukt» i en fire-måneders periode (0108-301194) for ung, ny lege (SJO) og veletablert lege (UR).

SJO	UR
1) Svangerskapsktr	1) Svangerskapsktr
2) Ryggsmertter, u/utstrålingss	2) Myalgi nakke
3) Fam. planlegg. p-pille	3) Lumbago
4) Magevondt, uspes.	4) CYT screening
5) Nakke, myose/myalgi	5) Astma
6) Astma	6) Depresjonsfølelse
7) Depresjonsfølelse	7) Myalgi rygg
8) Hoste	8) Skade nakke
9) CYT screening	9) Tendinitt skulder
10) Hodepine, tensjon	10) Depressiv tilstand
11) Svang, etterktr.	11) Depresjon, angstpreget
12) Tendinitt	12) Angina Pectoris
13) Hodepine	13) Hypertensjon, ess.
14) Ryggsmertter, m/utstrål.	14) Smerte abdomen
15) Føflekk	15) Søvnforstyrrelse
16) Tendinitt skulder	16) Atrieflimmer
17) Forkjølelse	17) Hjertesvikt
18) Influensa, lign. sykdom	18) Bekkenløsning
19) Kneproblem, akutt	19) Nakkesyndrom
20) Myalgi	20) Blodtrykk, forhøyet



Figur 1. Listepopulasjon for veletablert lege.

Listeskjevheter

Det er åpenbare ulikheter på listene mellom de 2 legene med lang praksistid og oss 2 nye. De 2 legene som har arbeidet på samme legekontor i 10 år har generelt flere eldre, høyere kvinneandel og få studenter.

Vi har gjort noen sammenligninger mellom min liste og listen til min kollega U.R. som har arbeidet 10 år på senteret. Hun har høy grad av primærtilmeldte, dvs. aktive brukere av legetjenester. Listen hennes har en alders-

sammensetning som er mer lik hele kommunens, og hun har stor kvinneovervekt (se figur 1). Min liste er preget av mange unge og en mindre kvinneovervekt (se figur 2).

For å illustrere ytterligere ulikheter har vi tatt ut «diagnoser mest brukt» i en fire-måneders periode (se tabell 2). Oversikten viser at det er likhet blant de 10 mest brukte diagnoser, men videre opp til de 20 mest brukte diagnoser er det store ulikheter. U. R. har generelt mer psykiatriske problemstil-

linger og mer hjerte-kar problemstillinger å jobbe med, noe som er klart mer arbeidskrevende enn f.eks forkjølelse og føflekker.

Problemer tilknyttet fastlegeordningen

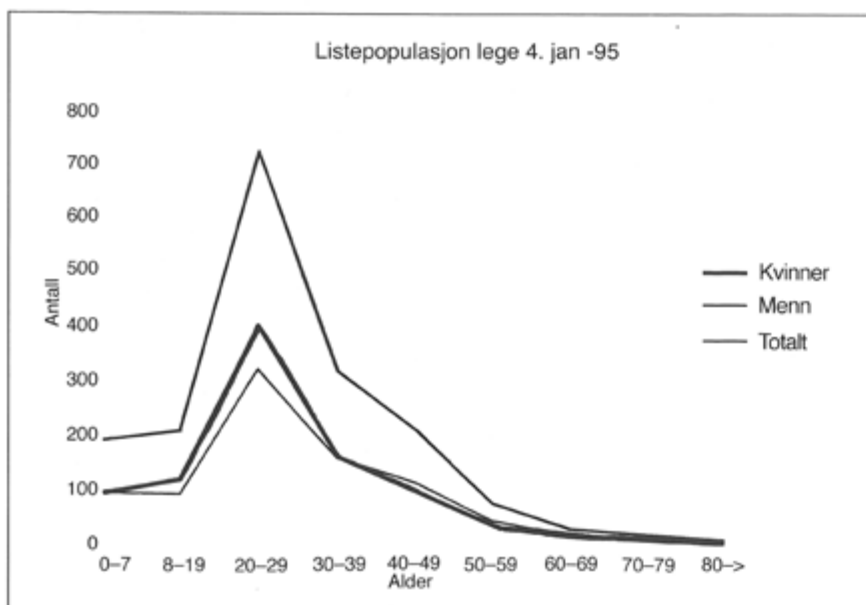
Bytting av lege forekommer i liten grad. Dette medfører at skjevheter ved listeetablering som f.eks kjønnsovervekter, stor andel av storforbrukere av legetjenester, eller små lister, i liten grad kan korrigeres etter at listene er etablert.

Det er sannsynligvis slik at skjevheter som f.eks kvinneovervekt forsterkes med tiden. Siden forsøket startet har det totale antallet som har byttet til min liste vært 5 ganger mer kvinner enn menn. Hos den mannlige nyetablerte legen har det vært en liten overvekt av menn som har byttet til hans liste i samme periode.

I Tromsø har det vært en klar tendens til at kvinnelige leger har hatt lengre ventetid enn menn med samme listestørrelse. For å redusere ventetiden har mange foreslått at disse kvinnelige legene burde redusere listestørrelsen sin, men det vil selvfølgelig medføre lavere inntekt og en økende forskjell i inntekt mellom kvinnelige og mannlige leger.

Et annet problemområde i fastlegeforsøket er de samfunnsmedisinske oppgavene. Min kommunale bistilling er 6 timers helsestasjonsarbeid i en annen bydel. Det er få av disse barna som har meg som fastlege. Det er ofte uklart hva som bør utredes og følges opp av helsestasjonslegen og hva som bør henvises videre til fastlegen. Fastlegen får sjelden epikriser når helsestasjonslegen henviser barna til spesialist. Det er mulig at de rutinemessige legekontrollene burde foregå på fastlegens kontor. Dette vil imidlertid svekke samarbeidet mellom lege og helse-søster, noe som igjen kan svekke det viktige forebyggende helsearbeidet som foregår på helsestasjonen.

Figur 2. Listepopulasjon for ung, ny lege.





Legesekretærene Sissel Sorbø og Marianne Marhaug i ekspedisjonen.

Positive erfaringer med fastlegeforsøket.

Jeg har hele tiden vært positiv til ideen med fastlegeordningen. Hovedsaklig fordi jeg tidligere fant det frustrerende å jobbe med en uoversiktlig pasientmasse der ansvarsområdene var dårlig definerte.

Jeg kan nå jobbe grundig med mine faste pasienter, det føles fornuftig og nyttig å bruke tid til å innhente tidligere journaler for å få en bedre oversikt, og det er lettere å ha en utrednings- og behandlingsplan. På vårt kontor har vi listesamarbeid for øyeblikkelig hjelp timer. Det fungerer bra, vi hjelper da pasienten med det akutte problem uten å føle ansvar for oppfølging av alle de som ikke er «våre».

Samtidig som fastlege ordningen ble innført skjedde det en annen viktig endring i min arbeidssituasjon, jeg ble privatpraktiserende og fikk en fast

arbeidsplass med eget konor. Det er derfor vanskelig å bedømme hvorfor jeg trives bedre i almenpraksis nå enn tidligere, men jeg mener selv at fastlegeordningen har bidratt i positiv retning. Et annet positivt resultat av fastlegeforsøket er et bedret samarbeid mellom legene i byen, vi møtes f.eks en gang i måneden i Legeforum. På disse møtene tar vi opp forskjellige temaer som f.eks Rehabilitering av eldre i kommunen, Samarbeidet med hjemmetjenesten, Vold og trusler på legekontor, og selvfølgelig Fastlegeordningen.

Avslutning

Ved en eventuell innføring av fastlegeordning i hele landet bør en ta lærdom av listeetableringene i forsøkskommunene. Dersom listeetableringene ikke delvis blir styrt kan unge nyetablerte leger få for små lister og derfor ikke klare seg

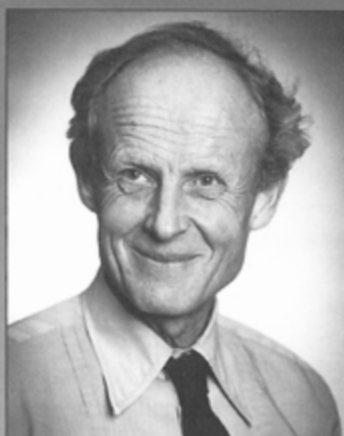
økonomisk. For Tromsø-legene har dette ordnet seg fordi vi hadde en stor studentpopulasjon som ble fordelt på de små listene. I Tromsø var det ved forsøkets start endel frustrasjon og usikkerhet blant mange nyetablerte leger på grunn av få primærtilmeldte og store forskjeller i listestørrelse blant legene. Blant de etablerte legene har det vært endel frustrasjon på grunn av «tunge» lister, – dvs. stor andel storforbrukere av helsetjenester på listene noe som medfører stor arbeidsbelastning og mye overtid.

Jeg tror at fastlegeordningen har en framtid dersom en finner metoder for å unngå listeskjevhet ved listeetablering, og en finner måter å kompensere økonomisk for arbeid med pasienter som er storforbrukere av legetjenester.

*Sirin Johansen
Nordbyen Legesenter
9005 Tromsø*

Hvordan organisere helse-tjenesten for de eldre?

Peter F. Hjort



Han startet som indremedisiner og ble professor i blod-sykdommer på Rikshospitalet. I 1969 dro han til Tromsø som formann for inkrimsstyret for universitetet i Tromsø. I 1975 ble han leder for NAVF's gruppe for helsestjenesteforskning. Gruppen ble senere flyttet til Folkehelse, og han ble leder for avdeling for samfunnsmedisin. Nå er han 71 år og er opptatt med prosjekter, forelesninger og – sykling!

Mitt tema er formet som et spørsmål: Hvordan organisere helsestjenesten for de eldre? For å svare på dette spørsmålet, må jeg først gjøre rede for helseproblemene hos de eldre, fordi de utgjør bestillingen til helsestjenesten.

Innlegg på fastlege-seminaret i Tromsø 31.3.95

De eldres helseproblemer er et resultat av to forskjellige prosesser – aldersprosessen og sykdomsprosesser, se Figur 1.

Aldersprosessen

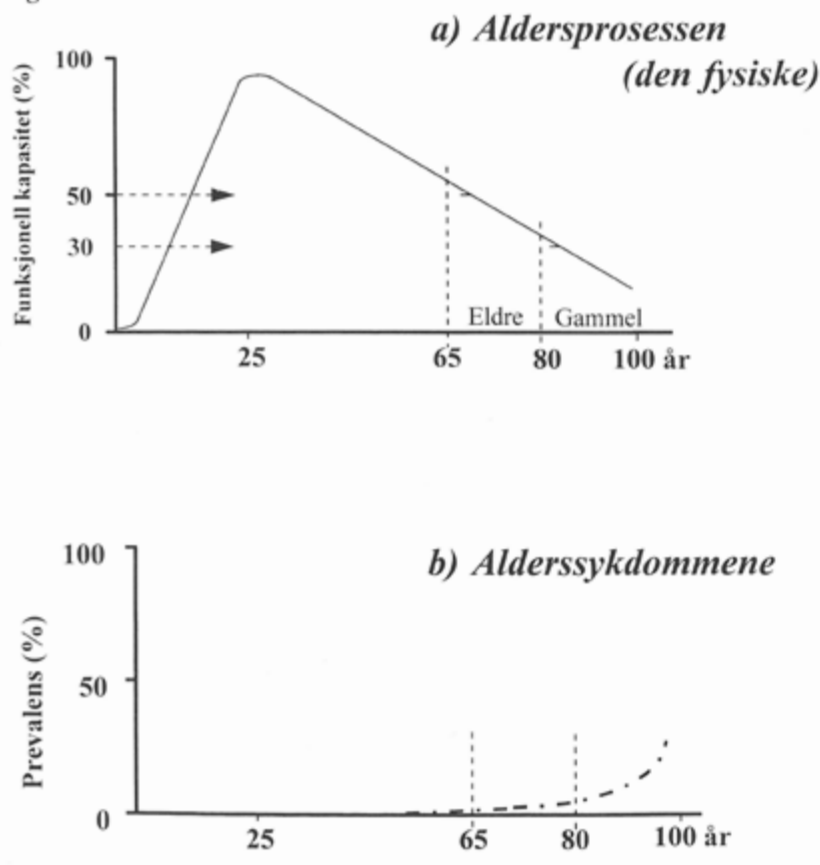
Aldersprosessen rammer alle, og vi deler den i tre områder:

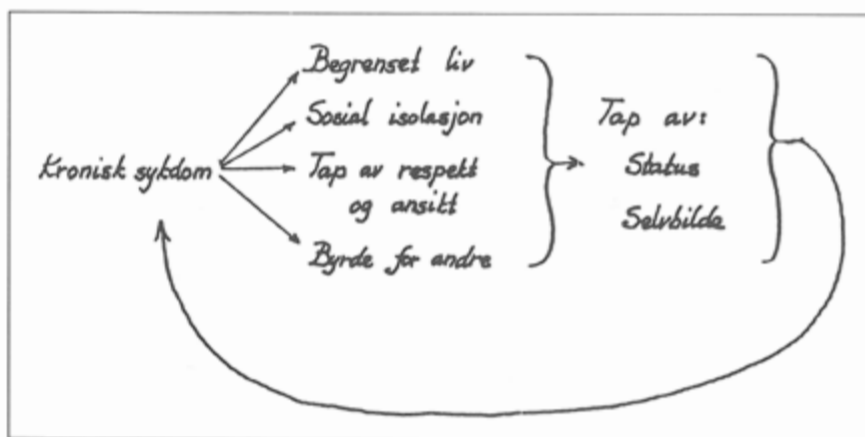
- Den biologiske aldersprosessen starter i 20-årene og går med jevn og ubønnhørlig hastighet. Den er kjennetegnet ved en gradvis reduksjon av organreservene til ca. 50% ved 70 års alder. Denne reduksjonen fører ikke til sykdom, men til økt sårbarhet for alle slags påkjenninger.

- Den mentale aldersprosessen starter mye senere, og den ytrer seg ved langsommere tempo og ved en viss glemsomhet – gamle blir langsommere, men ikke dummere. Et viktig trekk er svekket selvbilde, noe som også øker sårbarheten.
- Den sosiale aldersprosessen starter omkring pensjonen og er kjennetegnet ved at kontaktnettet reduseres – en gidder og orker mindre. I alvorlige tilfelle fører dette til isolasjon og ensomhet, og det øker selvfølgelig sårbarheten.

Aldersprosessen kan påvirkes, men ikke stoppes. Tre sett av faktorer bidrar til det gerontologene kaller

Figur 1





Tabell 1. Konsekvenser av kronisk sykdom.

vellykket aldring – «successful aging»:

- Det første er et godt liv på sol-siden av samfunnet, dvs. god utdanning, godt arbeid, god økonomi, god bolig og – frem for alt – gode familieforhold.
- Det andre er en god livsstil med sunn kost, daglig mosjon, ikke røyk og lite alkohol.
- Det tredje er en god personlighet med et lyst sinn, godt humør, optimisme, evne til å mestre livets problemer og evne til å skape seg et godt sosialt nettverk av familie og venner som vil en vel.

Alt dette betyr selvfølgelig at aldersprosessen forløper med forskjellig hastighet hos folk. Aldersprosessen øker derfor forskjellene mellom folk.

Sykdomsprosessene

Sykdomsprosessene rammer ikke alle, og en kan dele dem i to store grupper:

- Den ene gruppen er «vanlige sykdommer», særlig hjerte- og karsykdommer, kreft og infeksjoner.
- Den andre gruppen er de spesielle alderssykdommene som demens, Parkinson, benskjørhet osv.

Gamle har mindre ressurser, er mer sårbare og trenger lengre

rekonvalesens enn yngre. Diagnostikken er vanskelig, fordi symptomene er mer vage. Behandlingen er vanskelig, fordi en så lett kommer opp i bivirkningsproblemer.

Kombinerte problemer

Det er lett å se at alders- og sykdomsprosessene er filtret inn i hverandre, og spesielt ser en det etter 80 års alder, som er et statistisk skille. En kan si at geriatrien begynner ved 80 år, se Figur 1.

Helsetjenesten for de eldre skal møte disse kombinerte, sammensatte problemer med kompetanse og engasjement – «competence and compassion», sier engelskmenene. La oss nå se hvilke organisatoriske konsekvenser dette får for helsetjenesten. For å drøfte dette, ser jeg på alderdommen som en slakk, men ubønnhørlig utforkjøring preget av gradvis reduksjon i funksjon, mindre ressurser, økende sårbarhet og økende sykkelighet.

