

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1

1996

ÅRGANG 25



**Leger uten grenser
– marked uten grenser**

Nr. I, 1996

3 *Sonja Fossum*
Leder: Medisinens triumf

4 *Reidun Førde*
Fagleg spalting hos legar – ein uboteleg tilstand?

8 *Per Hjortdahl intervjuet av Geir Sverre Braut*
Primærlegene inn i sykehusene!

10 Utposten jubilerer – 25 år!

10 Smil i hverdagen

11 Utpostens Skarven-pris til John Leer

14 *Henrik Brochmann*
«Utsikt fra Nærøy» Kombinasjonslege i en
uktantkommune

22 *Anders Grimsmo*
Helsefremmende og forebyggende arbeid
i et tidsskifte

26 Ny helseminister Hernes

28 *Frode Heian*
Fastlegen som forebygger

32 *Lars Moland*
Praksislærarar på tur til Nederland og Belgia!

35 Løvetannprisen 1995 til Eli Berg

36 *Johnny Mjell – leserbrev*
Feilaktig og provoserende om primærlege-
tjenesten i Vestfold

37 *Hans Knut Otterstad – leserbrev*
Tilsvar til Johnny Mjell

38 *Dag S. Thelle*
«The laterals»

39 *Fred Andersen – leserbrev*
Om å være et medmenneske

40 *Anne Luise Kirkengen*
Dublin uten Grand Prix – går det an?

44 *Utpostens EDB-spalte*
Prosedyrepermer – igjen

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

Annonsør:

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

Abonnement:

Kr 325,- 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

Medisinens triumf

Med jevne mellomrom slås det til lyd for at humanistiske fag må få større innpass i medisiner-utdanningen. Senest i julenummeret av tidsskriftet for Den norske legeforeningen ble det argumentert for at studiet bør inneholde undervisningsopplegg i litteratur (1). Mitt førstevolg til obligatorisk pensum ville i så fall ikke være Proust eller Saint-Exupéry, begge fremhevret av artikkelforfatteren, men en tredje franskmann, Jules Romaines – mer presist, hans komedie, «Knock ou le triomphe de la Médecine» (2).

Stykket handler om medisinens inntog i en provins utenfor Paris i forbindelse med at den nyutdannede legen Knock overtar en praksis. Hans forvissning om en innbringende fremtid blir i første omgang gjort til skamme i møtet med en kjernesunn bondebefolkning. Han er imidlertid ikke rådlos; bare en egenskap er sterke blant bøndene enn helsen: deres gjerrighet. Så når Knock annonserer gratis konsultasjoner, møter de opp. Han tapetiserer kontoret med detaljerte anatomiske plansjer; med lett bekymret rykking av pannen spor han dem ut, undersøker, tar blodprøver, lytter og banker, mens han forsikrer at de endelig ikke må bli urolige, dette går nok bra.

Selvfølgelig triumferer medisinen. I møtet med så meget omsorg i en verden så fylt av uante, kun dulgt antydede lidelser er befolkningen forsvarlös; på kort tid er den blitt tvers gjennom sykdomsfiksert. Han er sikret en blomstrende praksis, ja selv det lokale hotellet må gjøres om til sykestue. Vi kan lære mye av Knock. Forresten er vi ikke så verst flinke selv. Man kunne være fristet til å tro at våre helsepolitikere i WHO hadde studert Jules Romaines komedie fra 1923 da de lanserte sin definisjon av helse, som innebar at vi alle til enhver tid er mer eller mindre syke, og dermed la det moderne samfunn åpent for sykdomsindustrien. Som vår penneføre professor i sosialmedisin skarpsindig uttrykker det i samme nummer av tidsskrifter (intet julenummer uten hans velformulerte visjoner): «Ved å bekjenne seg til et grenseløst helsebegrep ... innbyr medisinens til et enormt behov for seg selv» (3).

Ja, nettopp, det har vært en tvers igjennom vellykket definisjon, behovet overgår all forventing, vår triumf er total. Vi har fått en oppblomstring av medisinske tilbud, vi har mammografikklinikker, osteroporosklinikker, kolesterolklinikker, vi har tallrike store, flotte og kostbare screeningprogrammer, you name it. Selv om etterspørselen etter våre tjenester allerede er blitt endelos, finkjemmer vi terrenget etter nye, udekkeide behov. Vi har fått frembrakt en lang rekke lidelser man ikke engang hadde hørt om tidligere, og som ingen kjenner der lededeckningen er svakere eller den sosialmedisinske bevissthet enn ikke tilstrekkelig utviklet. Vår makt er uimotståelig: jo flere leger, jo flere syke. Og jo

flere syke, jo flere leger. Det er positiv feed-back i en vidunderlig spiral. Vi ligger på verdenstoppen i sosialmedisinsk velferd, og på toppen i andel uføretrygde. Vi ligger på verdenstoppen i legedekning, målt i antall leger per tusen innbygger. Likevel må vi nå foreta en kraftig økning av utdanningskapasiteten av leger. Og så snedig er det at det betraktes som usint å stille spørsmålstegn, f eks ved nødvendigheten av bevisstlos HIV-screening av gravide; det er jo kollegers levebrød man rokker ved.

Gavner vår faglige aktivitet først og fremst oss selv? Vi kan antyde det overfor hverandre i lystige lag, i de melankolsk-filosofiske tidlige nattetimer. Men bør vi ikke la det bli med det? Er det ikke ujennomtenkt, uklokt, ja likefrem skadelig for medisinens renommé å gå ut med slike tanker offentlig? Problemet er at verden er fylt av ufine kolleger; om ikke annet må vi kjenne til deres lumske anslag mot vårt edle virke, slik at vi kan forsvare oss når de kommer. Ta f eks den svenske ryggspesialisten Alf Nachemson. På et seminar, «Helse i det moderne samfunn», i Stockholm i høst ble han spurta om hvorfor leger opererer ryggpasienter, når vi vet at 68% av operasjonene mot diskusprolaps av lengre varighet får et dårligere resultat enn ikke-opererte og 23% krever ytterligere operasjoner. Nachemson svarte med et lysbilde over kurver som viste en presis korrelasjon mellom antall ryggoperasjoner og prisstigningen på en mercedes.

Vi har mer nærliggende eksempler på slik ukollegial adferd. Som svar på et nylig innlegg i Utposten om nødvendigheten av helsestasjonskontroller, tok kollega og medredaktør Petter Øgar (4) til motmåle mot unødvendig sykligjøring! Åpenbart har han ikke skjønt at det ikke er noe som heter unødvendig sykligjøring, tross alt må vi være sikret et levebrød, og et riktig godt sådan. Andre hevder at medisinens må ta i bruk mer gammeldags metoder og dyder som at leger skal behandle minst mulig. Ja, de går likefrem så langt som å si at leger stort sett skal begrense seg til å utelukke alvorlige sykdommer, undersøke hvordan pasienten har det på jobb og hjemme og ellers oppmuntre folk til å ta fatt igjen. Og at 70% av alle sykdommer kan forebygges, at folk blir syke av å røyke, spise feil og drikke for mye. Problemet er at dersom vi virkelig gjør noe med slike ting, dvs tar forebyggende medisin alvorlig, ja da undergraver vi vår egen virksomhet, svekker grunnlaget for butikken.

Nei, la oss satse helhjertet på helhetssyn: ikke noe menneskelig doméne må være medisinens fremmed, hele mennesket er vårt ansvar (les: marked), og vårt alene. Så la oss klamre oss til WHOs definisjon av helse så lenge vi kan, med vår egen praktiske lille viri: en person er bare frisk når det kan bevises at han ikke er syk. Sagt med andre ord: en frisk person er en person som ennå



ikke har blitt tilstrekkelig undersøkt. Så skal det gå oss riktig godt, butikken skal blomstre, og i hvert fall vi skal leve lenge i landet.