Legen

Det er legen som får – og bør fange opp – de første signalene om at den gamle er kommet et stykke ned i utforkjøringen. Signalene kan komme i form av sykdom eller som helt diffuse tegn på funksjonstap. Det er selvfølgelig meget lettere for legen å fange opp disse signalene hvis legen og pasienten har kjent hverandre i flere år og hvis legen kjenner pasientens bak-

grunn, levekår og livssituasjon. Derfor er jeg ikke i tvil om at fastlegeprinsippet er riktig.

Når signalene begynner å komme, må legen erkjenne at pasienten er kommet til et nytt punkt i livet sitt – pasienten er fra nå av en risikoperson. Legen må tenke seg om og gjøre opp boet. Langt oftere enn vi er vant til tror jeg det vil være nyttig med en geriatrik vurdering og en plan for fremtiden:

- Er det behov for en diagnostisk utredning?
- Bør det settes inn medisinske tiltak?
- Er det behov for forebyggende tiltak for å hindre ytterligere funksjonstap?
- Er det behov for boligendringer?
- Er det behov for mer omfattende rehabilitering?

Jeg tror det er en svakhet i norsk helsetjeneste at slike spørsmål enten ikke blir stilt eller blir stilt så sent at det er lite å gjøre.

Hjemmehjelp

Omtrent samtidig med disse signalene til legen kommer det gjerne et signal til kommunen, nemlig en søknad om hjemmehjelp. Når denne søknaden kommer, bør kommunen sørge for en god vurdering, hvis legen ikke alt har gjort den. Dessuten bør kommunen sørge for at den har hjemmehjelpere som har opplæring, erfaring, godt skjønn og stabilitet. Det er en stor svakhet at hjemmehjelpstjenesten ofte mangler disse avgjørende trekkene.

Hjemmesykepleien

Neste kritiske punkt er når pasienten trenger hjemmesykepleie. Det har skjedd en fantastisk utbygging av hjemmesykepleien i de siste 20 årene, og kvaliteten er ofte meget god. Men det er to svake trekk i organiseringen.

Det ene trekket er at kontinuiteten ofte er så dårlig. Pasien-

tene må forholde seg til stadig nye pleiere, til tross for at alle vet at gamle folk skal ha få og kjente mennesker rundt seg. På en eller annen måte må hjemmesykepleien løse dette problemet – dvs. å innføre primärsykepleie i hjemmesykepleien.

Det andre trekket er at samarbeidet med legene ofte er dårlig. Jeg tror at dette først og fremst er legenes skyld og at det henger sammen med motvilje mot hjemmebesøk. Jeg er overbevist om at det skal være et organisert samarbeid mellom hjemmesykepleien og primærlegen. Mange har pekt på at listesystemet hindrer dette samarbeidet og at vi derfor heller skulle organisere legene i et distriktsystem på samme måten som hjemmesykepleien er organisert. Et annet forslag er å gi hjemmesykepleien en fast lege som har geriatrikisk erfaring og la denne legen overta alle hjemmesykepleiens pasienter. Jeg kan se fordeler ved dette systemet, men jeg føler likevel at vi bør beholde listesystemet, men få legene til å gjøre hjem-

mebesøk og delta i et organisert samarbeid med hjemmesykepleien.

Sykehjem

Det siste kritiske punktet er når det blir for vanskelig å ha pasienten hjemme. En kan klare seg lenge hjemme med hjemmesykepleie, evt. med tillegg av dagsenter. En kan også få mye ut av botilbud med service, enten en nå kaller det serviceboliger, livsløpsboliger eller bo- og behandlingssentre. Min erfaring er at servicen blir for svak når pasienten trenger kontinuerlig tilsyn, pleie og omsorg. Da kommer en ikke utenom sykehjem.

Skal sykehjemmet bli godt, må en bygge opp et stabilt personale og en gjennomtenkt kultur for virksomheten. Dette er vanskelig, og det krever tid og ildsjeler. Legens rolle er viktig i dette arbeidet, og jeg tror derfor at sykehjemmet bør ha en fast lege som har ansvar for alle pasientene. Det innebærer at pasientene må skifte lege i sluttfasen av livet. Alternativet er at pasientens faste lege fortsetter behandling og tilsyn i syke-

hjemmet. Jeg tror to argumenter taler imot dette. For det første får ikke disse fastlegene tilstrekkelig tid og engasjement i sykehjemmet til å delta aktivt i utviklingen av en felles kultur i sykehjemmet. For det andre vil det ta alt for lang tid for dem å bygge opp kunnskaper og erfaringer i geriatri. Dette er samtidig argumenter for å ha faste sykehjemsleger, og jeg føler at disse argumentene er avgjørende. Jeg tror at disse faste sykehjemslegene bør være erfarne allmennpraktikere med interesse for geriatri.

Slutt

Til slutt vil jeg si at det er viktig at kommunen bygger opp samarbeid og sammenheng i helsetjenesten for de eldre. Jeg tror at folk bør kjenne og like hverandre, og de bør møtes til felles diskusjoner om stadige forbedringer i tjenesten. Jeg tror dette er det aller viktigste i en god kommunal eldreomsorg.

Peter F. Hjort
Bjerkåsen 32
1300 Sandvika



Signifikant bedring

Så har jeg igjen sett det i reklamen fra et farmasøytisk firma. Så har jeg igjen hørt det fra en legemiddelrepresentant.

- «Vårt preparat er signifikant bedre enn preparat X»
- «Det har blitt en signifikant bedring av sykdom Y ved bruk av vårt preparat.»

Og for at det ikke skal være noen tvil. Signifikantbegrepet i denne sammenheng betyr statistisk signifikant. Det vil si at «vårt preparat» har vist bedring som er statistisk signifikant. Og med det signifi-

kantsnivå vi aksepterer i medisinen betyr dette kort og godt at det er 95% (eller større) sannsynlighet for at den påviste forskjellen er en reell forskjell (bedring) og ikke skyldes tilfeldige variasjoner.

Men hvorfor fokuseres det så på begrepet signifikant i reklamen? Spekuleres det i legers statistiske uvitenhet, og prøver legemiddelindustrien å få oss til å tro at når det bare er påvist en akseptabel statistisk signifikans så er det ikke lenger noen tvil om preparatets kliniske betydning?

Legemiddelindustrien vet uten tvil at statistisk signifikans kan påvises for meget små forskjeller; forskjeller som har ingen klinisk betydning, og som gjør at det ikke er riktig å velge et nytt preparat fordi det i tillegg kanskje også er

dyrere og har flere bivirkninger.

Hvorfor kan vi ikke først bli fortalt om den reelle forskjellen i absolutte verdier mellom virkningen til ulike medikamenter, og så kan legemiddelindustrien etterpå få lov til å bevise at denne forskjellen er statistisk signifikant hvis vi mener at den påviste forskjellen i absolutte tall har klinisk betydning når det gjelder valg av behandlingsalternativ.

Så kjære legemiddelindustri. Slutt å bruke ordet signifikant/signifikans på denne måten som dere gjør nå. Lag også et lite ekstra kurs for noen av deres legemiddelrepresentanter. En del av dem tror også at en statistisk signifikant bedring er det som skal til for å skifte til et nytt preparat.

Harald Torske, Kommunelege
Klæbu kommune, Legekontoret
7060 Klæbu

FASTLEGESYSTEMET

– forbilde eller skremmebilde?

Av Jacques Honoré



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

Det pågår forsøk med en fastlegeordning i 4 kommuner. Jeg synes mest jeg har lest om enkelte legers dårlige erfaringer. Med en bakgrunn som tilflytter fra Danmark vil jeg fortelle om mitt syn på fastlegesystemet – både som pasient og lege.

Barndomsminner

Denne artikkel er tilegnet dr. Brun, som var min lege fra jeg ble født og til jeg 6 år gammel flyttet til en ny by, og dr. Winding, som var min lege fra jeg var 6 til jeg for andre gang flyttet som 19-åring for å begynne på medisinstudiet. Jeg husker fortsatt barneundersøkelsene – og vaksinasjonene – hos

dr. Brun, og hvordan han besøkte oss hjemme iført sin grønne lodenfrakk og svarte lue, da jeg hadde kikhoste og meslinger; hvordan han sydde underleppen, da den var flekket på midten og senere sendte meg til tannlegen, da jeg slo to fortenner opp i overkjeven.

Dr. Winding husker jeg fra dengang han skylte mine ører – og jeg besvimte –, dengang han kom hjem da jeg hadde halsbetennelse, og da han ordnet alle vaksinasjoner før jeg reiste til India. Jeg husker ham også, fordi han var min søsters og mine foreldres lege. Det fortsatte han for øvrig med å være til han ble pensjonist.

Min tredje lege hadde jeg et noe fjernere forhold til, især fordi jeg heldigvis har vært ganske frisk; men jeg var aldri i tvil om, hvem jeg skulle kontakte, hvis jeg ble syk.

Det er på grunn av dr. Brun og dr. Winding at jeg i dag er allmenmedisiner.

Er dette blott nostalgiske minner? Er dagens danske allmenmedisiner en effektiv, stresset person som sitter fast på kontoret foran dataskjermen? Svaret er vel både ja og nei. Man har faktisk i Danmark et system som grunnleggende har bevart mange av de kvaliteter, jeg husker fra barndommen.

Møtet med norsk allmenmedisin

Jeg ble lege i januar 1982 ved Odense universitet i Danmark. Deretter arbeidet jeg 7 1/2 år i Danmark før jeg høsten 1989 flyttet til Stavanger.

Jeg har gjennomført den allmenmedisinske spesialistutdannelse

se i både Danmark og Norge. Det har gitt meg mulighet for å sammenligne forskjellene i organiseringen av førstelinjetjenesten i de to landene.

Der er mange grunnleggende samfunnsforhold som er like i Danmark og Norge.

Det gjelder bl.a. den primære helsetjeneste, hvor man i begge land har et relativt stort antall allmenmedisinske leger. Den allmenmedisinske filosofi er stort sett lik; men organiseringen er noe forskjellig.

Da jeg kom til Norge ble jeg overrasket over den tilsynelatende mangel på system jeg møtte i førstelinjetjenesten. Man fortalte meg at befolkningen har fritt legevalg; men mange pasienter ga meg det inntrykk at det var legene som hadde fritt pasientvalg. Det viste seg f.eks. at mange mennesker, som er relativt friske, ikke mener at de har en fast lege og ikke vet, hvor de skal henvende seg, når de blir syke. Jeg har opplevet «doctor shopping», feilbruk av legevaktordningen, problemer med å finne en lege til «vanskelige» pasienter, problemer med legedekningen i ferier, vansker med å få betjent helsestasjoner, skoler og sykehjem og ulykkelige/sinnete/frustrerte pasienter som ikke forstår systemet. Politikernes og administrasjonens forklaring har alltid vært at det er for få leger. Det er muligvis riktig; men jeg er overbevist om at flere leger ikke løser de ovennevnte problemer. Et reelt fritt legevalg krever at det er et overskudd av leger. Den situasjon har man i flere land i Søreuropa. Det medfører lange arbeidsdager for legene med lange pauser og lav timelønn og et betydelig overforbruk av medisin

og mange unødvendige undersøkelser. Det er dyrt og dårlig for samfunnet.

Det danske «listepasient-system»

Jeg vært i Norge i 6 år. Årene har ikke endret min oppfatning av at det er behov for en grunnleggende reorganisering, hvis allmenmedisins plassering i helsetjenesten skal styrkes. Min holdning er preget av at jeg bor og arbeider i en større by, hvor behovet for en klar struktur er størst.

En mulig modell er den danske fastlegeordning som jeg vil beskrive kort, fordi det har vært inspirasjonskilde for det norske forsøket, og fordi det er det systemet jeg har kjennskap til.

Den grunnleggende tanke i fastlegeordningen er at det inngås en avtale mellom de allmenpraktiserende leger og befolkningen. Avtalen medfører rettigheter og plikter for både lege og pasient.

- Det vesentligste for pasienten er at han har en fast allmenpraktiker å forholde seg til, og at han selv har valgt sin lege, blant de leger som ikke har «lukket listen». Pasienten er aldri i tvil om, hvilken lege han skal kontakte. All kontakt til annenlinjetjenesten, privatpraktiserende spesialister og sykehusene foregår via allmenpraktikeren.
- Allmenpraktikeren på sin side har oversikt over, hvor mange og hvilke pasienter hun har ansvaret for. Innen visse grenser kan legen endre pasientgruppens størrelse ved å stenge eller åpne for tilgangen til listen. Der er ingen mulighet for «doctor shopping». Pliktene består i at allmenpraktikeren er lege for sine pasienter i vanlig dagarbeidstid. Legen har plikt til å vurdere og prioritere de henvendelser hun får og kan ikke avvise sine pasienter, hvis de har behov for øyeblikkelig

hjelp. Ved fravær på grunn av ferie eller deltakelse i kurs, må allmenpraktikeren treffe en avtale med en kollega som kan vikariere. Allmenpraktikeren har også plikt til å foreta nødvendige besøk i hjemmet i dagarbeidstiden. Da de fleste danske allmenpraktikere arbeider i legesentre, avtales hjemmebesøk, kursdeltakelse og ferieavvikling med kollegene på sentret.

- For samfunnet er det en fordel at systemet er stabilt, ansvarsfordelingen entydig og at det er en kompetent portvakt til annenlinjetjenesten.
- Annenlinjetjenesten har alltid er en samarbeidspartner i førstelinjetjenesten. Det er alltid en lege til å ta imot epikriser og til å følge opp etter en innleggelse.

Det norske fastlegeforsøk – viktige forskjeller fra det danske system

Fastlegeordninger er i dag kjent fra Danmark, England og Nederland.

Det norske forsøket er hovedsakelig inspirert av den danske ordningen med noen vesentlige unntak:

1. I Danmark kan pasientene velge, om de vil være listepasienter eller fritt velge lege og privatpraktiserende spesialist (ikke-allmenmedisinsk spesialist) fra gang til gang. Mer enn 95% av befolkningen har valgt å være listepasienter.
2. Listepasienter betaler ingen egenandel ved legebesøk, mens ikke-listepasienter må betale en egenandel.
3. Allmenpraktikere i Danmark har fast telefontid fra kl. 8-9. Etter kl.9 er legene vanligvis ikke tilgjengelige på telefonen, som besvares av sekretær eller sykepleier. Den faste telefontid er en fordel for pasientene og alle andre som skal i kontakt med legen. Legen benytter evt. pauser i telefontimen til å gjen-

nomgå epikriser, laboratorieresvar mm., og hun unngår å få resten av dagen avbrutt av telefoner. Det er tradisjon for at holde kveldsåpent en kveld pr. uke, vanligvis samme dag som butikker og offentlige kontorer har langåpent.

4. En del av den forebyggende helsetjeneste er omfattet av systemet. Det gjelder svangerskapsundersøkelser og barneundersøkelser og -vaksiner. Man har i noen amter forsøkt å la sykehjemsbeboere beholde sin egen lege. Problemer med skiftende helsestasjonsleger og spredning av opplysninger og ansvar unngås.
5. Kontinuiteten er ofte bra: legeskift er sjeldne bortsett fra ved flytting, hele familien bruker som regel samme lege, samme lege brukes til svangerskaps- og barneundersøkelser, det er ingen behov for daglegevakt, alle medisinske opplysninger om pasienten samles hos en lege.

Hvordan med lønnen?

Jeg vil kort omtale det danske lønnsystem.

Prinsipielt er det ingen sammenheng mellom fastlegessystemet og legenes lønnsystem. Alle former for betaling er tenkelig, fra fast lønn over mellomformer til ren ytelsesbasert lønn.

I Danmark har man både erfaring med fast lønn, dvs. en fast betaling pr. pasient på listen, og med en kombinasjon av «driftstilskud» og ytelsesbasert refusjon, som vi kjenner det fra de privatpraktiserende leger med driftstilskud. Man har forlatt den faste betalingen (som man tidligere hadde i København), og har nå en blanding av grunnutløst pr. pasient og ytelsesbasert refusjon over hele landet. Man har ingen avtaleløse leger. Det er teoretisk mulig, men reelt umulig, fordi listepasientene, og det er mer enn 95%, ikke er vant til å betale egenandel ved legebesøk.

Problemer ved en fastlegeordning i Norge

Det er verken ønskelig eller mulig å kopiere en dansk model i Norge, men det kan være inspirasjon å hente i den.

Til nå har erfaringen i de 4 forsøkskommuner i Norge vært blandet.

Jeg tror den vesentligste årsak til de problemer det til nå har vært er, at det ikke er mulig uten videre å innføre det som er fastlegesystemets vesentligste fordel nemlig kontinuiteten. Den må oppbygges over år. I begynnelsen vil man få en del problemer, men ikke den viktigste fordel. Systemet vil ikke være i balanse:

Noen leger vil få for mange pasienter som etter hvert vil søke til andre, fordi legens servise blir for dårlig.

Legens kjønn, alder, evner, interesser og ansiennitet på stedet kan påvirke fordelingen. Legekontorets geografiske plassering spiller en rolle.

En fullstendig rettferdig fordeling av pasienter vil ikke være mulig og neppe heller ønskelig, men store skjevheter kan kompen-

seres økonomisk. Det er mulig at man bør tilstrebe at hele «familien» bruker samme lege for å få en noe jevnere kjønnsfordeling.

Andre grunner til utilfredshet kan være at legene føler at myndighetene i forbindelse med en fastlegeordning forsøker å innføre mer kontroll med legenes produktivitet og økonomi. Det er muligvis korrekt; men jeg tror det er en utvikling som kommer helt uavhengig av et evt. fastlegesystem.

Kanskje man bør se på noen av de elementer i den danske ordningen som ikke inngår i forsøket:

- Frivillig deltakelse i fastlegeordningen gjør at systemet oppleves som et tilbud til befolkningen. Erfaringen viser at det store flertall ønsker å delta, så det er ingen grunn til å tvinge den minoritet som ønsker å stå fritt; men deltakelse bør lønne seg økonomisk.
- Felles telefontid er trolig en fordel. Pasientene er ofte utilfredse med legekontorenes tilgjengelighet. Fast telefontid øker ikke nødvendigvis tilgjengeligheten, men den usikkerhet pasientene

har nå vil opphøre, og legene vil få en mer strukturert arbeidsdag.

- Det løser mange problemer at deler av den forebyggende helsetjeneste er en del av systemet. I Danmark er disse muligheter ikke fullt utnyttet: det er f.eks. mulig å innbygge deler av skolehelsetjenesten og forebyggende helsesamtaler/-undersøkelser av voksne.

Hvorfor ikke bevare det «frie legevalg»?

For det første finns det frie legevalg ikke i dag. For det andre motvirker et fritt legevalg mange av de allmenmedisinske grunntanker. Det er neppe tilfeldig at allmenmedisinen står sterkest i de landene som har en form for fastlegesystem. Et fritt legevalg fremmer en utvikling mot mer diskontinuitet og spesialisering. Jeg tror derfor at en form for fastlegesystem er den beste bruk av de ressurser vi har og det mest tilfredsstillende for både pasientene – og legene.

Jacques Honoré
Mollegt. 26, 4008 Stavanger



Kongelig norsk selskap for allmennmedisin

Referansegruppe for ferie- og fritidsmedisin

KNSAM's Referansegruppe for ferie- og fritidsmedisin har som interessefelt medisinske problemstillinger og muligheter knyttet til ferie og fritid. Spesielt rettes oppmerksomheten mot eksotiske og primitive opplevelser, som f.eks. Maldivene, Guadeloupe, Himalaya osv.

Andre interesserte leger av begge kjønn kan nå melde seg. Begrenset deltakerantall i gruppen er nødvendig – av praktiske hensyn.



Hilsen Valo Nesroth, Bart Nightbay,
Jonny Goodenough, The Odd Wing

Bill. merk. KNSAM – Ref. Fri Ferie

Hvordan påvirker fastlegeordningen arbeidet på legekantoret?

En «eldre» leges erfaringer

Av Lars Helling



Lars Helling f. 1932, cand.med. Bergen 1959. Allmennpraktiker Dnlf 1975, spes.i allmennmedisin 1985. Allmennpraksis Lillehammer fra 1963. Mange år med i Lægeforeningens organer, bl.a. formann i Oppland legeforening i 5 år. Leder/sekretær Naturvernforbundets fylkeslag i Oppland i 9 år. Interesser: bl.a. økologi, demografi, akupunktur.

Svaret fra min medarbeider, meg selv og flere kolleger på spørsmålet i tittelen er: Bortsett fra i startfasen hvor det var skikkelig mye rot – som vi nå prøver å glemme – så har vi ikke registrert noen endringer fra før forsøket startet.

Dermed har jeg svart på spørsmålet og kan vel egentlig si takk

for oppmerksomheten. Men jeg tar meg også den frihet å se på en del av problemene i fastlegeforsøket.

For problemer er det, - noen som følge av nyordningen og andre som har eksistert før, men som fastlegeforsøket har anskueliggjort og avslørt i større grad. Vi må drøfte svakhetene ved den nåværende ordningen før vi eventuelt forlater en ordning som mange synes har vært bra – nemlig driftstilskuddsordningen.

Henvisningsplikt fra primærlege til privatpraktiserende spesialist

I Lillehammer har mange sykehusleger privatpraksis ute i byen, stort sett med pasienter som ikke er henvist fra allmennlege. Dette er inkonsekvent i en fastlegekommune og uthuler systemet. Dette ikke fordi de tar pasientene fra oss, men fordi det er med å bryte ned forutsetningene for fastlegeordningene. Publikum må forholde seg til kun en primærlege, men kan velge fritt blant spesialistene. En fastlege får ikke refusjon for en annens lege pasienter dersom man ikke er vikar for legen. Men spesialistene får det! Det må bli absolutt henvisningsplikt til spesialistene, – dersom det ikke foreligger henvisning fra allmennlege skal det ikke gis refusjon fra Folketrygden. Dette er det stor enighet om blant allmennlegene.

Skjeve lister

De andre problemene jeg nå vil omtale har jeg fått mange anmodninger om å ta opp. Jeg har dog hatt store betenkeligheter fordi

løsninger på problemene er knyttet til prinsippet om folks frie legevalg. Skal det frie legevalg fortsatt håndheves uinnskrenket var det ingen vits i at jeg tok det opp. Det dreier seg om skjeve lister både med hensyn til antall tilmeldte og sammensetningen av listene. Det dreier seg ikke om det forhold at alle lister stort sett er for store i en kommune fordi det er for få leger. Løsningene i slike tilfeller ser selvsagt flere leger.

Jeg vil se på problemet med skjeve lister fra tre synsvinkler: først hva består problemet i, der nest hvorfor er det uheldig at det er slik. Til slutt vil jeg se på løsninger som kan tenkes, – ikke for å unngå ulikhetene (for det er umulig og kanskje heller ikke ønskelig), men for å modifisere ulikhetene.

Skjevhetene i listene består på den ene side i stor variasjon i antall tilmeldte per lege, slik at problemet blir både for store og for små lister. På den annen side får våre kvinnelige kolleger en stor overvekt av kvinner på sine lister, – noen opp mot 80%, mens enkelte andre leger får en stor overvekt av eldre. Dette fører til problemer med ensidige lister når det gjelder pasientkategorier og til forskjeller i hvor arbeidskrevende personene på listen er.

I Lillehammer er det leger med store lister som synes de har det utmerket, mens leger med langt mindre lister synes de sliter tungt. Disse problemene er nok også legerelaterte, – vi er forskjellige og arbeider forskjellig. Disse ulikhetene har nok også vært tilstede uavhengig av fastlegeordningen. Poenget er at med fastlegeordningen vil skjevhetene i listene bli enda

Omarbeidet foredrag ved Fastlegeseminar i Tromsø april 95.

mere låst på grunn av manglende fornying til listen, – særlig dersom listen er lukket. Tidligere sto tilfeldige pasienter som kom innom for noe av variasjonen og bredden, og det gav utskiftninger. Et svært stort problem er at om du har for stor liste kan du ikke «si opp» til-meldte.

Hvorfor forsøke å modifisere skjevhetene?

Det er gode grunner til å modifisere disse ulikhetene på listene. De faglige grunnene skal jeg komme tilbake til. Dernest er det rasjonelt for å fordele arbeidsbelastningen noenlunde likt på kommunens leger. Videre er det rettferdighetskrav og økonomi som tilsier at disse ulikhetene blir modifisert. Sist men ikke minst, er det viktig av trivselsmessige årsaker. Faren for utbrenthet er stor, både med for

arbeidsbelastende lister og for ensidige lister.

Faglige grunner

Allmennmedisin er blitt en spesialitet med godt utbygd etterutdanning. Dette sikrer høy faglig standard hos allmennpraktikerne. Vi har kvalifikasjoner til å gjøre svært meget i allmennpraksis, men det krever mer tid enn om vi i stor grad henviser til andre spesialister og sykehus. Det kan bli flere henvisninger ved store og sterkt arbeidsbelastende lister og dette kan stride med den allmennmedisinske ideologi.

Det er ikke bare listestørrelsen som kan bidra negativt på den faglige siden. Med ensidig sammensatte lister, f.eks. stort antall kvinner eller eldre, vil de faglige kvalifikasjonene bli dårligere etterhvert. Det blir mindre muligheter for å opprettholde bred kompetanse.

Tabell 1. Forslag til retningslinjer for reduksjon av legelister i en fastlegeordning. Etter Frode Veian, 1995.

Retningslinjer for reduksjon av legelister bør være allmenngyldige, og gjelde ved overtegnning i forbindelse med en tilmedlingsprosess eller når en lege selv ønsker eller av helsemessige eller andre grunner må redusere sin praksis.

Følgende foreslås for hvilke pasienter som skal utgå – i nevnte rekkefølge:

1. Personer som aldri har vært hos legen tidligere
2. Personer som ikke har vært hos legen de siste 10 år
3. Personer som ikke har vært hos legen de siste 9 år
4. Personer som ikke har vært hos legen de siste 8 år
5. Personer som ikke har vært hos legen de siste 7 år
6. Personer som ikke har vært hos legen de siste 6 år
7. Personer som ikke har vært hos legen de siste 5 år

For personer som har vært hos legen de siste 5 årene går prioriteringen etter kontakthypighet og alvorlighetsgrad:

8. Kun en gang, ikke kronisk sykdom
9. Kun to ganger, aldri kronisk sykdom
10. Ikke mer enn 3 ganger, aldri kronisk sykdom
11. Flere ganger, men aldri kronisk sykdom

Unntak fra disse reglene gjelder kun barn under 12 år der begge foreldre bruker legen eller ved eneforsørgelse der den foresatte bruker legen.

Økonomi

Listeforskjellene både med hensyn til antall og sammensetning, har ført til økonomiske ulikheter (som fører til at samme arbeid honoreres forskjellig). Dette skyldes at basisgodtgjørelse per tilmeldt utgjør så stor del av totalgodtgjørelsen. Dette føles urettferdig fordi – enten du har 800 eller 2000 personer på listen – blir det omtrent samme utgiftsdel og samme forpliktelser. Du må ha samme åpningstider i 52 uker av året, uansett. Arbeidsbelastningen er selvfølgelig større med svært store lister, men kan som tidligere nevnt være stor også med mindre lister med arbeidskrevende klientell. Det forhold at en for stor andel av totalgodtgjørelsen utbetales som basistilskudd og med tilsvarende mindre fra normaltariffen kan også føre til unødvendige henvisninger til spesialister og sykehus. Refusjonsdelen ved normaltariffen er klart blitt for liten i forhold til kalkylene på forhånd og utgjør nå for liten del andel av totalgodtgjørelsen. Jeg tror også man på litt sikt skal være skeptisk til den gode økonomien ved store lister. Man kan risikere at basistilskuddet blir regulert ned slik at man kanskje må ha 2000 på listen for å få en brukbar økonomi. Hovedoppgaven for Lægeforeningen må være å sikre at vi får en tilfredsstillende økonomi på en listestørrelse på kanskje 12-1400 tilmeldte.

Kan noe gjøres med ulikhetene i listene?

Dersom det frie legevalg fortsatt skal være hovedprinsippet er det jo ikke noe å gjøre med dette. Det frie legevalg er viktig å ta vare på, men er ikke egnet ved etablering av listene dersom man ønsker å påvirke fordelingen.

Jeg vil antyde noen muligheter for hva man kan gjøre. Man kan f.eks. tenke seg at legen får stenge sin liste selektivt, f.eks. stenge den for kvinner når andelen er kommet i 65%. Eller man kan ha for-

skjellig vektlegging av personkategorier, f.eks. 1.2 for fertile kvinner og 1.5 for eldre.

Når det gjelder listestørrelse bør hver lege kunne sette tak på sin liste, altså maksimaltall for hvor mange tilmeldte han/hun vil ha på sin liste. Mange mener det også bør være et tak på hvor stor liste en lege maksimalt kan ha. Et forslag er at man går ut fra gjennomsnittslisten i kommunen, – beregnet ut fra antall innbyggere i kommunen per legeårverk. Maksimumslisten er så gjennomsnittsliste pluss 20-25%. Dette kan eventuelt være hovedregelen, med plass for lokale justeringer etter enighet blant deltagende leger.

Prosjektleder i Lillehammer har et interessant forslag til retningslinjer for reduksjon av lister (tabell 1). Forslaget tar hensyn til i hvor stor grad det allerede eksisterer et fast innarbeidet lege-pasientforhold. Problemet med forslaget er

at de arbeidskrevende pasientene blir igjen, mens de som ikke går til legen fjernes fra listen. Det fører til redusert inntekt ved at basisgrunnlaget går ned mens arbeidsbelastningen blir omtrent den samme.

En kombinasjon av de forannevnte mulighetene og økonomiske virkemidler må kanskje benyttes. Avtagende basishonorar per person – eller sogar bortfall – over en viss listestørrelse kan vel tenkes, eventuelt kombinert med listetak.

Så er selvsagt spørsmålet: hvor stort byråkrati blir det av dette? Og mer: hvordan skal nye leger kunne etablere seg i dette systemet? Hvordan skal eldre leger kunne trappe ned mot pensjonsalderen?

Avslutning

Fra 15-20 år siden har jeg ment at prinsippet med at hver person hadde tilknytning til en primærle-

ge var både faglig riktig og rasjonelt. Men jeg mener også at skal man gå fra driftstilskuddsordningen, – som mange leger og publikumere synes er bra, må man ha noe som er bedre å tilby. Derfor må resten av forsøksperioden utnyttes godt av prosjektledelse lokalt og nasjonalt – og av de som evaluerer forsøket – til å prøve ut og finne frem til løsninger på problemene som foreligger. Det gjelder også samfunnsmedisin og samarbeidet med andre helsearbeidere. Dessuten er vår kommunestruktur så forskjellig artet at det er viktig at man også innenfor et fastlegesystem gir rom for forskjellige modeller for løsninger av de samlede helse- og sosialtjenester – at man beholder mangfoldet.

Lars Helling
Nymosvingen 2
2600 Lillehammer

LØVETANNPRISEN 1995

Anmeld en kollega



Norsk selskap for allmennmedisin skal på årsmøtet på Sauda Fjordhotell torsdag 23. november dele ut Løvetannprisen for 10. gang. Prisen består av et litografi av Barbra Vogler og 1000 kroner. Den skal deles ut til en allmennpraktiker som på en eller annen måte har gjort en innsats for allmennmedisinen. Innsatsen kan være på sentralt eller på lokalplan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk.

Det er du som nå har ansvaret for at styret i NSAM får kjennskap til kandidatene.

Nøl ikke – gi en begrunnet anmeldelse av en kollega i dag.

Fristen på gode kandidater sendes innen 5. november til:
NSAM Institutt for allmennmedisin,
Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Helsestasjonens legekontroller

Av Bjørg Bjotveit



Bjørg Bjotveit har vært helsestasjonslege på Ski siste 6 år. Tidligere erfaring er hovedsakelig fra India og Bangladesh.

Jeg hadde ikke arbeidet lenge som helsestasjonslege før jeg støtte på fenomenet: «Helsestasjonslegens arbeid er uten hensikt!» Det er spesielt helseundersøkelsen som gjøres på helsestasjonene som angripes. Det er en trend i tiden: Helsekontroller er hensiktsløse! Bedriftshelsetjenesten er reorganisert bort fra helsekontroller (1). I skolehelsetjenesten hevdes det med bestemt at vanlige helsekontroller er uten hensikt, og hele tjenesten er i støpeskjeen (2). Og så var det altså helsestasjonen som sto for tur. Det hevdes:

- Screening er kun «kjøttkontroll», en masse rutineundersøkelser hvor lite blir funnet (1).

- Norske barn i dag er somatisk friske. En skulle heller konsentrere seg om de psykososiale problemene (3).
- En overbevisning råder om at mor likevel ville søkt lege hvis det feiler barnet noe.
- Det snakkes mye om problemfamiliene, de 10-15% som har vanskelig for å klare seg. Kun disse har behov for helsestasjonen, inklusive legens arbeide. Resten klarer seg utmerket på egen hånd.