Eller skal vi det? I dette nummeret hevder Reidun Førde (5) at det koster å drive butikk basert på helhetssyn, at vi må forvente å betale regninger vi kanskje ikke hadde regnet med, at vi kan bli stilt overfor ansvar vi neppe vil påta oss. Som hun skriver: «Vi er i ferd med å komme inn i en situasjon der ikke lenger skjebnen, men helsevesenet står ansvarlig for sykdom og skade». Hun forteller at de i USA, der helsebutikken er drevet mer intenst over lengre tid enn her, har fått et nytt begrep: «wrongful life». Et begrep åpenbart skapt av advokater, som også vil drive butikk, og som er enda flinkere til det enn vi er. Foreløpig er bruken av *wrongful life*-begrepet begrenset til erstatningsansvar overfor et individ født med handicap, der det omnipotente helsevesen anses å ha sviktet ved ikke å ha sørget for at det erstatningsberettigede individ ble abortert! Men det er vel bare en begynnelse, snart er vi erstatningspliktig overfor all sykdom og skade. Som den penneføre skriver (3): «Sykdom betyr bare at det ikke er investert nok medisinsk-tekniske ressurser i din helbredelse».

Det kan visst bli dyrt å drive butikk, uhemmet. Dersom vi da ikke heretter skal kreve skriftlig ansvarsfrifatt fra alle som, etter at vi har gjennomundersøkt og tappet dem anemiske til alle blodprøvene våre, nekter å følge vår anbefaling om å holde seg inne i sofaen og gniske jern-tabletter og gulerøtter, iført sykkelhjelm, redningsvest og kondom.

Fouje *Fossum*

Litteratur:

1. Frich JC. På sportet av en litterær medisin – En introduksjon til fagfeltet litteratur og medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 30, 3773
2. Romaines J. Knock ou Le triomphe de la Medecine. Editions Gallimard 1924
3. Fugelli, P. Medisin og modernitet. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 30, 3832
4. Øgar P. Helsekontroller til besvar. Utposten 1995; 7: 341
5. Førde R. Fagleg spalting hos leger – ein ubotleg tilstand. Utposten 1996; 1: 4-7

Fagleg spalting hos legar – ein uboteleg tilstand?

Tekst: Reidun Førde



Spesialist i allmennmedisin. Medisinsk doktograd i 95. I fleire år har eg nå hatt 1/5 stilling på Frogner helsecenter, hovedstilling frå 1/2-95 som forskar ved Legeforeningens forskningsinstitutt og frå 1/9-95 1/5 amanuensisstilling ved Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Eg opplever kombinasjonen av desse oppgåvene som uhyre privilert og noko som gir meg muligheter til å konsentrere meg om spenningsfelta klinisk medisin, vitenskapsteoril etikk og helsepolitikk både i forskning og i undervisning.

Mange som arbeider i klinikken føler seg stadig oftere frustrerte. Det synest å vere ei flukt bort frå institusjonar over i privatpraksis der inntektsevna blir betra og den faglege autonomien synest større. Høgkompetent ekspertise og arbeidskraft flyttar bort frå område der det objektive behovet for hel-

setenester er størst, til område der innteningsevna til den einskilde legen er størst. Dette er alvorleg både i eit samfunnsøkonomisk og solidarisk perspektiv. Økonomiske innstrammingar som gjer at sjukhuskolleger blir klemt mellom faglege ideal, helseøkonomiske krav om stadig større effektivitet og krav til feilfri diagnostikk og behandling gjer likevel slike reaksjonar forståelege.

Mange som arbeider i allmennpraksis stiller stadig oftere spørsmål ved meiningsa med det vi driv med. Også dette kan sjåast på som eit alvorleg symptom, men også som eit tegn på fagleg sunnhet fordi spørsmåla er ein viktig føresetnad for at årsakene til den faglege frustrasjonen kan finnast og gjerast noko med. Denne artikkelen er tenkt som eit bidrag til dette.

Slik eg ser det, lir stadig fleire legar i dag av fagleg spalting. Dette er tydeleg på to område. For det første lever vi i ein konstant konflikt mellom idealet om ein best muleg helsetilstand blant folk slik at færrest muleg går til doktar, og ønsket om størst muleg inntekt. Dette er ein konflikt mellom medisinsk ideologi og marknadsstenking (1) som kan minskast ved endringar i takstsystemet og ved betra organisering av helsevesenet dersom det er fagleg og politisk vilje til det.

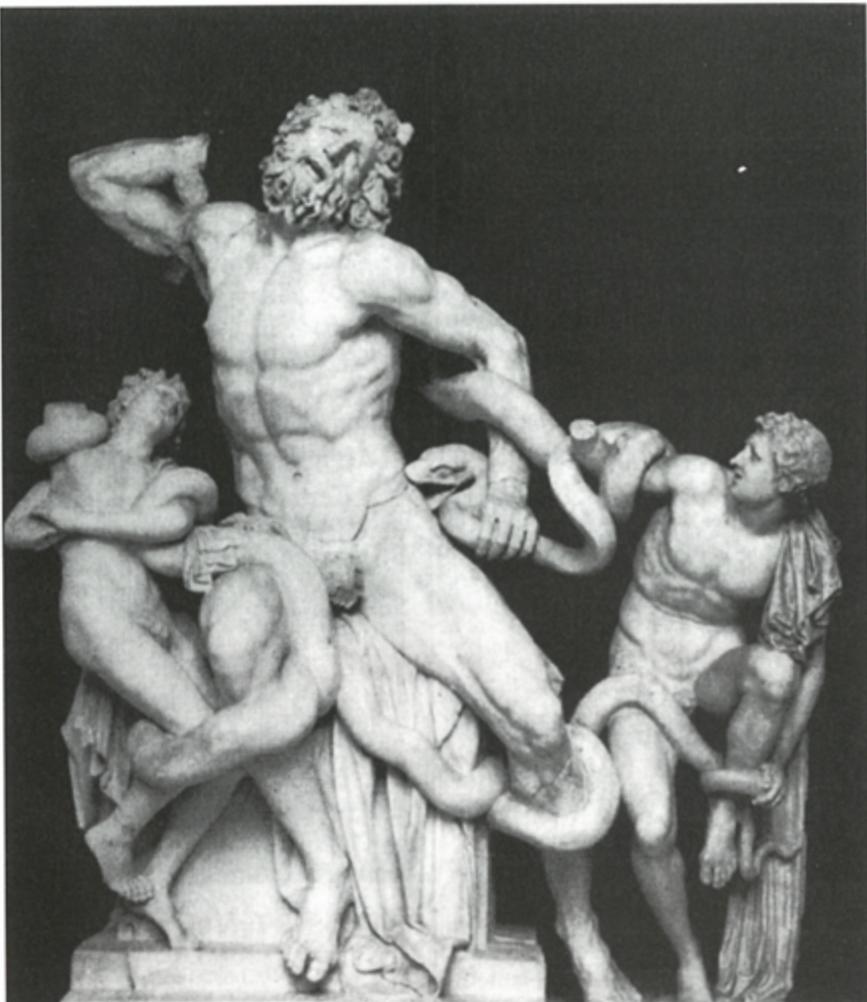
Den andre konflikten har sammenheng med den første. Dette er konflikten mellom på den eine sida ønsket om å bruke arbeidsdagen på «skikkelege» sjukdommar og å unngå unødvendige «ikkjemedisinske» tilstandar og på den andre sida ønsket om å førebygge liding og truslar mot framtidig liv og helse hos friske folk. Medisinen

si tradisjonelle oppgåve er å gjenopprette normalitet, å gi lindring, trøyst og behandling. Den moderne førebyggande medisinen er i ferd med å legge stadig større vekt på risiko og framtidig sjukdom hos friske folk, dels er den også i ferd med å endre oppfattinga i samfunnet av normalitet og kva som kan tolererast og levast med. Gjennom dette kan medisinen komme til å skape frykt heller enn å lindre liding, svekke folk si evne til eigenomsorg og ta ansvar for stadig fleire område av menneskelivet (2).