Dette er altså Sannheten med stor S. Eller er det kanskje ikke det? I begynnelsen ble jeg forvirret: Dette stemte da ikke med min hverdag! Med tiden er jeg blitt sint. Det er så lite statistisk materiale til støtte for tesene nevnt ovenfor. Tidlig bestemte jeg meg for å telle: Hva fant jeg egentlig ved helseundersøkelsene jeg foretok på helsestasjonen?

Resultatet:

Jeg talte hva jeg fant på 74 vanlige helsestasjonsdager. Vedrørende arbeidsdelingen på Ski helsesta-

sjon, blir ernæring, søvn og psykososiale problemer stort sett tatt hånd om av helsesøster. Legeundersøkelsen ble dermed mer somatisk orientert. Jeg talte hva jeg gjorde, smått og stort jeg fant, og som jeg fant det riktig å gjøre noe med. Tallene inkluderer også de tilfelle hvor det var mistanke om alvorlig lidelse, og hvor barnet enten ble tatt tilbake til avklaring, eller henvist videre til spesialist.

På de 74 dagene var 583 barn innkalt til undersøkelse. De kalles inn på bestemte alderstrinn for bl.a. å få tatt en full legeundersøkelse hvor barnet blir undersøkt fra topp til tå.

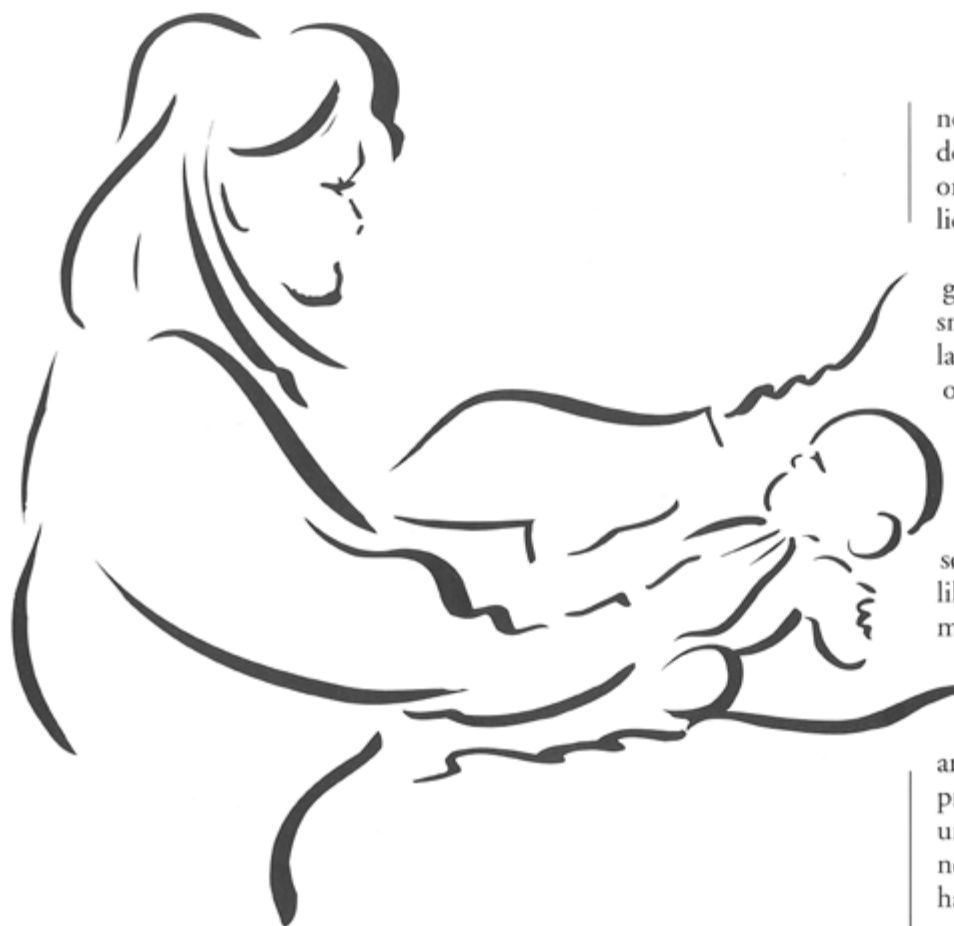
Antall sykdommer/problemer: Tabell 1 viser resultatet. Hos hele 55% av barna ble det funnet sykdom/problemer. Det ble funnet 467 sykdommer/problemer på de 583 barna. Et stort antall har altså 2 eller flere ting samtidig, hele 20% av barna.

Sykdomspanoramaet: Blant sykdommer/problemer som ble funnet, var de hyppigste:

- Hudproblemer, hovedsakelig eksem, med 88 barn.

Tabell 1. Sykdommer/problemer funnet blant barna:

Alder	Friske barn		Barn med sykdommer/problemer		Totalt
	Antall	%	Antall	%	
6 uker	47	(42)	64	(58)	111
6 mndr.	53	(54)	46	(46)	99
1 år	54	(47)	62	(53)	116
2 år	60	(42)	84	(58)	144
4 år	46	(41)	67	(59)	113
Totalt	260	(45)	323	(55)	583



- Problemer med hofter/ekstremiteter, hovedsakelig fotdeformiteter, med 78 barn.
- Problemer med ørene, hovedsakelig ørebetennelser og ørevoks, med 72 barn.
- Sykdom i lunger/luftveier, hovedsakelig bronkitt, med 49 barn.

Noen lidelser kan regnes som «helsestasjonsproblemer», det vil si områder som helsestasjonen legger spesielt vekt på. Av disse ble funnet:

- Hofter/ekstremiteter med 78 barn.
- Syn (inkluderer også andre øyenlidelser) med 37 barn.
- Hørsel med 20 barn.
- Motorikk med 20 barn. (Motorikk inkluderer forsinket motorisk utvikling i forhold til alderen og abnorm motorikk som f.eks. ved cerebral parese.)
- Språkproblemer med 13 barn. (Som oftest forsinket språk.)

I alt 168 tilfelle kan regnes blant disse spesifikke helsestasjonsproblemer.

Hvordan ble sykdommene/problemene oppdaget? Noen fremkom ved ren anamnese (13%), andre ved en kombinasjon av anamnese og undersøkelse (46%). I hele 194 av sykdommene/problemene, det vil si i 42% av tilfellene, ble de funnet ved selve screeningundersøkelsen, uten anamnesticke holdepunkter. Ved noen av disse sykdommene/problemene sa mor i etterkant at hun kjente til dem, men i de fleste tilfellene var funnet nytt for henne.

Ville mor søkt lege? Av de 419 sykdommene/problemene hvor dette ble undersøkt, visste ikke mor om dem i 157 av tilfellene, det vil si i 37%. Men selv om hun visste om det, betød ikke det nødvendigvis at hun ville oppsøkt lege. Kun i 23% (98 av 419) ville mor med sikkerhet søkt lege.

Tiltak: Hele 17% av barna endte opp med resept. 14 % ble henvist til spesialist. Men også utenom dette ble mye råd og hjelp gitt.

Hva er hensikten med screening?

Helseundersøkelsen på helsestasjo-

nen fungerer som en screeningundersøkelse. De fleste betraktninger om screening går ut i fra hvilke lidelser en ønsker å finne og hvilke screeningundersøkelser en må gjøre for å oppdage dem. Det er snakk om alvorlige lidelser med lang latenstid, som kan behandles og hvor det er viktig å komme til tidlig. Det blir få lidelser (4).

Andre tenker seg teoretisk hvilke alvorlige lidelser en kan finne ved de forskjellige legeundersøkelsene. Tankegangen er svært lik den første. Det blir heller ikke mange lidelser (2,5). Og som konklusjon forkastes mye av screeningundersøkelsene.

Det blir så teoretisk! Jeg gikk den andre veien rundt og undersøkte praktisk hva fant jeg egentlig ved undersøkelsen. Og jeg fant altså noe hos ca 1/4 av barna uten at jeg hadde støtte i anamnesen.

Er legeundersøkelsen forebyggende?

Helsestasjonsarbeidet skulle være forebyggende. Det er en tendens i tiden å tenke forebyggende hovedsakelig om psykososiale problemer. Men hva med lidelsene en finner ved den vanlige legeundersøkelsen? Ved forebygging legges det vekt på å komme tidlig til for å forhindre forverring, gjøre helbredelse lettere, og hindre unødvendig lidelse hos barnet. Vedrørende de fire hovedgruppene med problemer som jeg fant:

- Hudproblemer. Det er typisk lidelser hvor en kan lindre mye plage ved å komme tidlig til. Helsestasjonen fanger de opp tidlig, ofte lenge før mor ville søkt lege.
- Fotproblemer. Også her er det viktig å komme til tidlig. Det er påfallende hvor mange av disse fotdeformitetene mor ikke har lagt merke til, og hvor hun derfor ikke ville søkt lege.
- Problemer med ørene. De stille ørebetennelser uten symptomer. Ører tette av ørevoks.

Ørevoks er typisk liten tue som kan velte stort lass. De kan gi nedsatt hørsel med språkproblemer og adferdsvansker. Så og si alle øreproblemene ble funnet ved undersøkelsen alene uten anamnesticke holdepunkter.

De spesifikke helsestasjonsproblemer: hofter/ekstremiteter, syn, hørsel, motorikk og språkproblemer, er også stort sett områder hvor det er viktig å komme til tidlig. Mange av problemene vet ikke mor om (hofter/ekstremiteter, syn, hørsel) eller har psykiske sperrer for å innse (motorikk, språk). Erfaring viser at få av disse tilfellene blir oppdaget hos privatpraktiserende lege. Om ikke helsestasjonen oppdager dem, er det store sjanser for at disse tingene blir behandlet på et mye senere tidspunkt. Jeg fant altså at mye av arbeidet jeg gjorde var forebyggende.

Er vanlige barn «friske»?

Ved datasøk har jeg forsøkt å finne frem til undersøkelser som har vært gjort i Norden. Det er få. Hva som er iøynefallende når en ser på disse undersøkelsene, er hvor stor forskjell det er i resultatene. De varierer fra sykdom hos 8% av barna (6) til 373 sykdommer blant 272 førskolebarn (7). Noen leger finner altså nesten ingenting, mens noen finner mye, tildels enda mer enn hva jeg har funnet. Sykeligheten blant barn i Norden kan umulig variere så enormt. Forskjellen må ligge i øynene som ser. Og hvordan ser vi leger? Det er spesielt 2 fenomen jeg vil peke på:

Etter mange år i Østen er jeg preget av tankegangen som hersker i utviklingsarbeide: Lindre mest mulig lidelse for minst mulig penger. Hvor kvantiteten teller, at en hjelper flest mulig. I et land som Bangladesh fører dette til at en lar de alvorlige tilfellene stille dø, mens en konsentrerer seg om de mindre tingene. I Norge virker

det på meg som om mange kolleger har havnet i andre grøfta. Kun alvorlige lidelser teller. Jo mer alvorlig, jo mer sjelden, jo mer interessant er det. På helsestasjonen er det lite av «alvorlige, sjeldne, interessante» tilfelle. Det er langt mellom hjertelidelser, hoftefeil og «blålys» med helikopter til nærmeste sykehus. Men en lindrer lidelse hos mange. Jeg fant altså 55% som jeg gjorde noe for.

Et annet fenomen hører sammen med det første: Overbevisningen om at det er klar grense mellom sykt og friskt. Jeg ble selv i sin tid opplært i den tankegangen. Ved de fleste sykdommer er det imidlertid ikke klare grenser men glidende overganger. Og hvor en legger lista for «sykt», er en skjønnsak. Hvor mye en finner vil dermed være avhengig av hvor en legger lista. Og hos mange kolleger synes den å ligge temmelig høyt. Kongstanken i helsestasjonsarbeide er imidlertid å gripe inn på et så tidlig stadium at det knapt kan kalles sykdom. Det betyr interesse også for de tingene som ligger under ens personlige list.

Det er noe med å bevisstgjøre seg hva en gjør. All den hjelp en har gitt, alle småtteriene som går på ryggmargen og glemmes like fort det er gjort. Ellers havner en i hensiktsløshetens hengemyr.

Hva med å overlate til mors initiativ?

Bård Natvig er inne på denne tanken, at vanlige helsekontroller skal erstattes av mors oppsøking av helsestasjonen (8). Jeg fant at i kun 1/4 av tilfellene ville mor oppsøkt lege. For å søke lege må mor først og fremst vite om tingene. Men også i de tilfellene hvor hun vet om dem, er det stor prosent som ikke ville søkt lege. Hvorfor? Det er en viss terskel for å gå over en leges dørstokk. Mor vil gå kun med de tingene som hun oppfatter som relativt alvorlige. Men min erfaring er at i også temmelig alvorlige tilfelle vil hun ikke alltid

søke lege. Ja, jeg har vel sjelden blitt så utskjelt som når mor synes jeg har funnet for mye og at jeg dermed antyder at det er noe galt med hennes barn! Det er et axiom at «Mor vet best». Min erfaring er: Ikke alltid!

Hva med fremtiden?

Jeg har hørt og lest en del om helsestasjonens fremtid. Forslagene er fantasifulle. Noe de fleste imidlertid synes å være enige om, er at helsekontrollene slik de drives i dag må bort! Men la oss ikke bare hoppe på moderne tankegang uten å vurdere hva det er vi kaster vrak på. Mine tall prøver å antyde nettopp dette: Kast ikke uten videre vrak på helsestasjonskontrollene. Mye blir funnet. Mye nyttig hjelp blir gitt. Mye blir oppdaget tidlig og unødvendig lidelse unngått.

*Björg Bjotveit,
Ski Helsestasjon,
Boks 10,
1401 Ski.*

Litteratur

1. Natvig H. Helsekontrollen – historiske lærdommer. Norsk tidsskr arb med 1991; 12:23-30.
2. Grimsø A. Forebyggende helsearbeid i skolen. Oslo: Kommuneforlaget, 1989: 22 og 71-94.
3. Bogen B, Næss P O, Sommerschild Sundby H, Sundby P. Helsestasjonen, en forpost i kampen for det gode liv.
4. Siem H. Helsekontroller- til nytte eller bekymring? Oslo: Universitetsforlaget, 1982. Oslo: Universitetsforlaget, 1982:16.
5. Heian F, Misvær N. Helsestasjonsboka. Oslo: Kommuneforlaget, 1989:87-150. 1492-3.5.
6. Bogen B, Solum L, Størvik O, Sommerschild Sundby H: Helsestasjonen i støpeskjeen. Oslo, Bergen, Tromsø: Universitetsforlaget, 1972:250.
7. Köhler L, Jakobsson G. Children's health and well-being in the Nordic countries. Clinics in Developmental Medicine 1987; 98:59-61.
8. Natvig B. Helsestasjonslegens ønskeliste. Utposten 1994;2:60-62.

Paviljongen; et gjestehus

Et alternativ i den psykiatriske helsetjenesten

Av Ivar Hartviksen, Helga Holter, Ingeborg Pedersen, Eiliv Lund, Tom Andersen. *)



Ivar Hartviksen (69), avdelingsoverlege ved Midt-Troms psykiatriske senter (i halv stilling). Var tilsynslege ved Paviljongen. I mange år engasjert i desentralisert psykiatri og familiebehandling.



Helga Holter (49), lærer ved Framnes videregående skole. Var avdelingssykepleier ved Paviljongen. Erfaring fra «Kastanjabakken» hos Endre Ugelstad i 2 år.



Ingeborg Pedersen (43), sykepleier ved Narvik sykehjem. Var psykiatrisk sykepleier ved Paviljongen og avdelingssykepleier i en periode.



Eiliv Lund (47), startet sin yrkeskarriere i psykiatrien men gikk etter 1 1/2 år over i epidermiologisk forskning. Psykiatriens vesen har imidlertid fascinert han til jevnlig kontakt og samarbeid med psykiatriinteresserte.



Tom Andersen (59). Tidligere distriktslege før han gikk inn i psykiatrien. Alle arbeidsår i Nord-Norge.

Innledning

Vi vil fortelle om en liten sengeavdeling ved Ofoten psykiatriske sykehjem slik denne fungerte i perioden 1. september 1986 til 1. september 1991.

Avdelingen, som ble kalt Paviljongen, tok i mot og behandlet psykiatriske pasienter av alle slag. Vi tror at de erfaringene som ble

gjort vil være av interesse for de som arbeider i kommune-helsetjenesten.

Paviljongens forhistorie

Førsteforfatteren var allmennpraktiker i Narvik siden 1952. Som allmennlege tok han i 1956 initiativet til og var tilsynslege ved Håkvik behandlingshjem for alkoholmisbrukere. I samråd med Alfred Blystad, daværende overlege ved medisinsk avdeling, Narvik sykehjem, «for han bort» i 1964 for å bli spesialist i psykiatri. De to mente at med en spesialist i området, som samarbeidet med medisinsk avdeling, kunne de «ta rede på» mye, kanskje det meste av de psy-

kiatriske oppgavene. Fra han kom tilbake som ferdig spesialist i 1968 frem til den psykiatriske poliklinikken i Narvik åpnet i 1982, var han alene innen psykiatrien i Ofoten-området. Hans gode kjennskap med byen og ikke minst hans gode kontakt med de som var ansatt i det offentlige styre og stell, og til de som ledet det private næringsliv, kom særdeles vel til nytte. Dette la grunnen for et smidig samarbeid i saker der slik kontakt var viktig, f.eks. med politiet der pasientene forstyrret offentlig ro og orden eller gjorde ulovligheter, med trygdekontoret i trygdesaker, med ledere i næringslivet når det gjaldt å finne arbeid til pasienter som ikke hadde det, osv. I peri-

*) Ivar Hartviksen er idag privatpraktiserende psykiater i Narvik, Helga Holter og Ingeborg Pedersen er psykiatriske spesialsykepleiere og arbeider idag i hjemmesykepleien i Narvik, Eiliv Lund og Tom Andersen er professorer ved Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin i henholdsvis epidemiologi og medisinsk statistikk, og sosialpsykiatri.

oden 1968 til 1987, hvor det var et omfattende samarbeid mellom psykiateren og medisinsk avdeling. Både psykotiske og ikke-psykotiske pasienter, som tidligere ble oversendt til Nordland psykiatriske sykehus i Bodø, ble nå behandlet lokalt (Hartviksen, 1984). De ble innskrevet og behandlet som de andre «somatiske» pasientene. Dette gikk som oftest forbausende greit. F.eks. en psykotisk mann, som i utgangspunktet var både urolig og redd og forstyrrende, ble fortalt at mannen i nabosengen var hjertesyk og trengte ro. Dette rettet han seg etter og ble «alminnelig». Innleggelsestallene til det psykiatriske sykehuset i Bodø gikk tilsvarende ned. Til tross for en generell reduksjon av sengekapasiteten ved Narvik sykehus i 1982, falt overføringene fra Narvik sykehus til Bodø helt frem til 1986-87. Da var det på det laveste med mellom 10 og 15 innleggelser pr år. Etter at førsteforfatteren sluttet ved den psykiatriske poliklinikken i 1987 og dermed også sluttet samarbeidet med medisinsk avdeling, forandret det hele seg. Det varte ikke mer enn et par år før overføringene fra Narvik sykehus til Bodø var oppe i det dobbelte.

Antall innleggelser fra hele Ofoten-området til det psykiatriske sykehuset i Bodø gikk tilsvarende ned frem til 1987, med 25 innleggelser i det året. Også her økte innleggelsene til det dobbelte i løpet av tre år etter at førsteforfatteren sluttet ved poliklinikken.

En annen viktig del av forhistorien til Paviljongen var annenforfatterens tidligere erfaringer med slikt arbeid. Hun deltok i Endre Ugelstads pionérbearbeid ved Gaustad sykehus i Oslo i 1970-årene (Haakenassen et al, 1991). I dette prosjektet ble det bl.a. gitt en kombinasjon av individuell psykoterapi og miljøterapi til unge mennesker med diagnosen schizofreni. Annenforfatteren, som var miljøarbeider i dette prosjektet, tok med seg mange verdifulle erfaringer, bl.a. hvordan demokratiske

prinsipper kan utvikles og opprettholdes.

Da Ofoten psykiatriske sykehjem stod ferdig bygget i 1982 fantes det altså allerede mange års lokal og generell erfaring med hvordan psykiatrien kunne utøves i Ofoten-området.

Paviljongen

Ofoten psykiatriske sykehjem, som er fylkeskommunalt og var opprinnelig bygget for 60 pasienter, ligger 14 kilometer sør-vest for Narvik. En anså tidlig, og har senere fått bekreftet, at dette var for stort. Dermed var mulighetene for Paviljongen, som altså utgjør en tredjedel av sykehjemmet, tilstede. De to andre tredjedelene gir omsorg til psykogeriatriske pleiepasienter. Paviljongen ligger i landlige omgivelser og har et sterkt hjemlig preg. Huset, som er i én etasje, har to store stuer og tre kjøkken som er disponible hele døgnet. Det fins også en aktivitetsstue som er åpen hele døgnet. Flere terrasser og plener gir det hele et villapreg. Alle pasientene bodde på enkeltrom med eget toalett og dusj, og det var plass til å ta i mot pasientenes familier, venner og bekjente til overnatting.

Et isolat som i sin tid ble bygget ble aldri benyttet som isolat.

Paviljongen som har plass til 15, mottar pasienter fra Narvik lokalsykehusområde. Dette omfatter 6 kommuner og 34 000 mennesker. Nordland psykiatriske sykehus i Bodø er områdets psykiatriske sykehus.

I utgangspunktet tenkte en seg at de pasientgruppene som skulle «høre hjemme» på Paviljongen ville være langtidspasientene, nemlig de som var «svingdørs-pasienter» i sentralinstitusjonen og bare i perioder klarte seg ute i samfunnet. Imidlertid viste det seg relativt snart at Paviljongen med fordel også kunne benyttes ved f.eks. behandling av akutte psykoser, angsttilstander, depresjoner og suicidale pasienter.

Innleggelser skjedde ved henvendelser fra primærhelse-tjenesten, fra psykiatrisk poliklinikk i Narvik, fra Narvik sykehus og fra Nordland psykiatriske sykehus i Bodø. Dessuten skjedde det ved direkte henvendelse fra pasientene selv og deres pårørende i de tilfelle der pasientene hadde vært på Paviljongen tidligere.

Alle ble innlagt umiddelbart idet venteliste ikke fantes.

Dispensasjon for tvungen innleggelse etter lov om psykisk helsevern, og evt. bruk av tvangsbehandling, ble gitt av sosialdepartementet. Den reisende kontrollkommisjon var kontrollorgan og førsteforfatteren ansvarlig overlege.

Sykehjemmet hadde tidligere eget styre og egen administrativ leder. Etter 1. september 1991 ble det lagt inn under Narvik sykehus' styre, og sykehusets direktør ble den øverste administrative leder. I den femårs-perioden denne artikkelen refererer til, var avdelingssykepleier (annenforfatteren) den daglige leder. En psykiater (førsteforfatteren) hadde tilsynsfunksjon.

Paviljongens kapasitet og bemanning

Avdelingen hadde plass for 15 døgn- og 5 dagpasienter.

Det var 17 ansatte; 7 sykepleiere, 8 hjelpepleiere, 1 miljøterapeut og 1 miljøarbeider. Alle ble rekruttert fra lokalområdet og de fleste hadde vært ansatt ved den psykogeriatriske delen av sykehjemmet.

Psykiateren (førsteforfatteren) ga tilsammen 10 timers konsultasjon pr. uke, og en psykolog 10 timer pr uke i det siste året av femårs-perioden, dvs. fra 1.9.90 til 1.9.91.

For anskueliggjøringens skyld, kan vi si at det ved de to akuttavdelingene ved Åsgård psykiatriske sykehus i Tromsø, med plass for 15 pasienter ved hver av dem, var det 43 og 52 ansatte i henholdsvis 27 og 33 stillinger i 1993. I tillegg var det en overlege og to til tre underordnede leger, samt psykolog

og sosionom knyttet til hver akutt-avdeling. Ved tre langtridsavdelinger med plass for 15 pasienter ved hver, var det 24, 26 og 30 ansatte i henholdsvis 17, 19 og 19 stillinger. Dessuten hadde disse tre avdelingene en felles overlege, en til to underordnede leger, en psykolog og en sosionom.

Kostnader

I 1992 utgjorde de samlede utgifter til de voksenpsykiatriske institusjonene i Norge ca 4,6 milliarder kroner (Pedersen et al, 1994). 64% gikk til de psykiatriske sykehusene, 25% til sykehjemmene, 3% til poliklinikkene og 6% til bo- og behandlingssentrene.

I et norsk landsgjennomsnitt kostet ett oppholdsdøgn ved voksenpsykiatriske døgningstusjoner 1621 kroner (2364 ved psykiatrisk sykehus, 1320 ved bo- og behandlingssentra og 1000 ved psykiatriske sykehjem). Ett gjennomsnittlig oppholdsdøgn ved de samlede voksenpsykiatriske institusjonene i Nordland fylke var 2279 kroner. Dette var høyest i landet.

Paviljongens beboere

De aller fleste av pasientene kom fra Ofoten-området, noen få fra Vesterålen og Lofoten.

De redegjørelsene som nå følger bygger på systematiske noteringer fra pasientenes opphold ved Paviljongen, og på epikriser fra deres opphold ved Nordland psykiatriske sykehus i Bodø og Åsgård psykiatriske sykehus i Tromsø, samt fra Narvik sykehus. Disse noteringene og epikrisene var av slik art som er vanlig ved norske behandlingstusjoner, og var, da de ble skrevet, ikke beregnet på noen fremtidig forsknings-rapport. I løpet av fem-årsperioden (1.9.86 til 1.9.91) hadde 170 pasienter tilsammen 638 opphold ved Paviljongen.

61 hadde bare hatt opphold ved Paviljongen, og 50 ved både Paviljongen og Narvik sykehus.

Hver fjerde av disse tilsammen 111 hadde en psykose-diagnose (enten schizofreni eller manisk-depressiv psykose eller reaktiv psykose), de resterende hadde «lette» diagnoser. To av tre var kvinner, og mer enn halvparten var over 45 år.

59 hadde hatt opphold ved både Paviljongen og Nordland psykiatriske sykehus og/eller Åsgård sykehus. De aller fleste oppholdene ved de to andre psykiatriske sykehusene fant sted før deres første opphold ved Paviljongen. Noen av disse 59 hadde også hatt opphold ved Narvik sykehus. Fire av fem av disse 59 hadde psykose-diagnose, og fire av fem var under 45 år.

Noe om de 59 som hadde hatt opphold BÅDE på paviljongen og andre psykiatriske sykehus

Før disse 59, som ble behandlet av flere institusjoner, er det vanskelig å skille de ulike institusjonenes betydning fra hverandre. Det er derfor mer naturlig å sammenligne de samlede tjenester for området før og etter 1. september 1986, dvs. før og i «Paviljongperioden».

Formalitetene rundt innleggelsene

Før de av de 59 som var innlagt i de to psykiatriske sykehusene før Paviljongperioden, ble 2 av 3 innlagt frivillig, mens 1 av 3 ble innlagt med tvang. I Paviljongperioden, hvor innleggelsene skjedde til de psykiatriske sykehusene pluss til Paviljongen ble 3 av 4 innlagt frivillig, mens 1 av 4 ble innlagt med tvang. Denne forskjellen er signifikant ($p=0.002$; chisquare test). Det var altså mindre tvangsinnleggelser i Paviljongperioden.

Bruk av nevroleptika

Vi har vurdert mengden nevroleptika de 59 pasientene ble utskrevet med, og mengdene er gradert i fire kategorier: ingen, liten, middels, høy.

Før Paviljongperioden var mengden høy eller middels ved 9 av 10 utskrivinger. I Paviljongperioden var dette tilfelle ved 7 av 10 utskrivinger, dvs. ved 3 av 10 utskrivinger var mengden liten eller ingen. Denne forskjellen er signifikant ($p=0.001$; chisquare test).

Tid ute etter en utskriving før neste innleggelse

Dette har vi vurdert i Paviljongperioden. Vi har sett på det gjennomsnittlig antall dager de 59 var ute etter en utskriving før de ble lagt inn på ny. Vi har sett hvordan dette forholdt seg etter utskriving fra henholdsvis de psykiatriske sykehusene på den ene siden og Paviljongen på den andre siden. Vi har her ikke tatt hensyn til hvor gjeninnleggelsen fant sted.

Det var en tydelig forskjell i det pasientene etter utskriving fra de psykiatriske sykehusene var langt kortere ute før nye innleggelser skjedde. Denne forskjellen er signifikant (p mindre enn 0.001; Mantel-Cox test).

De som ble utskrevet fra Paviljongen var altså lenger ute før neste innleggelse, selv om det var utenfor Paviljongens innstilling at pasientene «skulle være ute».

Tvangsbehandling

Vi har ingen pålitelig oversikt over hvor mange av de 59 som ble tvangsbehandlet mens de var på psykiatrisk sykehus (tvangs-medisinert, lagt i belte eller isolert), men vi vet fra epikrisene at ikke få av dem fikk slik behandling. Tvangsbehandling fant aldri sted på Paviljongen.

De 59 nå, tre og et halvt år etter 1. sept. 1991

Boforhold.

Av de 59 pasientene vi har omtalt, bor 25 nå i egen bolig og greier seg selv uten tilsyn. 23 bor alene, men får tilsyn minst en gang i uken.

6 bor i institusjon. De som trenger omsorg og tilsyn er særlig blant de som har fått diagnose schizofreni. 5 av de 59 er døde.

For 17 av de som bor for seg selv ble boforholdet ordnet som en del av oppholdet på Paviljongen.

Et viktig innslag i det daglige liv for de av disse som bor i Narvik, er besøk på det kommunale dagsentret i byen.

«Grip of life».

De tre første forfatterne har, ut fra sitt kjennskap til pasientene, gjort en felles vurdering av de enkelte 59 pasientenes «maintenance or loss of grip of life», i januar 1995. Dette, som er en vurderingsform som har blitt utviklet i Finland, klargjør i hvilken grad den enkelte pasient har «grip på sitt eget liv» (Salonkangas et al, 1989). Vurderingene, som i denne oversikten er en modifikasjon av den finske, omfatter tre kategorier:

- 1: Et godt grep på livet, som betyr at personen oppfatter at nåtid og fremtid angår han eller henne, og at han eller hun tar aktivt del i å få et meningsfylt liv. Dette gjelder både i forhold til daglig beskjeftigelse, fritid og ikke minst deres engasjement i forhold til andre mennesker.
- 3: Et mistet grep på livet betyr at personen har mistet troen på fremtiden, er apatisk og ikke tar del i det som rører seg rundt vedkommende; har liten eller ingen omgang med andre og gjør få eller ingen forsøk på å få et meningsfylt liv; livet er preget av håpløshet.
- 2: Vedkommende svinger mellom eller befinner seg midt mellom kategoriene 1 og 3.

Disse vurderingene er gjort uavhengig av om personen er psykotisk eller ikke, eller om han/hun er uføretrygdet eller ikke.

Vi kunne svare på dette for 54 av de 59 (5 er døde), og svarene fordeler seg slik: Godt grep: 22, middels grep: 25, mistet grep: 7

De som i størst grad har mistet grepet på livet er de som ble gitt diagnosen schizofreni.

Voldsomhet

Pasienter påførte personalet skader i 7 tilfeller de første 2 årene. Det dreide seg om slag, spark, kloring og spytting. Tre ble betegnet som alvorlige, men ingen medførte sykemeldinger av personalet. I de siste tre årene forekom ikke slike hendelser.

For anskueliggjøringens skyld, kan det nevnes noen tall fra Åsgård sykehus. I løpet av 1993 forekom det ved en akuttavdeling for 15 pasienter 5 skader av personalet som førte til sykemeldinger. I tillegg var det om lag 40 skader som ble antatt å være i kortere eller lengre tid. For en langtidsavdeling av samme størrelse, førte 3 skader til sykemeldinger og i tillegg var det 40 skader som ble antatt å være kortere eller lengre tid. Det er grunn til å betrakte Åsgård som et vanlig norsk psykiatrisk sykehus.

To pasienter på Paviljongen begikk selvmord i den omtalte fem-års-perioden. Den ene hadde en mangeårig sykehistorie og en rekke opphold på psykiatriske sykehus tidligere, og hadde i mange år både snakket om og også forsøkt å begå selvmord. Denne pasienten var i tillegg en alvorlig rusmiddelbruker.

Den andre var en ikke psykotisk pasient som på permisjon fra Paviljongen begikk selvmord. Dette kom helt uventet for alle.

Personalets stabilitet

Det var ingen utskiftninger av personalet i denne fem-års-perioden, men personalerstatninger fant selvfølgelig sted under svangerspermisjon.