Framskritt i medisinsk behandling bør bygge på to område av moderne medisin, biomedisinsk forskning og klinisk etikk (3). Sjølv om dette er to skilte område, er dei uløyseleg knytt sammen i behandlinga av den individuelle pasienten. Biomedisinsk forskning si oppgåve er å skildre normal og patologisk struktur og funksjon, å finne effekt av medisinsk intervensjon og å gi prognostisk informasjon (3). Etikken si oppgåve er å seie noko om kva som bør bli gjort. Særleg i dag når medisinen er blitt så potent, er spørsmålet om kva som ikkje bør gjerast sjølv om det teknisk sett er muleg, stadig viktigare. Verdiar ligg implisitt i alt vi gjer, i all medisinsk intervensjon, den kurative så vel som den førebyggande. Vitenskapelege og tekniske kunnskapar om dei er aldri så gode og sanne, bør derfor ikkje styre utviklinga åleine. Den store utfordringa for oss klinikarar er å sjå korleis «sanne kunnskapar og nyttige intervensjonar» applisert på einskilde område kan ha uønska bivirkningar og forverre opplevd eller objektiv helse i eit større perspektiv (3). Her må etik-

ken og klinikken hjelpast åt. Ei einsidig vektlegging av berre den eine av desse to søylene i fagutviklinga, den biomedisinske utviklinga, har gitt oss ein ubalanse som det er viktig å gjenopprette. Dette kan komme til å føre til at vi må stille smertefulle spørsmål med deler av medisinsk verksemd og at ei slik kritisk tenking kan komme til å underminere det økonomiske grunnlaget vårt.

Den tyske sosialfilosofen Luhmann har skildra det moderne samfunnet som risikosamfunnet (4). Han hevdar at fokuseringa på risiko i dagens samfunn er i seg sjølv ein risiko. I risikosamfunnet sin tenkemåte blir einskildindividua sine rasjonelle val tilsynelatande avgjerande, bl.a. for framtidig sjukdom og død. I kjølvatnet av denne forma for tenking føl auka behov for kontroll, mindre toleranse for det usikre og mindre toleranse for avvik frå normalitet. Dette er ei form for tenking som pregar moderne menneske på dei fleste livsområde, ikkje berre når det gjeld sjukdom og helse (4). Medisinen fell fint inn i mønstret, og den medisinske tenkemåten har makt fordi den grip så djupt inn i liva til folk. Når stadig fleire sammenhengar mellom livsstil og helse blir kjent, blir rasjonelle val og behov for kontroll der noko kan kontrollerast tilsynelatande stadig viktigare. Den auka vektlegginga av rasjonelle val, av personleg kontroll og ansvar, har skapt grobotn for det moderne medisinske overvakingsmaskineriet (5). Dette har også skapt grobotn for skuldkjensle, anklager og skam hos einskildindividet når sjukdom og liding likevel hender (6). Befolkinga lever i angst for ikkje å ha levd rett eller kontakta helsevesenet ofte nok slik at dei blir skulfrie når liding og død skal forklairst. Vi får ein medisinsk ekspansjon som overvakar, regulerer og kuar individ i namnet til helsa (6-8). Mange helsearbeidarar og folk flest opplever dette som framskritt, som noko som gir kjensle av større



Laokoon gruppen.

tryggleik og som derfor er nødvendig og noko ein bør ha. Å stille spørsmål rundt helsetilbod er ikkje lett, for det første fordi det alltid finst argument for at det meste kan ha medisinsk nytte, og for det andre fordi folk flest vil ha det og gjerne betalar dyrt for å få det. La meg ta utgangspunkt i to eksempler.

Ultralydscreening av alle gravide har vore eit tilbod til alle norske kvinner i omlag ti år. Bortsett frå at tidleg patologi kan diagnostiserast hos omlag halvparten av dei som er bærarar av slik patologi, er det ikkje påvist nytte av ultralyd som rutineundersøking i svangerskap med omsyn på morbiditet og mortalitet (9). Likevel er dette ei helseteneste som dei aller fleste gravide kvinner ser på som ein rett og som ein tryggleik. Det er eit etisk problem knytt til dette som handlar om meaningsfull bruk av ressursar. Eit anna etisk problem er

at vi kan komme til å skape falsk tryggleik og minske folk si evne til å leve med den usikkerheita som alltid vil vere knytt til svangerskap og fødsel. Korleis virkar dei auka evnene og behova for forsikring av normalitet via medisinske tenester inn på folk si evne til å ta livet slik det kjem og til å godta avvik frå det som er 100 % normalt? Foreldra skal få avgjere, det er dei som best veit kva dei orkar med. Dette er eit omkvede som det er lett å slutte seg til. Problemets er at det teknisk mogelege vil påverke eit slikt val hos det einskilde foreldreparet og truleg også på sikt synet på avvik og skader i samfunnet generelt. Ein ny type problem oppstår, behovet for ikkje å oversjå lyter og feil i svangerskapet som kan oppdagast ved hjelp av bildediagnostikk og anna screening slik at ein i ettertid kan hamne i rettsalen. «Wrongful birth»- rettsaker,

dvs klager mot helsepersonell som har oversett eller lete vere å informere om feil i svangerskapet slik at eit defekt barn er blitt fødd, er ikkje uvanlege i USA (10).

«Wrongful life» er eit omgrep brukt i rettsapparatet der foreldra på vegne av barnet søker om skaderstatning for avvik det er påført som resultat av manglande diagnostikk. Vi er i ferd med å komme inn i ein situasjon då ikkje lenger lagnaden, men helsevesenet står ansvarleg for sjukdom og lyte (10). Ny diagnostikk vil etter all sannsynlegheit gjere at fleire og fleire tilstandar kan diagnostiserast in utero. Her går vi medisinarar etter mitt syn inn i eit felt som er på grensa av vår oppgåve og som er etisk problematisk.

Ultralydscreening er eit eksempel på eit felt der vi brukar ressurser på ei undersøking som manglar dokumentert nytte. Folk betalar gjerne for slike tenester. Høgkompetente klinikarar etablerer seg utanfor institusjonane og screenar foster tidleg og ofte i svangerskapet etter ønske frå velståande ressurssterke foreldre, dei som har minst sjanse for eit uheldig utkomme av svangerskapet (11) og som truleg best kan mestre eit slikt resultat. Den medisinske nytten er marginal, men det er truleg god butikk.