Paviljongen innen Nordland fylke

Når det gjelder innleggelser til Nordland psykiatriske sykehus i Bodø var tallene for Nordland fylke som helhet for 1990 svært nær landstallene (Pedersen et al, 1994, Søgaard et al, 1994). I oversiktene i den siste av disse artiklene kan en imidlertid se at antall innlagte pasienter, antall innleggelser og antall førstegangs-innleggelser til det psykiatriske sykehuset i Bodø var jevnt stigende i perioden 1980 til 1990, til tross for fylkets utbygging av de polikliniske tjenestene. Antallet innleggelser var imidlertid ikke jevnt fordelt på de tre regionene: den sørlige, den sentrale og den nordlige. I den nordlige regionen, som omfatter Lofoten, Vesterålen og Ofoten, var innleggelser tydelig fallende over tiårsperioden. Artikkelforfatterne kommenterer dette fallet slik: «The decline in admissions from the northern region is a function of long-term attempts to reduce inpatient treatment», og viser til førsteforfatterens omtale av sitt polikliniske arbeid og arbeidet ved Narvik sykehus før Paviljong-perioden (Hartviksen, 1984). Det er påfallende at Paviljongen overhodet ikke er nevnt som en mulig bidragsyter til dette fallet.

Epilog

Paviljongen, i den form den hadde hatt fra 1.9.86 til 1.9.91, opphørte da daglig leder (annen-forfatteren) og den psykiatriske konsulenten (første-forfatteren) ble bedt om å slutte av den administrative ledelsen i Narvik lokalsykehusområde. Tredjeforfatteren, som overtok den daglige ledelsen, ble også bedt om å slutte. De gjorde det alle tre, men de hadde ikke sluttet om de ikke var blitt bedt om det.

Hvorfor dette, som opplevdes dramatisk og vondt, hendte, har vi ikke forstått eller fått forklart.

Det daglige liv på paviljongen

Rammene

Alle dører var åpne. Alle kunne komme og gå når de ville, og alle kunne si og gjøre det de ville. Selvfølgelig innenfor rammen av alminnelig folkeskikk, nemlig at alle skulle være høflige og ta hensyn til andre, og at inngåtte avtaler skulle følges av alle, både pasienter og personale.

Det var ikke lagt vekt på felles rutiner eller felles strukturer eller felles regler. Måltidene og et møte fredag for pasienter og personale var vel det eneste som var felles for alle.

Alt ble i størst mulig grad forsøkt tilpasset den enkelte. Hver pasient fikk sin primærkontakt, dvs. en av personalet var den som i særlig grad var den som pasienten visste at han eller hun kunne forholde seg til, og som i særlig grad kjente pasientens livssituasjon. Primærkontakten bidro til at det som ble bestemt ble fulgt opp, f.eks. i forbindelse med utskrivning. Forholdet pasient – primærkontakt var et vesentlig element i behandlingen. De andre i personalet innrettet seg etter dette forholdet, men de kunne selvfølgelig forholde seg fritt til pasienten i de ulike daglige situasjonene.

Når pasientene samtalte med psykiateren var primærkontakten alltid med, og andre familiemedlemmer til pasienten var ofte tilstede.

For de som besøkte Paviljongen første gang, som f.eks. femteforfatteren, var det slående hvor ofte vaktrommet var tomt. Personalet var å finne sammen med pasientene.

Pasienten vet best

Når dagen kom visste pasientene selv best når den skulle startes og hvordan den skulle fylles. Derfor måtte de spørres. Det de ønsket ble fulgt.

En kunne ønske å dra til byen

for å handle. En annen kunne ønske å dra på besøk til noen bekjente. En tredje kunne ønske å hvile. En fjerde kunne ønske å gå i arbeidstuen etc.

De visste selv best hvordan de skulle leve sine liv. Fra time til time.

Mange av pasientene har omfattende erfaringer med å bli bestemt over. Det verste erfaringene var å ha blitt bestemt over uten å kunne si nei.

Paviljongens ambisjon var å unngå slikt.

Enhver mulighet til samtale ble brukt

Slett ikke få av pasientene hadde vennet seg til å «brenne inne» med mye av de «indre» samtaler, nemlig de samtaler de førte med seg selv. Kanskje fordi det ikke hadde vært noen der til å høre. Eller kanskje fordi disse indre samtaler, når de ble brakt ut i det «åpne» ikke var av interesse for eller endog ble mislikt av de som hørte. Eller kanskje fordi personen ikke hadde kraft nok eller mot nok til å bringe dem ut i det åpne. Noen hadde derfor gitt opp og blitt tause og innesluttete. Overfor disse gjaldt det å benytte enhver mulighet for å få i gang en prat. Enten det var å snakke om utsikten på en spaseretur, eller inntrykkene fra et TV-program, eller en mishagsyttring fra pasientens side osv. Det var ikke de «innsiktsfulle» samtaler en først og fremst var ute etter, men den dagligdagse «småpraten». Etter hvert, når pasientene erfarte at det «nyttet» å prate igjen, kunne en begynne å snakke om det som var mer viktig, som f.eks. fremtidige boforhold eller daglige gjøremål i hjemmemiljøet.

En må ta utgangspunkt i der pasienten er

Andre pasienter som ikke hadde

gitt opp å prate kunne ha utviklet en opptreden som andre lett kunne kalle masete eller endog manipulerende. Det kunne også hende at det de sa var vanskelig å forstå for andre, i det ordene de valgte var uvanlige eller meningene «fantasifulle». På fagspråket ville en kalle dette for psykotiske tilstander. Det er svært vanlig innenfor det psykiatriske fagmiljøet å møte slike tilstander med «realitetsorientering», nemlig å peke på «urimeligheten» i det pasienten sier og deretter fremholde hva han eller hun burde si og tenke.

Slik skjedde det ikke på Paviljongen.

Der var det viktig å ta utgangspunkt i virkeligheten slik den fortonet seg for pasienten. Når de ansatte ble mer kjent med pasientens oppfatning av virkelighet gikk det an å samtale om den, og etter hvert som samtalen utviklet seg hadde ofte oppfatningen av virkeligheten en tendens til å forandre seg. På samme måte som det skjer i det daglige liv for alle «vanlige» mennesker.

Et eksempel kan kanskje klargjøre. En kvinne høyt oppe i pensjonsalderen mente hun var gravid, til irritasjon for både de nærmeste i familien og lokale hjelpere. Til tross for forsøk på overtalelser, både milde og mindre milde, holdt hun på sin overbevisning. Hun ble omsider innlagt mot sin vilje. Ingen på Paviljongen ville «ta fra henne» hennes meninger men valgte å bli mer kjent med hva hun tenkte. Hun ønsket å graviditetsteste urinen og fikk det gjort. Hun ønsket undersøkelse hos gynekolog og time ble bestilt. De ansatte snakket med henne om det det er vanlige å snakke med gravide kvinner om, f.eks. følelsene i kroppen, babyutstyr og babyklær etc. Etter relativt få dager kunne en, i tillegg til å snakke om graviditeten, også



snakke om andre ting, nemlig det mer «vanlige» som f.eks. å stelle tøy og bake kaker og legge turer til byen. Disse mer «vanlige» samtaler ble mer og mer omfattende og hun skiftet fra å være litt lukket til å bli åpen og glad. Tankene om graviditeten forsvant av seg selv, og ingen snakket selvfølgelig mer om det. Det var viktig for hennes verdighet at tankene forsvant på den måten som passet henne, og at hun fant sin grunn til å avlyse timen hos gynekologen. Det må her understrekes at forsøkene på å være der pasientene er og prøve å forstå dem ikke er ensbetydende med at en er enig med dem i deres oppfatning. Det er stor forskjell på å tro på det en person sier og være enig med vedkommende. På Paviljongen ble det ingen kamp om meningene.

Ulike meninger og ulik opptreden

I psykiatriske sykehus her til lands er det vanlig at personalet etterstrever én felles innstilling, f.eks. at en og samme pasient skal møtes av personalet på én bestemt måte.

Det er ikke uvanlig at denne bestemte måten er del av én bestemt plan for den enkelte pasienten. Det er heller ikke uvanlig at disse planene lages av personalet uten pasientens medvirkning. På Paviljongen var det anderledes. Hver og en av de ansatte stod fritt til å forholde seg til den enkelte pasient på en måte som den ansatte selv fant mest naturlig. Det betød at en og samme pasient ble «utsatt for» helt forskjellige påvirkninger. F.eks. om en pasient var sen med å komme opp om morgenen kunne en av de ansatte oppfordre henne til å stå opp, mens en annen kunne komme like etter og spørre om hun ville ha kaffe på sengen. Om en pasient var trist og nedtrykt kunne en av de ansatte være spøkefull og oppmuntrende, mens en annen like etter kunne sitte sammen med han i taushet og f.eks. bare holde han i hendene. Mangfoldet i personalets måter å opptre på ga pasientene mulighet til å møte situasjonene på mer enn én måte. Det var altså ikke spørsmål om at personalet skulle være enige eller uenige, men at de skulle være forskjellige.

Mye latter

En kan nesten si at Paviljongen var fylt av latter, idet en nyttiggjorde seg den frodige nord-norske humoren fullt ut.

Det var lagt vekt på at det skulle kunne skiftes mellom glede og mørke og smerte slik det skjer i det «vanlige» liv.

Unngå verstefallstenkning

Det er ikke uvanlig at en i psykiatriske sykehus lager behandlingsplaner som tar sikte på å unngå at noe uønsket eller farlig skal kunne skje. Fotfølge av pasienter som en tror kan komme til å skade seg selv er et eksempel på dette.

På Paviljongen forsøkte en å unngå slik «verstefallstenkning», i det en tenkte at gjennomføringen av slike planer lett innskrenker pasientenes utfoldelse. Da var det bedre å la livet utfolde seg spontant og heller snakke sammen om det skjedde noe uønsket. Den friheten dette medførte skapte faktisk en følelse av kontroll av situasjonene.

Når uhellet er ute hva gjør en da?

Det var sjelden pasientene gikk «for langt», men det hendte. En mann som i sinne slo hull i en vegg, regnet selv med å bli lagt i belte. Det hadde nemlig hendt han flere ganger når han gjorde noe liknende på det psykiatriske sykehuset han hadde vært på før. Han ble både overrasket og lettet da han ble møtt med følgende: «Ja, dette må du reparere selv!». Veggene ble ordnet i løpet av et døgn, og han hadde ikke slike sinneutbrudd senere.

Medikamentene

Medikamenter ble både forskrevet og brukt, men i beskjeden grad. Vanligvis prøvde en å se hvor langt en kom med å la tiden gå og la samværet mellom pasienten og de andre få virke. Når medikamenter ble gitt var det viktigste at pasientene var med på å bestemme både hva slags og hvor mye. Førsteforfatterens erfaring er at de som har vært på psykiatrisk sykehus før kjenner godt til både medikamentenes virkninger og bivirkninger, og blir dermed den viktigste personen i samarbeidet om medisinen.

Når pasientene ikke ville

Det hendte at pasientene protesterte og ikke ville. F.eks. i forhold til medikamenter og det å være innlagt. Vanligvis kom disse protestene kort etter innleggelsen, særlig om dette hadde skjedd mot deres vilje. Det var aldri noe problem for førsteforfatteren å møte slike protester med å være enig med dem, og han sa vanligvis: «ja, vi kan ta bort medisinen, og så får vi treffes og snakke sammen om hvordan du synes det går.» Noen kunne komme tilbake noen dager senere og si at de likevel ville ha medisiner. Da sa førsteforfatteren vanligvis: «Det er greit, men hva slags medikament og hvor mye vil du ha?» Den samme innstillingen hadde

Paviljongen overfor de som ikke ville være der. De stod fritt til å dra ut. Når de selv fikk velge, valgte de som regel å bli. Særlig om den formelle siden ved deres opphold ble forandret fra å være der med tvang til å være der etter eget ønske. Hvilket betød at de var innlagt på paragraf 4 (frivillig) i lov om psykisk helsevern i stedet for paragraf 5 (med tvang).

Når Paviljongen ble for ivrige

En av pasientene, en femti år gammel mann, hadde vært psykotisk i perioder fra 24-årsalder, og hadde tilsammen seks års opphold på psykiatrisk sykehus fra han var 24 til 34. De neste 15 årene bodde han på loftet hjemme hos moren. Da moren ble plassert på aldershjem kom han på Paviljongen. Han viste seg etter hvert å være en svær arbeidskar, og de ansatte begynte å få ambisjoner på hans vegne. Arbeid ble ordnet for han, men dagen før han skulle begynne ble han både psykotisk og aggressiv slik at det hele måtte utsettes. Da han fant balansen igjen startet Paviljongen det hele på ny; han flyttet i egen leilighet og begynte med vaktmesterarbeid. Så sluttet han å besøke Paviljongen, sluttet å møte opp på arbeid og sluttet å spise og ble mager. Han var redd for å gå ut fordi det var farer overalt, spesielt var det mange nazister ute og de ansatte på Paviljongen ble sammenlignet med Hitler. Det verste var at han også begynte å avvise de fra Paviljongen.

Etter endel besøk til han, hvor han nok forstod at de brydde seg om han, snudde det hele og han ville selv tilbake til Paviljongen. Der, på Paviljongen, gikk personalet i seg selv og forstod at det var deres ambisjoner som hadde drevet han lenger enn det han kunne være med på. Han sa da også klart: «Har dere ikke forstått at Paviljongen er et paradys for meg?» Han flyttet tilbake til leiligheten sin, men besøkte senere ofte sitt paradys. Slik som før.

Møtene

Det ble lagt vekt på å ha så lite møter som mulig.

Tid og energi skulle brukes i samværet med pasientene og ikke i møter.

Ved hvert vaktskifte ble det gitt rapport om det viktigste som hadde skjedd på vekten før vaktskiftet, og beskjeder som ville ha betydning for det nye vaktskiftet.

Et fellesmøte for alle pasienter og personalet ble holdt hver fredag. Dette, som ble ledet av en pasient, omfattet de daglige rutiner og gjøremål.

På et to timers behandlingsmøte hver mandag, der ansatte på poliklinikken var tilstede, ble innkomne søknader om innleggelse drøftet. Dessuten ble situasjoner der vanskeligheter oppstod mellom pasienter og personalet diskutert. Et eksempel kan kanskje illustrere dette. To av personalet, som ville diskutere en vanskelig situasjon, hadde dagen før satt en stopper for en av pasientene som stadig skulle ha sigaretter. De hadde også konfrontert han med at han brøt den avtalen om utlevering av sigaretter som han hadde inngått med personalet. Pasienten som følte seg «presset opp i et hjørne» reagerte med å velte et bord. Dette opplevdes ubehagelig både for de andre pasientene og personalet. Mens de fortalte om hendelsen satt de andre og lyttet til de to hadde snakket seg ferdig. Først da kom de andre med sine tanker, formet som spørsmål, f.eks. hvordan kunne han ha forstått avtalen? Var andre i nærheten? Om det var tilfelle, betød det noe? Hadde han vært urolig like før? Om han hadde vært det, kunne det bidra til at han hadde lyst på en sigarett? Om noen hadde oppdaget at han var urolig, hadde det da vært mulig å gjøre noe sammen med han? De andre var forsiktige med å komme med meninger om hva de burde ha gjort. Noen kritikk fra de andre forekom ikke, siden de andre i utgangspunktet tok det for gitt at de to hadde gjort sitt beste, og de

visste dessuten at den som blir kritisert lett «lukker seg» og blir uvilig til å lete etter andre muligheter. Etterhvert som de andres spørsmål ble fulgt av svarene til de to, åpnet det seg nye muligheter i det de to begynte å se noe i situasjonen de ikke hadde sett før. En stund etter møtet gikk de to i personalet til pasienten og ba om unnskyldning. Han svarte: «det er greit det.»

I et personalmøte på kveldstid en gang i måneden ble det drøftet saker av mer generell karakter, og et faglig møte av undervisningskarakter ble holdt hver annen måned.

Det fantes ingen stab

I et vanlig psykiatrisk sykehus er det alminnelig å knytte en «stab» til avdelingene. En slik stab, som vanligvis består av lege(r) og psykolog(er) og sosionom(er), besøker avdelingene med jevne mellomrom, dvs. i hvert fall en gang daglig. I stabens møter med den ansatte på avdelingen, vanligvis sykepleiere, hjelpepleiere og miljøarbeidere, legges planer for behandlingen av den enkelte pasient. På disse møtene, hvor pasientene vanligvis ikke er tilstede, tillegges stabens synspunkter stor vekt, da stabspersonene ofte møter pasientene i individualsamtaler. I disse samtalene er vanligvis ikke noen av de ansatte på avdelingene tilstede.