Andre screeningundersøkingar har usikker nytte og ein pris utover dei økonomiske (12). Screening av cervix-cancer har nyleg blitt sett i gang her i landet ut frå at nokon har hatt ei sikker tru på at dette er ei undersøking som vil spare mange kvinneliv. Nyleg blei det publisert ein artikkel i Lancet basert på 255 000 kvinner omfatta av eit screeningprosjekt av cervix-cancer frå 1966-1993. Forfattarane fann ikkje haldepunkt for ein sikker nytte av undersøkingane (13). Dette kan imøtegåast med at oppfølginga har gått over for kort tid og at mortaliteten av ulike grunnar kunne ha vore endå høgre om ikkje screening hadde blitt gjort (14). Det som likevel blir halde fram og som også er blitt

vigd stor plass i ein leiarartikkel i Scientific American (15) er alle dei falske positive prøvene som er eit resultat av at terskelen for å få ei avvikande histologisk diagnose har blitt lavare i løpet av dette tidsrommet. Normalitets-grensene er blitt snevra inn, og alt for mange kvinner blir gåande rundt med angst for å ha ei alvorleg lidning inntil dette blir avkrefta. I undersøkinga blei det funne avvik hos nesten 16.000 kvinner, og mange blei behandla for ein tilstand kanskje berre 200 kvinner faktisk hadde (og nokre av desse 200 blei ikkje oppdagata i screeninga). Igjen, dette er ei undersøking dei fleste kvinner vil ha, mange helst oftare enn det som blir tilrådd, og vi praktikarar utfører det. Det betyr pengar i kassa og store verdiar til private laboratorium. Det store spørsmålet er igjen, er dette ein aktivitet det er fagleg meiningsfylt å oppretthalde?

Snart kjem prediktive testar inn som tilbod til stadig fleire. Som ved all anna medisinsk intervensjon finns det gode argument for desse testane. Dei kan minske usikkerheit hos medlemmer i familiær med alvorleg familiær arv, og dei kan gjere folk i stand til å planlegge ei framtid med alvorleg sjukdom. Men kva er prisen?

Foster i reagensglas kan testast på alvorlege lidningar før dei blir implantert i uterus. Men kvifor skal berre slike foster og deira foreldre få dette tilboden? Kvifor får ikkje andre «ansvarlege» foreldre som ønskjer eit best muleg utgangspunkt for barna sine dette tilboden? Kva er prisen for dei frie vala og dei auka evnene til å kunne planlegge? Gjer denne forma for medisin oss friare reint eksistensielt? Er det etisk akseptabelt å bruke helsetenesteressursar slik? Kvifor skal ein ikkje gi folk desse tilboda om dei vil ha det og det i tillegg gir legar fleire økonomiske bein å stå på?

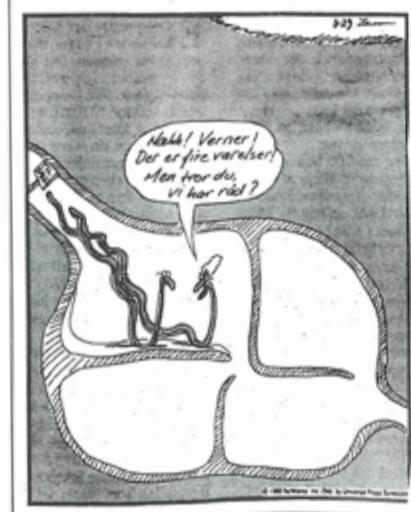
Ein pris er etter mitt syn at den medisinske identiteten kan komme til å bli underminert dersom vi

baserer praksis på innbringande tiltak med litra medisinsk nytte, men med store etiske implikasjoner. Dette vil også på sikt påverke befolkninga sitt syn på medisinen. Vi lovar sikkerheit, men kan aldri gi det. Den tilsynelatande auka sikkerheita som medisinen tilbyr er berre akkurat det – tilsynelatande. Ei historie som ein svensk onkolog fortalte frå eigen praksis på eit møte om prediktive testar nyleg, illustrerer dette. Det dreidde seg om tre kvinner som hadde mist mor si av brystkreft i ung alder. Den eldste dottera fekk brystkreft, og gjennom henne fekk dei to andre tilbod om testing på genet for brystkreft. Begge let seg teste, men berre den mellomste ville vite resultatet. Stor var glede då ho fekk vite at ho ikkje var berar av genet. Ho prøvde då å overtyde veslesøstera si om at det var betre å vite sikkert enn å leve i usikkerheit, og ho lukkast til slutt. Veslesøstera, som enno ikkje hadde fått barn, fekk vite at ho var berar og at ho burde få fjerna bryst og ovarier så snart som muleg. Derfor burde ho få dei barna ho ønska seg så fort som råd var. Den svenske onkologen som altså brukar arbeidsdagen til alvorleg sjuke menneske, var betenkta fordi ho såg kor mykje av denne unge kvenna sitt tilvære som nå blei prega av

Spoleorm i en komage.

LANGT UDE

Af GARY LARSON



panikken for ikkje å få barn. Det gjekk ikkje så lett å bli gravid. Den endelege brikka i denne tankevekande historia blei lagt då den eldste av søstrene som altså hadde brystkreft, blei testa og funnen ikkje å vere berar av brystkreftgenet.

Motiva for å screene og førebygge er ofte dei beste, men vi må vere villige til å problematisere kostnadane. Særleg der hovedindikasjonen for ei undersøking er at den driv lønna i været og der den dokumenterte nytten er marginal, er slike refleksjonar tvingande nødvendige. Før nye screeningar blir sett i gang bør både nytten av ein slik screening og kostnader, økonomiske så vel som ikkje økonomiske, dokumenterast skikkeleg (12,13). Å tru at førebyggande tiltak kan settast i gang uten at det også har ikkje-økonomiske kostnader, er i beste fall naïvt (12). Oppøving av evna til å stille kritiske spørsmål rundt etablert praksis er tvingande nødvendig både av medisinske og etiske årsaker.

Den andre måten som vi kan motarbeide tendensane til eit marknadsdrive helsevesen på er å kritisere det offentlege helsevesenet. Ein slik kritikk er ei plikt for dei av oss som ønskjer eit sterkt offentleg helsevesen. Denne kritikken må inkludere tilbakemeldingar til kolleger og helseadministratorar når helsetenesta fungerer umenneskeleg og unødig byråkratisk, men også ta omsyn til nødvendige kostnader av eit offentleg helsevesen slik som ventelister, prioritering av helsetenester og feil som er innbygd i all medisin (15). Ei opprusting og betring av dei offentlege tilboda vil minske behova for ein privat marknad.

Ein tredje strategi er å ruste opp det faglege verdigrunnlaget slik at det er nytten ved arbeidet som blir opplevd som det viktigaste ved det vi gjer heller enn kor mykje vi tener. Dette betyr ikkje at vi skal arbeide for knappar og glansbilde. Lønnskamp er svært viktig, men det bør ikkje vere den

einaste og viktigaste delen av fagforeningsarbeidet.

Så kan ein jo innvende at dette er problem som først og fremst gjeld spesialisthelstenesta, ikkje allmennpraksis. Vi har den lite takknemmelege, men viktige jobben som portnarar i helsetenesta. Ofte føler vi at vi taper i kampen mot private spesialistar med omsyn til fagleg tillit blant folk. Likevel, vi er også del av den medisinske ideologen, vi screenar og vi henviser. Refleksjonane over indikerer at denne portnarfunksjonen er viktigare enn noko sinne. Vi har også eit ansvar for å engasjere oss i den etiske debatten. Vi møter folk på grunnplaner, dei unødvendige konsultasjonane vi opplever så ofte, seier noko om folk sin angst og usikkerheit og om kor langt medikaliseringstendensen har komme. Dette er det vår etiske plikt å seie frå om, ikkje berre fordi vi er frusterte over at arbeidsda-

gen er fylt med banale klager og forventningar som vi ikkje greier å fylle, men fordi folk si mestringsevne og evne til å leve med usikkerheit kan sjåast på som eit viktig mål i eit velferdssamfunn. Det tener til lite å moralisere over «dumme» pasientar som dukkar unødig opp på legevakta, men vi har eit ansvar for å informere folk om kva dei kan vente seg av ulike undersøkingar, å informere om medisinens sine grenser og å gi folk mot til å greie opp i eigne liv også i sjukdom. Dette vil på sikt bygge opp respekt for faget både innanfrå og utanfrå. Ein medisin uten etiske perspektiv der innteningseva er det viktigaste drivande prinsippet, vil gjere at den faglege spaltinga aukar og kanskje glir over i verdiapati.

Reidun Førde
Legeforeningens forskningsinstitutt,
Lagåsen, 1324 Lysaker

Litteratur

1. Annas GJ. Reframing the debate on health care reform by replacing our metaphors. *New Engl J Med* 1995;332:744-7.
2. Illich I. *Medical nemesis. The expropriation of health*. London: Calder & Boyars Ltd, 1975.
3. Forrow L, Wartman SA, Brock DW, Science, ethics, and the making of clinical decisions. Implications for risk factor intervention. *JAMA* 1988;259:3161-7.
4. Luhmann N. *Risk: A sociological theory*. Berlin/ New York: Walter de Gruyter & Co, 1993.
5. Ogden J. Psychosocial theory and the creation of the risky self. *Soc Sci Med* 1995;40: 409-15.
6. Finerman R, Bennett LA. Guilt blame and shame: Responsibility in health and sickness. Overview: Guilt, blame and shame in sickness. *Soc Sci Med* 1995;40:1-3.
7. Skrabaneck P. *The death of humane medicine and the rise of coercive healthism*. Suffolk: Crowley Esmonde Ltd, 1994.
8. Solbakk JH. *Medisinens som møte-* sted og markedslass. Oslo: Forum, 1995.
9. Norges forskningsråd. Bruk av ultralyd i svangerskapet. Konsensuskonferanse. Rapport nr. 9 fra komiteen for medisinsk teknologivurdering, 1995.
10. Capen K. New prenatal screening procedures raise spectre of more «wrongful-birth» claims. *Can Med Assoc J* 1995;152:734-6.
11. Arntzen A, Magnus P, Bakketeig LS. Foreldres utdanningslengde relatert til dødelighet rundt fødsel og i første leveår. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988;108:3082-5.
12. Liss PE, Ludvigsson J. Prevention, etik och prioriteringar. *Läkartidningen* 1995;92:43-45.
13. Raffle AE, Alden B, Mackenzie EFD. Detection rates for abnormal cervical smears: What are we screening for? *Lancet* 1995;345:169-73.
14. Skegg DCG. Cervical screening blues. *Lancet* 1995;345:1451-2.
15. Gordis L. About benefits and costs. *Scientific American* 1995 Nov/Dec:4.
16. Førde R, Halvorsen M. Når noe går galt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114:358-60.

Primærlegene inn i sykehusene!

Primærlegen skal være bindeleddet mellom pasienten og systemet

Intervju med Per Hjortdahl, professor i allmennmedisin, Universitetet i Oslo

Intervjuet av Geir Sverre Braut



«Allmennmedisineren må kunne leve med usikkerhet»

– Medisinen er et viktig fag, ikke bare fordi den redder liv og kan lindre nød, men mest fordi den gir grunnlag for en helhetlig omsorg for mennesket. Den danner utgangspunktet, i alle fall i vårt land, for å gi hjelp til å la ethvert menneske ta vare på egen helse.

– Medisinen kan også være et spennende springbrett til andre typer aktiviteter enn de retnkurative; spennvidden er stor mellom det å være patolog eller fylkeslege til allmennmedisiner eller sykehuslege.

Per Hjortdahl blir ivrig når han blir spurta om å komme med tre gode grunner for at en ungdom bør söke opptak til medisinstudiet.

– Uansett hvilken jobb man

har, eller hvor man arbeider innen faget, kan man ha spennende nasjonale og internasjonale kontakter. Det medisinske arbeidet gir anledning til å utvikle egen personlighet. Man har egentlig ganske stort rom for å spille ut egne gleder, ønsker og lyster gjennom de ulike valgmulighetene som fins for egen karriere; tenk bare på forskjellene mellom kirurgi og barnepsykiatri!

– Da min datter var 15 år sa hun at det var to ting hun i alle fall ikke ville bli. Det ene var lege, det andre var lærer. (Da kan du jo gjette hvilket yrke min kone har!) Men nå fem år seinere, er dette endret. Nå går hun med tanker om å begynne på medisinstudiet selv. Da hun fortalte det til meg, ble jeg først litt stolt, men også litt skremt. Jeg spurte meg selv om min datter virkelig skal inn i det rottereset. Både kampen om å komme inn og om å overleve i faget kan virke skremmende. Men etterhvert som jeg er blitt vant til tanken, ser jeg at Marianne vil kunne blomstre der. Og det er nettopp det som er så fint med medisinen. Den gir anledning for ulike mennesketyper til å utvikle seg i takt med utfordringene i faget!

Allmennmedisinen er for individualistene

Det som bør karakterisere de legene som skal bli allmennmedisinere, er at de tør å være selvstendige. Rett nok er man en del av et større system. Likevel er leger selv ansvarlig for sine handlinger i møtet med

pasienten. Man kan ikke gjemme seg bak et team. Allmennpraktikeren må også kunne klare å møte «umerkede» pasienter. Det krever at man må bruke alle sine sanser og like å være på tå/hev. Det handler om å ta beslutninger, stå ved dem og ikke minst, leve med konsekvensene. Dette er noen av de utfordringene Hjortdahl mener at de som ønsker å bli allmennpraktikere må forholde seg til.

– En del av medisinstudentene egner seg ikke som allmennpraktikere. Det ser jeg spesielt tydelig ved slutten av studiet. Erfaringene viser også at ikke minst det å kunne stå ved egne avgjørelser og å leve med usikkerhet i det lange løp har sin pris for mange. Jeg tenker blant annet på slitasje på egen helse, misbruk og selvmord. Fra egen erfaring kjenner jeg smerten ved regelmessig å møte en pasient med følger etter et feildiagnostisert brudd på butikken. For å få balanse må jeg da være i stand til å legge merke til alle de andre personene i lokalsamfunnet som er en bekrefteelse på at jeg er nyttig som primærlege.

Allmennpraktikerrolen er sterkt i Norge

Primærleggen har i Norge en sterke posisjon enn de fleste andre steder i verden, ikke bare faglig, men også økonomisk. Det er bra, men kan etterhvert også lett virke som en sovepute, eller føre til faglig isolasjonisme. Faglig er det bra med en tydelig identitet, men av og til kan det kanskje gå litt vel langt.



«Kvalitetsbrudd i pasientomsorgen skjer ofte på overgangen mellom ulike behandlingsnivåer.»

Eks. når man holder allmennpraktikerkurs innen øre-nese-hals-sykdommer uten at det er noen ØNH-spesialist med? Den sterke posisjonen allmennmedisinen har, bør utnyttes til å få til en bedre samhandling med spesialistene.

Hjortdahl ser for seg en framtid der primærlegen i større grad kan komme inn i sykehusene og spesialistene ut til primærhelsetjenesten. I denne modellen kan småsykehusene overleve. Man trenger i tillegg til lokalsykehusene definerte «referral hospitals», gjerne på regionnivå. I stedet for sykehousområder og første, andre og tredjelinje-tjenester, bør man etablere kjerneområder der team sørger for oppbyggingen av forsvarlige behandlingsprogrammer for pasienter innen de store sykdomsgruppene som slag, diabetes, astma, opptrenings av hoftepasienter m.v. I slike team vil allmennlegen og sykehuslegen samarbeide som likeverdige partnere. Ofte er det

naturlig at allmennpraktikeren er koordinatoren for pasientens ulike helsetjenestebehov.