På Paviljongen ble det hele organisert annerledes.

Siden det daglige samværet, ikke minst samtalene, mellom pasientene og de ansatte ble oppfattet som det viktigste, måtte all virksomhet organiseres rundt dette. Om det skulle komme en stabsguppe utenfra, f.eks. fra den psykiatriske poliklinikken, ville denne i svært liten grad kunne ta utgangspunkt i det som skjedde i det daglige siden de ikke hadde vært der. Paviljongen valgte derfor å ikke ha noen stab.

Om en skulle lage noen rangorden om hvem som hadde mest innflytelse på beslutningene i de

daglige situasjoner måtte det være pasienten. Derneft kom kontaktpersonen, derneft avdelingslederen, derneft psykiateren.

På tider da psykiateren ikke var der, og det gjaldt jo det meste av tiden, og hans synspunkt trengtes, ble han kontaktet på (mobil)telefon. Han var alltid tilgjengelig, men slik kontakt skjedde bare en til to ganger pr. måned.

Det sosiale arbeidet

I de tilfelle hvor pasientene hadde dårlige boforhold hjemme, eller kanskje ingen bolig i det hele tatt, arbeidet de ansatte for å gjøre dette bedre. Dette arbeidet foregikk sammen med lokale myndigheter i hjemmekommunene. Siden slike tiltak omfattet penger kunne det hende at hjemmekommunene kunne vise en viss «uvilje». Om det kom til et nei fra kommunene tok aldri personalet dette nei for et nei. Det førte bare til sterkere press på de lokale myndighetene som til slutt ga seg.

Om det trengtes annen hjelp fra hjemmekommunen, f.eks. pengestøtte fra sosialkontoret, ble pasientene alltid oppfordret til å ordne det selv. Om nødvendig reiste ansatte sammen med pasientene til sosialkontoret, men de overtok ikke. Det samme var f.eks. tilfelle når det var snakk om å ordne noe i banken.

For de av pasientene som bodde i Narvik ble det knyttet kontakt til det kommunale dagsentret i byen mens de var på Paviljongen. Denne kontakten ble av mange opprettholdt etter utskrivningen. I stor grad ble dette dagsentret drevet etter prinsipper som lå nær Paviljongens. Forøvrig var dagsenterets leder på hyppige besøk på Paviljongen.

Etter utskrivningen

Når tiden for utskrivning nærmet seg var det vanlig at ansatte reiste sammen med pasientene for se om alt var i orden hjemme.

Det var langt fra sjelden at de ansatte besøkte pasientene i deres hjem etter utskrivningen. Særlig var dette vesentlig for de som, gjennom lang tid, hadde vennet seg til et liv i institusjon. Usikkerheten med å skulle kunne klare alt på egen hånd kunne være ganske stor. Da var det godt å vite at kontakten med Paviljongen var opprettholdt.

Telefonkontakten

På dager da de utskrevne pasientene syntes usikkerheten ble for stor eller ensomheten ble for stor, var det vanlig at de ringte til Paviljongen. Slike samtaler, som ofte fant sted på nattetid eller rundt helger, kunne være lange. I løpet av disse samtalene ga de ansatte en åpning for at pasienten kunne komme til Paviljongen for å være der en dag eller to. Noen ganger ble det løsningen på slike situasjoner, men påfallende ofte var telefonsamtalene i seg selv det som skulle til for at usikkerheten og ensomheten kom på avstand.

De ansatte ville at Paviljongen skulle være et gjestehus.

Fest

I løpet av de siste to årene av den omtalte fem-års-perioden ble det arrangert fest en gang hvert vår, når bjerkeløvet og varmen var kommet tilbake. Denne festsamlingen var både for de som var innlagt og for tidligere pasienter og for de pårørende og for de ansatte. Langveisfarende ble det ordnet med overnatting for. Det var ingen annen mening med dette enn å treffes for å ha det hyggelig, slik som en gjør det på f.eks. slektstevner. Men gjenmøtet med Paviljongen var selvfølgelig også en påminning at den fantes, og kunne, om det var behov for det, brukes som et gjestehus.

Diskusjon

Det er viktig å markere at Pavil-

jongen vokste frem på bakgrunn av mange års egne erfaringer. Det var de daglige, praktiske erfaringene som var byggesteinene.

Ikke teoriene eller de strukturererte metodene eller terapiteknikkene.

Erfaringene fortalte at det var samværet mellom pasientene og personalet, ikke minst samtalerne, som var det viktige. Og dette måtte pasientene og personalet utvikle sammen. Om noen skulle tillegges mest betydning, måtte det bli pasientene, som visste best.

Mange andre har samlet lignende erfaringer. John Perry og hans medarbeidere la i mange år ene og alene vekt på samtaler i behandling av psykotiske (Perry, 1987). David Goldblatt og hans kolleger gjorde det samme (Goldblatt, 1993). Medikamenter ble aldri brukt i disse to tilfellene.

I løpet av de siste årene har det vært et inter-nordisk prosjekt for behandling av førstegangs-psykotiske der det ble lagt hovedvekt på psykoterapi (Alanen et al, 1994). Ikke minst må vi i denne sammenheng nevne det som har foregått i Finland de siste tre år som en følge av professor Yrjö Alanen's pionerinnsett. Vi har særlig hatt anledning til å følge våre naboer i Nord-Finland, dvs. de som arbeider i vestre Lappland (Seikkula et al, 1990, Seikkula 1994). De betjener et område med 75 000 mennesker. De har et lite psykiatrisk sykehus i Tornio, Keropudas hospitalet, og det legges stor vekt på poliklinisk virksomhet. De har bl.a. seks psykoseteam som er bevegelige og tilgjengelig hvor som helst når som helst. Når det f.eks. er snakk om et «psykotisk tilfelle» arbeider de etter tre hovedprinsipper; 1) de er tilstede senest 24 timer etter de har blitt bedt om å komme; 2) de inviterer alle som på en eller annen måte kjenner til og har vært engasjert i det aktuelle tilfellet til et møte. Dette vil omfatte pasienten og dennes familie, kanskje naboer, kanskje arbeidskamerater, kanskje politi,

kanskje sosialmyndigheter etc. Alle som ønsker det kan la sin stemme bli gjort til kjenne, og alle blir hørt; 3) teamet møter aldri med noen plan for hva som skal skje videre fremover idet det er møtet som gjennom samtalen finner frem til hva det neste skritt skal være. Slik arbeider fellesskapet seg fremover, skritt for skritt. Med denne fremgangs-måten har de i en to-års-periode fra 1992 til 1994 erfart at de fleste av de førstegangs-psykotiske ikke trengte å komme til hospitalet, og i bare et lite antall tilfelle ble nevroleptika brukt.

Finnene har selv uttrykt de mange likhetstrekkene mellom sin virksomhet og det som skjedde i de fem årene på Paviljongen som vi har beskrevet.

Når det her understrekes at det var en samtale- og samværs-profil Paviljongen valgte, trengs det å nyanseres hva denne profilen var. Vanligvis, når en tenker på samtale- eller psykoterapi, assosieres dette med freudiansk tenkning, slik den fremstår i psykodynamisk orientert psykoterapi. Samtalerne, slik de utformet seg på Paviljongen, hadde en annen referanseramme.

I den freudianske tradisjon tenker en seg at det en person sier og gjør «stammer fra» en indre psykologisk «kjerne» eller struktur om en vil. En vil derfor «lytte» til det som «ligger bak» ordene. Terapeuten som arbeider i dette perspektiv vil lett spørre seg selv: «Hva er det han/hun egentlig mener med det han/hun sier?» På Paviljongen tenkte en at det ikke var noe bak eller under det en pasient sa. Det var bare hva de sa. Det gjaldt derfor å lytte nøye til det den andre sa, og holde seg til det i sitt forhold til den andre. Det som sies «stammer» ikke fra noen «bakenforliggende» struktur, idet det ikke er noe mer enn det som sies. Det er språket i seg selv og de samtalene språket uttrykkes i som blir det sentrale. Satt på spissen kan en si at i det freudianske syn er det menneskelige senteret inne i personen, mens i dette andre synet er

det menneskelige senteret utenfor person, nemlig i språket og samtalene. Den som finner dette som her er skrevet av interesse vil kunne ha glede av disse kildene; Anderson et al., 1988; deShazer 1990, Kvale, 1992, Shotter 1993 og Andersen, 1994. Forøvrig har John Nessa, en norsk allmennpraktiker, i et frodig kapittel satt store spørsmålstegn ved de freudianske ideer (Nessa, 1993).

Et annet begrep, som bygger på det som er skrevet over, må også nevnes. Fordi det var del av Paviljongens forståelsesform. Det dreier seg om begrepet «det problem-skapte system».

Det var Harry Goolishian, en norgesvenn og bl.a. hyppig gjest ved Paviljongen, som lanserte dette begrepet (Anderson et al, 1986). Hans sa omtrent følgende; når et problem oppstår vil det ofte tiltrekke mange menneskers oppmerksomhet. Tenk f.eks. bare på en trist og gråtende person. De som er i denne personens nærhet vil vanligvis gjerne hjelpe til på en eller annen måte. Men før hjelp gis vil de enkelte gjøre seg opp to sett meninger; 1) mening om hvordan problemet kan forstås og 2) mening om hva som bør gjøres. Rundt et problem, når det er mange som gir det oppmerksomhet, utvikles det derfor tilsvarende mange meninger. Om disse meningene er litt ulike og de som sitter inne med dem diskuterer med hverandre vil ofte helt nye ideer oppstå. Står imidlertid meningene langt fra hverandre vil de som har meningene ha vansker for å høre på og forstå hverandre og samtalene stopper opp. Og da, når samtalene stopper opp og folk slutter å snakke med hverandre, har en virkelig fått de store problemene. En kan si det slik at problemet, som i utgangspunktet ikke nødvendigvis var så stort, skapte et problematisk system av meninger. Det er altså ikke gruppen eller familien som skaper problemet, men problemet som skaper den problematiske gruppen eller fami-

lien. I disse systemene av meninger inngår vanligvis de profesjonelle som meningsbærere og kan derfor være med å utforme og utvide det problematiske systemet. For å unngå å bidra til å øke problemene gjør derfor terapeutene klokest i å unngå meninger og heller stille spørsmål, og heller lytte enn å snakke. Dette var retningslinjer Paviljongen forsøkte å følge. Når de spurte var det bare om det de ikke visste. Det de allerede visste var det ingen grunn til å spørre om. Ved å lytte til de ulike personene i et fastlåst menings-system, uten å tolke dem, var håpet at de fastlåste samtaler kom i gang igjen.

Det var det som ikke helt sjelden skjedde på Paviljongen. □

Referanser

- Alanen, Y et al. (1994): Early Treatment for Schizophrenic Patients. Oslo: Scandinavian University Press
- Andersen, T (1994): Reflekterende Prosesser. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Anderson, H., Goolishian, H. and Winderman, L (1986): Problem determined systems: Towards transformation in family therapy. *Journal of Systemic and Strategic Therapy* 5(4): 1-11
- Anderson, H and Goolishian, H (1988): Human systems as linguistic systems. *Family Process* 27(1): 3-12
- deShazer, S (1990): Putting differences to work. New York: W.W.Norton
- Goldblatt, D (1993): The House inspired by R.D.Laing: Reflections on a non-traditional therapeutic community. *Pilgrimage. The Journal of Psychotherapy and Personal Exploration* 19(4): 18-26.
- Hartviksen, I (1984): Desentralisert psykiatrisk virksomhet – og bruken av en medisinsk avdeling ved et lokalsykehus til psykiatrisk behandling. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 38: 57-62
- Haakenaasen K og Ugelstad E (1991): What is effective in the psychosocial treatment of younger, chronic schizophrenic inpatients? A 10 years follow-up study. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 40 (4): 255-265.
- Kvale, S (1992): Psychology and Postmodernism London: Sage publ.
- Nessa, J (1993): Kropp og språk – og litt amatørfilosofi.
- Kirkeengen A L og Jørgensen J (1993): Medisinsk Teori Oslo: Tano.
- Pedersen P B, heggstad T og Bergsland K H (1994): Samdata psykiatri. Sammenligningsdata for psykiatrisk fylkeshelse-tjeneste 1992. NIS-rapport 1/94. Trondheim: Norsk institutt for sykehus-forskning.
- Perry J W (1987): The Self in Psychotic Process. Dallas, Texas: Spring publications, inc.
- Seikkula, J and Sutela, M (1990): Coevolution of the Family and the Hospital: The System of Boundary. *Journal of Strategic and Systemic Therapy* 9(2): 34-42
- Seikkula, J (1994): Behandling av førstegangs-psykotiske i Vestre Lappland, Finland. Foreløpig meddelelse, Tornio, sept 1994.
- Shotter, J (1993): Cultural politics of everyday life Buckingham: Open univ press.
- Søgaard, K og Sørensen, T (1994): Decentralizing psychiatry in rural area: Changes in patterns of care. *Nordic Journal of Psychiatry* 48(3): 193-202.

HØST TILBUD

EKG CARDIOFAX 8110 3-kanals

m/tolkningsanalyse kr. 41 697,-

÷ Høstrabatt kr. 4 197,-

Tilbudspris inklusive moms kr. 37 500,-

Dette er bare ett av våre mange gode høst-tilbud, gjeldende t.o.m. 30.11.1995.

as NorMedica

Ole Deviks v. 2
P.b. 94 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 07 65 50
Fax: 22 07 65 05

Travbanev. 1
7005 Trondheim
Tlf.: 73 82 64 50
Fax: 73 82 64 60

Bjørndalsjordet 67
3736 Skien
Tlf.: 35 59 90 89
Fax: 35 59 53 85



Vi trenger oto/oftalmoskop i Latvia

Våre allmennpraktiserende kolleger i Latvia arbeider uten oto/oftalmoskop. Det er kun privilegerte privatpraktiserende leger i Riga og spesialister i øre-nese-hals sykdommer på sykehus som har tilgang på slikt utstyr. Sovjetunionen greide å bringe sine menn ut i verdensrommet, men ikke å utstyre sine leger til å se sine pasienter i ørene.

Manglende diagnostisk utstyr har store konsekvenser. Over-og underdiagnostisering er vanlig. Otitismedia akuta hos et barn på landsbygda i Latvia er ensbetydende med intramuskulær antibiotikainjeksjon fire ganger daglig i en uke. Dersom det er vanskelig for pasienten å komme til lege, blir vedkommende som regel innlagt på nærmeste sykehus for videre behandling. Mye unødig og tildels farlig behandling kan unngås dersom otoskop hadde vært tilgjengelig.

Kunne det være på sin plass med en innsamlingsaksjon for å skaffe tilveie brukbare oto/oftalmoskop? Jeg har et forslag: De innsamlede otoskop kunne doneres til den nystartede Allmennpraktiserende legers forening lokalt i Ogre distrikt. Der har vi 18 medlemmer som kunne kjøpe de inn-

samlede otoskop til en sterkt redusert pris. (Det er mulig for de ansatte å låne kroner 500 rentefritt i kommunen). Pengene kan plasseres i et slags allmennpraktikerfond, og komme lokalforeningen til gode i form av mulighet til å invitere gjesteforelesere på de månedlige møter eller andre faglig nyttige tiltak. Seksjon for helsetjenesteforskning og det prosjekt vi driver med i Latvia vil påse at otoskopene kommer de riktige personene til gode.

Norske helsemyndigheter har siden 1993 vært engasjert i Latvia, primært for å støtte opp under utarbeidelsen av helseplaner i Ogre fylke, og det siste året også gjennom å starte opp et lokalt helsesenter i Madliena i Ogre fylke. Undertegnede og jordmor Anne-mette Risgaard er stedlige representanter for prosjektet i Madliena. Helsetjenestene i Latvia, som i andre gamle Sovjetrepublikker, er sykehusorientert og spesialistdominert. Primærhelsetjenesten har ikke utviklet seg i de siste tiår.

Litt om de allmennpraktiserende leger i Latvia og lokalt i Ogre fylke

Ogre er et av 16 fylker i Latvia.

Det grenser til Riga by som med sine ca. 1 million innbyggere rommer omlag 40% av befolkningen i Latvia. Det bor 64 000 mennesker i Ogre fylke, hvorav 24 000 i Ogre by.