Vekk med de vanntette skottene

– I dag kommer primærlegen bare til sykehuset som pasient, venn eller pårørende. Kommunikasjonen mellom primærlegen og sykehusleggen skjer stort sett bare gjennom innleggelsesbrev og epikrise. På dette området tror jeg at vi har noe å lære fra USA. Jeg kjenner det systemet godt fra mitt eget medisinstudium der. Et av problemene er imidlertid at så mye skjer i regi av den spesialiserte helsetjenesten fordi pasienten selv har fritt valg mellom allmennpraktikeren og spesialistene. I Norge har vi en tradisjon for allmennpraktikeren som faglig mellomledd. Dette mener jeg er gunstig for for vårt helsevesen og landets økonomi. Jeg er opptatt av at vi må ta vare på dette. Men vårt store problem, er de tette skottene det er

mellom de to nivåene innen medisinen. Det er ofte på overgangen mellom disse to nivåene at kvalitetsbrudd i pasientomsorgen forekommer. Ved å bedre kommunikasjonen og således oppnå forståelse og samhandling mellom linjene, kan store kvalitetsgevinster innhentes. Dette er en tovegs prosess som vil kreve innsats fra alle parter i vårt helsevesen.

Hjortdahl tror ikke særlig mye på den engelske modellen med «fund holding» der allmennpraktikeren er ansvarlig for å kjøpe spesialisttjenester til sine listepasienter. Primærlegen blir etter engelske allmennpraktikeres egne utsagn, lett for mye opptatt av de økonomiske utfordringene som ligger i denne ordningen. Dette vil kunne gå ut over den faglige kjernen i allmennmedisinens arbeid.

Universitetet styrker allmennmedisinen

Den nye planen for medisinstudiet

i Oslo gjør allmennmedisin til ett av tre kliniske hovedfag. Faget kommer således på linje med kirurgi og indremedisin. Dette stiller store utfordringer til det akademiske allmennmedisinske miljø.

– Av og til er jeg usikker på om vi har nok kompetanse til å forsvare en slik stilling i universitetsmiljøet. Er vår forskning god nok, og har den nok dybde til det? Når det da fra praksisfeltet i tillegg stilles store forventninger til forståelse og deltagelse i klinisk arbeid, kan det til tider bli ganske vanskelig å være akademiker. På en måte er det inspirerende med så stor interesse som den akademiske allmennmedisin har blant praktikerne. På den annen side er det uvanlig at miljøet utenfor legger seg opp i det som gjøres ved universitetene i så stor grad som vi har opplevd i perioder. Men vi erkjenner at denne samhandlingen er livsnødvenlig for vårt allmennmedisinske akademiske miljø. Den store utfordringen er å finne den rette balansen.

Hjortdahl mener at det er et stort behov for å styrke den akademiske, kliniske allmennmedisin etter en periode der man har lagt

stor vekt på forhold som f.eks. kontinuitet og pasienttilfredshet. Ikke minst dette forutsetter god kommunikasjon mellom praksis og akademi.

Norsk allmennmedisin er i liten grad knyttet opp mot farmasøyttisk industri sammenliknet med forholdene i de fleste andre land.. Dette skyldes ikke minst den uavhengigheten vi har kunnet ha i videre- og etterutdanningssammenheng på grunn av våre utdanningsfond. Få andre land har så strenge regler på dette området som Norge. Hjortdahl synes at dette rene forholdet er et gode. Likevel har vi kanskje vært litt vel redde for industrisamarbeid, ikke minst på det akademiske plan. Dette bør vi kunne løsne på og samarbeide som likeverdige partnere.

Allmennmedisineren blir pedagog

I framtida vil behandlerrollen etter min mening i større grad bli todelt. Vi trenger i økende grad gode teknikere. Utdanningen av disse kan forsøkt gjerne skje på høyskolenivå. Men vi vil også trenge rådgivere og veiledere. For å ivareta denne rollen må man sko-

lere seg medisinsk og pedagogisk. Denne utdanningen bør ligge på universitetsnivå. En vesentlig oppgave til disse «pedagogiske legene» blir å veilede pasientene til selv å ta de rette valgene ut fra sin situasjon og med grunnlag i medisinsk kunnskap.

– Så mye som mulig av de avgjørelser vi tar, bør bygge på sikker medisinsk kunnskap. Men i dag er det bare 20-30 prosent av det vi gjør i allmennmedisin som kan sies å være «evidence based». Jeg mener at vi må bestrebe oss på å basere mest mulig av våre handlinger på vitenskapelig grunnlag og om mulig øke denne andelen. Dette betyr ikke at de andre 80 prosent er mindreverdige. Mye av det vi driver med som medisinere kan ikke grunngis ut fra kvantitative undersøkelser. Det som er relasjonelt og handler om kvalitative forhold blir ikke mindre viktig av den grunn og kan være like vitenskapelig som det som handler om kvantitative forhold. Det er også en stor fare i at «evidence based medicine» kan utvikle seg til en ny religion med sine frelstes som forvalter de evige sannheter. Så igjen er balansen mellom de to det store kunststykket! □

Utposten i sitt 25. år!



Det var i 1972 det startet. På Nordvestlandet tok 3 distriktsleger vågeskrittet å starte UTPOSTEN. Det var en bryntningstid for primærhelsetjenesten. Det har skjedd mye i primærhelsetjenesten og med bladvirksomhet siden da. Mens de første ble stensilert, skjer dagens trykking av UTPOSTEN med hjelp av avansert elektronikk. UTPOSTEN er i sin 25. årgang. Vi vil på ulikt vis markere dette i løpet av året. Bl.a. planlegger vi et jubileumsnr. (sannsynligvis nr. 6/96).

Redaksjonen

Skarven-prisen til JOHN LEER

En av redaksjonens privilegier er å opprette de priser vi vil. Som en påskjønnelse for usedvanlig innsats i bladets spalter har vi besluttet å opprette Skarven-prisen, konkretisert i en messingskarv med tillegg av den ære og berømmelse som følger av den status Utposten til enhver tid har blant sine lesere.

Da den nåværende redaksjon trådte i funksjon, ble det etter en viss diskusjon og noe intern skepsis, besluttet å forsøke å etablere et fast innslag med edb-stoff. Dette målet har vi nådd først og fremst takket være John Leer. Etter noen innledende, frittstående artikler ble edb-spalten lansert i nr.

5/93 med John Leer som kontaktperson, primus motor og produsent av de fleste innslagen. Til tider har nok et flertall i redaksjonen hatt problemer med å følge med i svingene når Mr. Megabyte har boltret seg som værst i datinen. Er dette for smalt og bare for de som er fanget i nettet? Heldigvis har vi latt skepsisen vike og registrerer



Skarven er Utpostens fugl – fordi den bebor de virkelige utpostene.

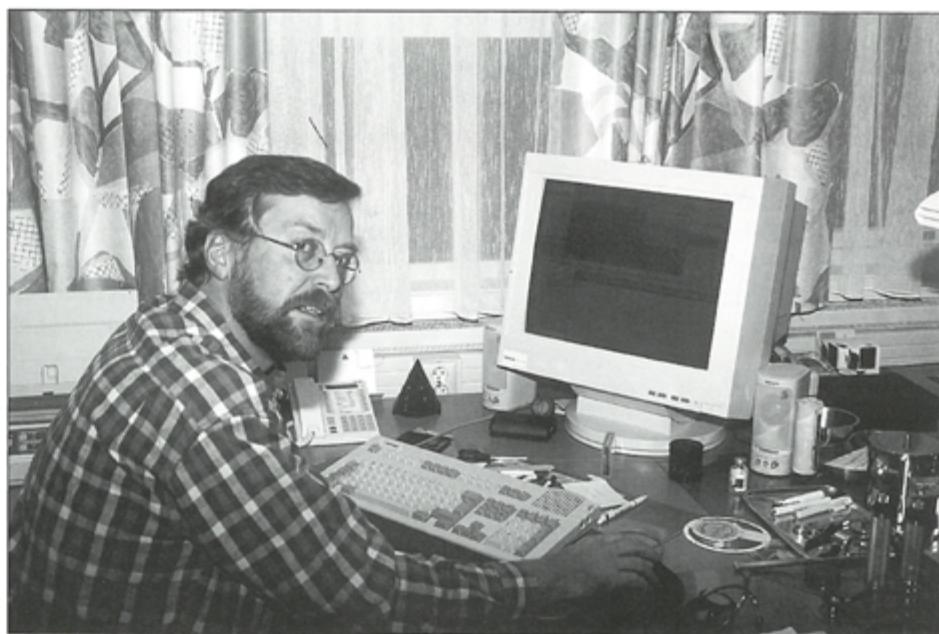
med glede at edb-spalten høster mange positive tilbakemeldinger.

Et foreløpig klimaks ble nådd da Utposten ble lagt ut på Internett sist sommer som følge av et initiativ fra John Leer og et samarbeid med Hogne Sandvik ved Institutt for samfunnsmedisinske fag (ISF) ved Universitetet i Bergen. Utposten er plassert som en link fra ISF's hovedside. I oktober 1995 ble filer i ISF's websider åpnet vel 54.000 ganger. Brukere fra mer enn 70 land har vært innom, og flere godord har vanket. Vi har også latt oss fortelle at redaktøren av et herværende, landsdekkende legetidsskrift har vært rimelig misunnelig på Utpostens edb-og internetsuksess. John Leer

ønsker nå at Utpostens nettversjon oversettes til engelsk, men det har redaksjonen i dag ikke ressurser til å imøtekjemme.

På dette grunnlag har det vært en enkel oppgave for redaksjonen å tildele John Leer den første Skarven-prisen. Måtte flere gjøre seg fortjent til den samme!

John Leer er cand.med. fra -74. Tidligere distrikts- og kommunelege i 7 år. Driver nå tolegepraksis i flerfaglig miljø på Florvåg i Askøy kommune med innslag av skolelege- og helsestasjonsarbeid. Spesialist og veileder i allmennmedisin. Har brukt datamaskin og edb-basert journalsystem fra 1982 og av enkelte venner kalt Mr. Megabyte. Trives i båt og ved havet.



Redaksjonen

«Studentene og oss – hvordan lærer vi bort faget vårt?» – undervisning i egen praksis

Målgruppe:

Allmennpraktikere/praksislærere som underviser medisinerstudenter i egen praksis, og andre som er interessert i undervisning av medisinerstudenter i allmennmedisin.

Målsetting:

Innføring i og utvikling av undervisning av medisinerstudenter i allmennmedisin. Søkes godkjent som emnekurs i allmennmedisin med 18 timer.

Tid: 24.-26. april 1996.

Sted: With Home Hotel Tromsø.

Påmelding til: NSAMs sekretariat, IAM,
Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo.

Påmeldingsfrist: 15. mars 1996.

Antall: maks 40

Kurskomité: Anette Fosse, Anna Stavdal, Anders Bæheim og Nils Kolstrup.

Sosial komité: Terese Fors og Unni Ringberg

Onsdag 24/4: Om læring.

13.30-14.15: «Vil din forståelse kunne bli som min?», Tine von Hanno, allmennpraktiker.

14.30-15.15: «Jeg’ets fremvekst i brytningen mellom kaos og orden» – basert på boka »Nevropedagogikk» av Matti Bergstrøm. Tine von Hanno, allmennpraktiker.

15.45-17.00: Pedagogisk teori (foreleser ikke bestemt).

17.15-17.45: Problembasert læring (PBL) – en innføring. Terje Johannessen, seksjon for allmennmedisin, Trondheim.

17.45-19.00: Gruppearbeid. Deltakerne deles i grupper og skal løse en oppgave under veiledning etter prinsippet PBL.

Torsdag 25/4: Ferdighetstrening.**Undervisningen foregår på engelsk.**

09.00-18.00: «How to teach communicative and consultative skills in a 1:1 setting.» Gruppearbeid plenum om konsultasjonen i undervisning av medisinerstudenter. Dr. Jan Craenen, allmennpraktiker og amanuensis ved Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, og Drs. Jo Goedhuys, psykolog (Belgia).

Fredag 26/4: Studieplaner.

08.30-10.00: Gruppene fra onsdag oppsummerer og avslutter PBL-oppgaven.

10.30-11.30: Skandinaviske studieplaner – kan vi lære av hverandre? Niels Bentzen m.fl.fra Odense/Århus.

12.30-14.30: Studieplanene ved de fire norske lærestedene – likheter og forskjeller. Åpent for spørsmål og debatt.

Fra Tromsø: om langtids utplassering i praksis.

Fra Trondheim: om ferdighetslaboratorier.

Fra Bergen: om å danne et kollegium av praksislærere.

Fra Oslo: om tidlig pasientkontakt.

NLP grunnkurs, Practitioner og Master Practitioner utdanning

(Nevro Lingvistisk Programmering)

En praktisk og systematisk fagkunnskap som gir presisjon, eleganse og effektivitet innen kommunikasjon, forandring, læring, tenkning og resultater. Løsninger og muligheter som fremmer egne og andres ressurser.

NLP kunnskap setter system på det ubevisste samspillet mellom fysiologi, sinnet og språkmønstrene. Bevisstgjøring og systematisering av disse mønstrene utvider mulighetene for å forstå og iverksette enkle intervensjoner som utnytter sinnets ressurser i psyko/somatiske relasjoner. Bivirkning blir forbedret samordning av informasjon, forståelse og kontakt med medarbeidere og pasienter.

For informasjon og katalog, ta kontakt med:

Trans-Endring/NLP

Tlf. - fax 31 28 87 11

Ledige stipendier Allmennpraktikerstipend 2. halvår 1996

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdannelse av leger, utlyser Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag i Oslo, Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim og Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 19 stipendmåneder for 2. halvår 1996. Det kan søkes om stipend for en til seks måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og/eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke. Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte

instituttene i deler av stipendperioden. Hvis kvoten ikke fylles av søkeres som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betrakting.

Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene.

Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildelingen av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter. Lønn etter lønnstrinn 31 i Statens regulativ.

Det er utarbeidet søknadskjema og veiledering for aktuelle søkeres som kan fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Seksjon for allmennmedisin, Ulriksdal 8 c, 5009 Bergen, tlf. 55 20 61 22, fax 55 20 61 30, eller de allmenn/samfunnsmedisinske instituttene.

Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen **1. april 1996**. Søknader som er poststemplet etter søknadsfristen blir ikke tatt i betrakting.

Oversikt over tildelte allmennpraktikerstipend for 1. halvår 1996

Det ble søkt om 26 stipendmåneder og Allmennmedisinsk forskningsutvalg hadde 18 måneder til utdeling. Det ble tilfelt 17 stipendmåneder og 1 måned ble overført til neste tildeling.