Det er et fylkessykehus i Ogre by og flere lokalsykehus i distriktet omkring. I Madliena, der Norge-Latvia helseplanprosjekt har vært med på å opprette et helsesenter, er det et lokalsykehus med ca. 36 senger. Sykehuset dekker et befolkningsgrunnlag på ca 19 000 innbyggere. Det fungerer mest som et kombinert pleiehjem og sykestue.

Det er generelt vanskelig å skaffe informasjon i Latvia om styre og stell. Det gjelder også i legespørsmål. Allmennpraktiserende leger har eksistert som egen spesialitet i vel tre år. Tallet er ca. 200, men det er tvilsomt om alle praktiserer i denne spesialiteten. De fleste er i privat praksis i Riga. I Latvias eneste utdanningsinstitusjon for leger er det nå mulighet til å spesialisere seg i «general practice». Dog er det ingen allmennpraktiserende leger til å undervise, heller ikke finnes det praksisplasser.

Det er et overskudd av leger i Latvia. Leger i andre spesialiteter er redde for øket konkurranse. Lokale helsemyndigheter gir ikke



Stein Vaaler, Terje Møinichen (red.)
Pris kr. 245,-

**Anmeldt av kommunelege
Jan Eggesvik, Alta.**

Diabetes er en sykdom som i flere år nå er omfattet med stor interesse i det medisinske miljø. Resultatene fra de store studiene som fastslår at god diabeteskontroll forebygger seinkomplikasjoner har ytterligere satt fokus på nytteverdien av kvalitetssikring og faglig oppdatering blant helsepersonellet.

Norske diabetologer og forskere har hele tiden holdt følge med utviklingen og gitt ytterligere bidrag til fremgangen i fagområdet

Diabeteshåndboken

med diverse tidsskriftspublikasjoner. Videre har NSAM's handlingsprogram sist revidert våren -95 gitt utmerkede praktiske retningslinjer for gode behandlingsrutiner.

Undertegnede har imidlertid savnet en samlet, oppdatert bok om diabetes som også ivaretar muligheten for grundigere fordypning, og har lest Diabeteshåndboken med stor interesse. Det er valgt en form der de forskjellige temaene belyses av en lang rekke bidragsytere fra det aktive norske diabetesmiljø. Sammensetningen og oppbyggingen av boken gir likevel en helhetlig fremstilling. Boken er lettlest og etter hvert avsnitt gir forfatterne anbefalinger om videre lesning av blant annet sentrale tidsskriftsartikler.

Denne formen gjør at man med Diabeteshåndboken som grunnlag kan finne de referansene

som etter solide faglige vurderinger danner basis for dagens kunnskapsnivå om sykdommen.

Det er vanskelig å fremheve noen kapitler spesielt. Etter min mening holder boken jevnt over meget høy kvalitet. Lay-out, fargebilder og plansjer er innbydende presentert.

Diskusjonen om de forskjellige behandlingsalternativer fortsetter og nye forskningsresultater om diabetes publiseres fortløpende. Det er derfor gledelig at redaktorene har en målsetting om hyppig revisjon av boken.

Diabeteshåndboken anbefales på det varmeste til alle med interesse for sykdommen!

Jan Eggesvik
Kommunelege
Spesialist i allmennmedisin
Helsesenteret 9500 Alta

allmennpraktiserende leger muligheten å starte opp.

Som et ledd i helseplanleggingen for Ogrer fylke har Norge-Latvia prosjektet støttet etterutdanningen av i alt 17 leger som ønsker å arbeide som allmennpraktikere. De fleste av disse legene har vært spesialister enten i indremedisin eller i pediatri og arbeider utenfor sykehus på lokale poliklinikker. De har derfor et godt kjennskap til de lokale forhold, bor i nærmiljøet og er stabil arbeidskraft. Derfor skulle de ha gode forutsetninger til å utvikle seg til dyktige allmennpraktiserende leger.

Gjennom et tre måneders kurs har disse legene fått sertifikat som allmennleger. Deres behov for etterutdanning er stort, og de strever med identitetsproblemer. De har ikke et klart bilde av allmennlegers funksjon i andre land, men

ser behovet for en generalist som pasientens første møte med helse-tjenesten, særlig på landsbygda. Men dette er nye toner i et land der både leger og befolkningen har vennet seg til at barn per definisjon skal behandles av barneleger. Det er bare 18 allmennleger i vårt fylke som altså dekker ca. 64 000 mennesker. Forøvrig har et tyvetalls barneleger i Ogrer også et stort behov av oto/oftalmoskop. Vi startet den nye lokalforeningen i februar måned dette år og har siden hatt månedlige møter.

Det er 17 kvinner og én mann i vår lokalforening for allmennpraktiserende leger. Deres månedslønn er ca. 50-100 lat. per måned, hvilket tilsvarer 600-1200 kroner. Dette er på nivå med en gjennomsnittlig lønnsinntekt for arbeidstakere i Latvia.

Deres arbeidsdag tilsvarer

omlag vår, men de har kortere kontortid og flere hjemmebesøk. De fleste føler seg meget overarbeidet. Det er ikke tid til å tenke på forebyggende virksomhet, den kurative delen tar all oppmerksomhet og tid.

Herved er utfordringen fremført. Oto/oftalmoskopene kan sendes til seksjon for helsetjenesteforskning ved Liv Welde Johansen, Geitmyrsv.75, 0462 Oslo (TEL 22 04 23 62). Vi vil orientere Utposten om givergleden!

Øyvind Juris Kanavin
Koordinator i Norge-Latvia
helseplanprosjekt
Adresse: Rukisi-6, Madliena
Ogres rej, LV 5045, Latvia,
telefon 095 371 503 9067



G.N. MARSH

Efficient care in general practice or: How to look after even more patients

Oxford General Practice Series, no. 21
Oxford Medical Publications
Oxford University Press, New York
1995

164 s.

Effektiv allmennpraksis – les og lær!

Dette er en bok av den typen du leser og tenker – dette bør andre også få nytte godt av. Ikke fordi den forklarer deg hvordan du kan ta ansvaret for en større pasientpopulasjon eller greie å behandle flere pasienter pr. dag, for det forteller den også. Men fordi den behandler nær sagt alle aspekter av en allmennpraksis, gir forklaringer på hvorfor mange ting går for tregt og så kommer med lure løsninger og kjekke tips om hvordan tingene kan takles lettere. Her er noen eksempler:

- å dele på arbeidsmengden
- teamarbeid
- hjemmebesøk
- vanlige kliniske problemstillinger
- reseptpress
- faste medisiner
- forbyggende helsearbeid
- personalarbeid
- begrensninger av pasientpopulasjonen
- utekontorer
- effektive journaler, manuelle og data
- planlegging av inventar og utstyr
- hvordan jobbe fort (effektivt)
- telefonbruk
- pasientmedvirkning

- studentundervisning (turnus-kandidat)

Et engelsk allmennmedisinsk team kan bestå av en rekke personer. I tillegg til tre-fire leger kommer sekretærer, helsesøstre, hjemme-sykepleiere, jordmødre, farmasøyt, barnepleier osv, i alt opptil førti personer. På en forbløffende måte forklarer G.N. Marsh hvordan et så stort antall personer kan samarbeide i et effektivt og ressurs-besparende team, hvor hver enkelt gjør det som er naturlig og i sam-svar med kvalifikasjoner og inter-esser, ikke bare det de eventuelt får seg tildelt i en arbeidsinstruks. Mange norske leger vil nok reagere på at f.eks. sykepleiere tar cytolo-giske prøver og kontrollerer spira-ler og at jordmødrene tar de fleste svangerskapskontrollene. Men alli-kevel er det legene som trekker i trådene, overvåker og styrer behandlingen og driften av sente-ret og tar ansvaret for den omsor-gen som gis. Mye artig statistikk viser forskjellen på norsk og eng-elsk allmennpraksis. I 1969 fore-tok engelske allmennpraktikere 9,1 hjemmebesøk i gjennomsnitt, nå er tallet sunket til tre-fire besøk pr. dag. Konsultasjonene er fort-satt kortere enn i Norge, men utviklingen har gått i retning av færre henvisninger til sykehus eller spesialist, mer og bedre utstyr og flere typer undersøkelser i all-mennmedisin.

Hvert kapittel avsluttes med en betraktning om hvordan pasiente-ne opplever de forandringene og bestemmelsene som gjøres av tea-met, dokumentert med egen stati-

stikk. Alt virker derfor solid fun-dert og logisk riktig. I tillegg er det lagt stor vekt på informasjon og god kommunikasjon med pasien-tene, en pasientorientert omsorg.

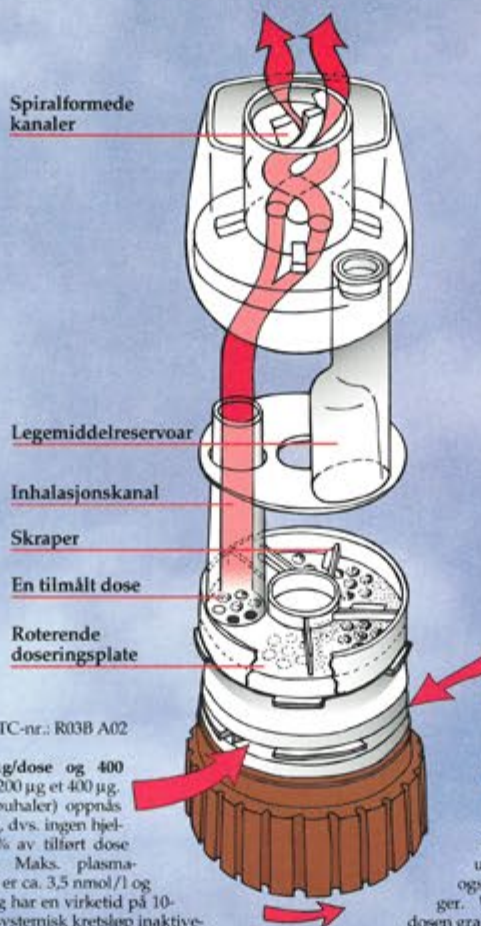
Som du kanskje har forstått, denne boken unner jeg alle å lese. Her er det meste av det du trenger å vite for å drive en effektiv og for-nuftig allmennpraksis.

Olav Thorsen
Klubbgt. 9
4013 Stavanger



God pust med mindre medisin⁽¹⁻⁵⁾

Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absorberes derfra^(2,5)



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. plasma-konsentrasjon etter inhalasjon av 1 mg budesonid er ca. 3,5 nmol/l og nås etter ca. 20 min. En enkelt dose på 100-1600 µg har en virketid på 10-12 timer. **Metabolisme:** Ca. 90% av dosen som når systemisk 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 halsirritasjon, hoste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candidainfeksjoner i munnhule og svelg kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervøsitet, uro og depresjon samt adferdsforstyrrelser hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved behandling med andre glukokortikosteroider). Hos enkelte pasienter på høy dosering er det påvist binyrebarksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. **Forsiktighetsregler:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøye. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinitt, eksem, muskel- og leddsmertor) på grunn av minsket generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med fornyet systemisk behandling. **Graviditet/amming:** Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes pga. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. **Overgang i placenta:** Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvingende nødvendig. **Overgang i 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 får 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 astmasymptomer 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 prednisolon (eller tilsv.) pr. måned til lavest mulig dose. I mange tilfeller vil det være mulig å substituere den perorale kortikosteroidbehandlingen helt med Pulmicort Turbuhaler. **Andre opplysninger:** Hver dose tilføres ved vridning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Det er viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munnstykket, selv om kravet til inhalasjonsteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol. Pasienten trenger hverken kjenne noen smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden av dette i en dose er meget liten. Det er viktig å instruere pasienten i å skylle munnen godt med vann og spytt ut etter hver dosering. **Pakninger og priser:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 315,10. 200 µg/dose: 200 doser kr. 508,40. 400 µg/dose: 50 doser kr. 293,30, 200 doser kr. 854,30. (01.01.95) **T:2 Punkt for godtgjørelse** iflg. § 9 i Forskrifter om godtgjørelse av utgifter til viktige legemidler.

Referanser:

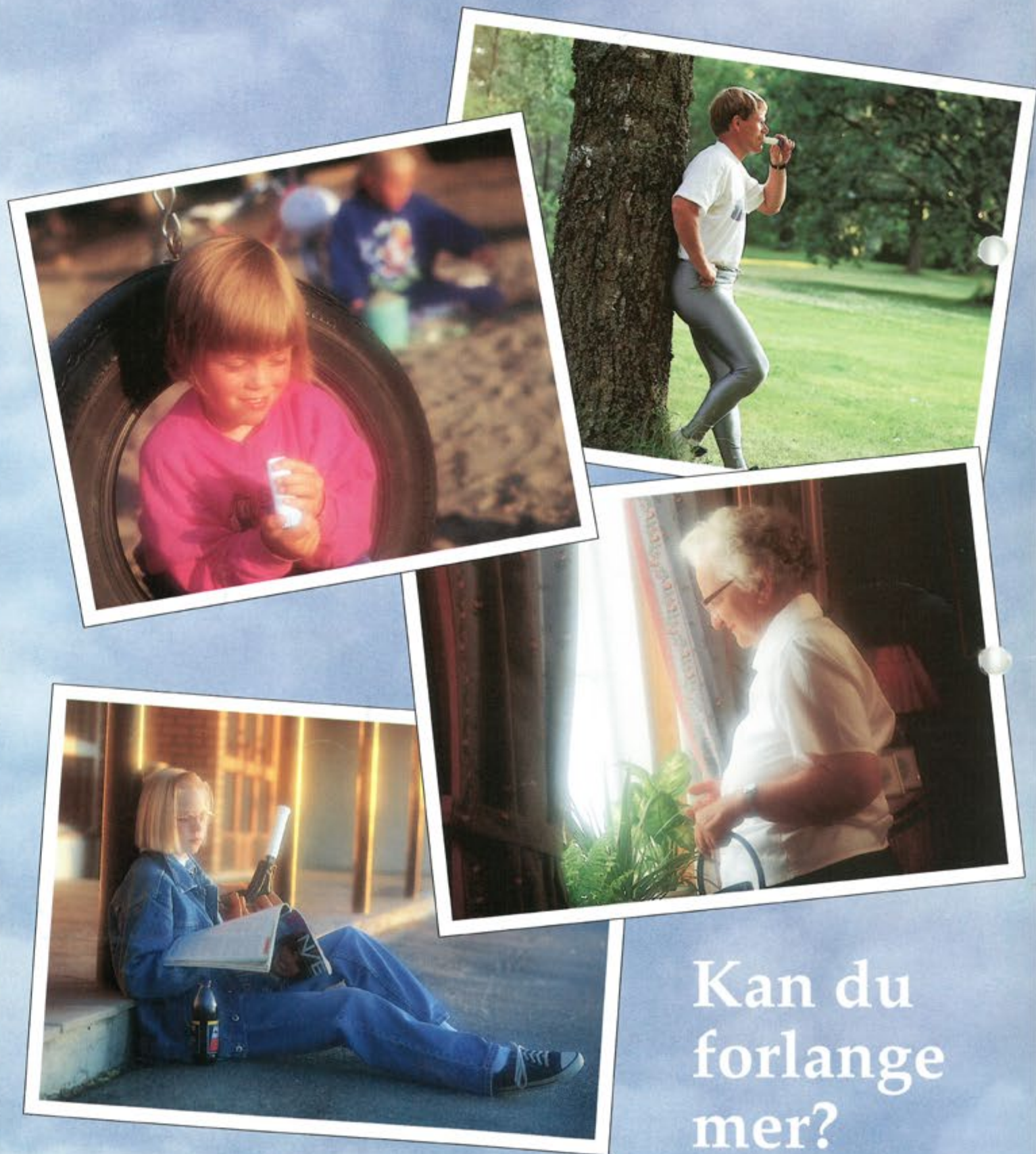
1. Derom E., Wählin-Boll E., Borgström L., Pauwels R. Thorax 1994;49:A402.
2. Felleskatalogen. 3. Agertoft L., Pedersen S. Resp Med 1994;88:373-81. 4. Haahtela T., Marikku J., Kava T., Kiviranta K., Koskinen S., Lehtonen K. et al. Effects of reducing or discounting inhaled budesonide in patients with mild asthma. The New England Journal of Medicine 1994;331:700-5. 5. Thorsson L., Edsbacker S., Conradson T-B. Eur Respir J. 1994;7:1839-44.

Budesonid
Pulmicort®
Turbuhaler®

ASTRA
Astra Norge

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

Studier viser at pasienter foretrekker Turbuhaler® fordi den er så enkel å bruke^(1,2)



Kan du
forlange
mer?