Følgende søkeres fikk allmennpraktikerstipend:

Bergen:

Geir Kittang, kommunelege, Florø, fikk 3 måneder for prosjektet «Behandling av akutt lumbalgi i allmennpraksis – ein samanliknande studie av behandlingseffekt av akupunktur og antiflogistika».

Knut Steen, kommunelege, Bergen, fikk 3 måneder for prosjektet «Vold i Bergen».

Finn Schmidt, allmennpraktiker, Odda, fikk 3 måneder for prosjektet «En

undersøkelse av kreatinin og calcium i urin og blod før og etter eksponering av lavfrekvent elektromagnetisk felt».

Oslo:

Bente K. Mørck, allmennpraktiker, Gressvik, fikk 3 måneder for prosjektet «Grupper for familiær med medlemmer med kroniske fysiske sykdommer».

Nils Grude, allmennpraktiker, Sandefjord, fikk 2 måneder for prosjektet «Etterundersøkelse av 100 uføretrygdede i forbindelse med bedriftsnedleggelse i 1987».

Svein Karlseng, kommunelege, Oslo, fikk 3 måneder for prosjektet «Registrering av funn ved somatisk legeundersøkelse på helsestasjon».

Evaluering av kreftstipendordningen

Utlýsing av 3 md. allmennpraktikerstipend

Den Norske Kreftforening bevilger årlig lønnsmidler til 6 stipendiatstillingar à 3 md. for allmennpraktikere ved de onkologiske avdelinger på regionsykehusene og DNR. Mer enn 60 allmennpraktikere har hittil benyttet slike stipend, og det foreligger skriftlige rapporter fra et stort antall av disse. Norsk selskap for allmennmedisin administrerer stipendordningen og har tatt initiativ til en evaluering av den.

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) har øremerket 3 stipendmidler fra allmennpraktikerstipendene høsten 1996 til en slik evaluering. NSAM/AFU har utformet noen sentrale problemstillinger som ønskes belyst i evalueringen. Denne kan fås ved henvendelse til AFUs sekretariat (adresse, se under) tlf. 55 20 61 22, fax 55 20 61 30. Stipendiaten forutsettes å være tilknyttet et av de allmenn/samfunnsmedisinske instituttene i stipendperioden. Tidligere «kreftstipendiater» oppfordres til å søke.

Lønn etter lønnstrinn 31 i Statens regulativ.

Søknadsfrist 1. april 1996.

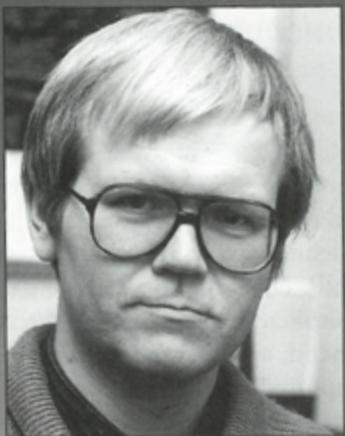
Søknad sendes:

Allmennmedisinsk forskningsutvalg,
Seksjon for allmennmedisin,
Ulriksdal 8c, 5009 Bergen.

«UTSIKT FRA NÆRØY»

Kombinasjonslege i en utkantkommune

Tekst: Henrik Brochmann



**Henrik Brochmann f. -52.
Cand med. Dublin -78.
Distriktslege/ kommunelege i
Nærøy siden -81. Kommunen
ligger i det nordvestre
hjørnet av Nord-Trøndelag.
Har vært kommunelege i
-85-95. Dobbeltspesialist fra
-92. Vært opptatt av utkant-
enes rekrutteringsvansker og
dobeltrøller som kommune-
lege I. Nettopp hoppet av til
halv kommunelege II-stilling
kombinert med bistillinger
som rådgivende lege og
bedriftslege.**

værende. Litt om rekruttering av leger blir det også. Siden dette er ment å være et motivasjonskurs er jeg bedt om å undersla det vrang og skakke og heller komme med godbiter og glede. Om jeg skulle lykkes med noe slikt ville det sikert gjennomskues.

For å plassere meg litt på kartet har jeg arbeidet som kommunelege i Nærøy i 14 år, først som distriktslege, senere mest som kommunelege I. Kommunen ligger i Ytre Namdal – med Folla som nabo – like ved Rørvik – kulingvarslenes hjem, midtveis mellom Brønnøysund og Namsos. Det er 14 mil til Namdal sykehus, og ofte for dårlig flyvær for redningshelikoptrene fra Brønnøysund. Innbyggertallet har sunket fra 5.800 til 5.400 på de årene jeg har vært der, man kan bli desillusjonert av mindre.

Det er overvekt av eldre, relativt mange arbeidsløse og et vanskelig arbeidsmarked å atføre folk innenfor. Det er også økende prosentandel av det man kan våge å kalle ressurssvake.

I Nord-Trøndelagsundersøkelsen i 1984 syntes det å være store forskjeller i sosioøkonomi og sykelighet innenfor Nord-Trøndelag fylke. Namdalingerne var gjennomsnittlig sykere og fattigere enn Innherredsbyggen og jo lengre mot nord-vest i fylket man kom, jo flere hjerteinfarkt og røykere, og desto lavere utdanningsnivå og jo flere deprimerte.

Jeg er oppvokst i Oslo, utdannet i Dublin. Etter artium jobbet jeg ett år som praktikant på Gravdal sykehus i Lofoten. Jeg oppdaget at det fantes en verden utenfor Oslo. Mens jeg studerte i Dublin holdt jeg Tidsskriftet. Jeg leste der om det forventede legeoverskuddet

som skulle komme på 80-tallet. Jeg la også merke til at kommunen Nærøy utlyste stillinger jevnlig i nærmest desperate toner. Dette måtte være noe, midt i Norge, passe mye sjø, øyer, skog og fjell. Passer langt fra Oslo så man slapp å spise middag hos familien hver helg, og passe langt fra sykehus så man fikk hånd om et uselektert pasientmateriale som ikke gikk direkte til spesialist som i byene. I tillegg hørtes det til og med ut som distriktet hadde bruk for leger, og jeg øynt et sted å gjøre nytte for meg midt i legeoverskuddet. Men jeg hadde aldri hørt om stedet før og glemte det snart. Mens jeg var i militæret i Solør i 1981 såkte jeg distriktslekestilling i Nærøy. Det var flust med stillinger utlyst. Kona mi ba tynt for seg, til Nærøy ville hun ikke! «Blir du med til Nærøy så kjoper vi opp vaskmaskin», sa jeg. Slik ble det!

Samtidig foregikk det et politisk spill oppe i Nærøy. Nærøy var nemlig i 1964 blitt sammenslått av fire tidligere kommuner. Én av de tidligere delene følte seg ribbet etter sammenslåingen, de mistet legen sin og fraflyttingen var tiltagende. Som en communal hestehandel gikk representanter fra denne delen med på sentralisering av ungdomsskolen hvis de fikk bygge distriktslegebolig ute hos seg som motvederlag. Det var den tiden man kunne tvinge distriktslegen til å bo et spesielt sted i kommunen selv om alle hadde felles arbeidssted i kommunenesenteret. Kanskje denne delen ville oppfatte meg som «deres» lege og ringe meg når som helst? Nei, jeg stilte ultimatum. Ville de ha meg, ba jeg ydmykst om en bolig, gjerne liten, i kommunenesenteret Kolvereid hvor de andre to distriktslegene og to

**Lett omarbeidet innlegg på
kurset «Kommunal anatomi og
fysiologi». Nidaroskongressen –
Trondheim 27.10.95.**

Kursleder har invitert meg til å bringe videre noen erfaringer fra samarbeid mellom kommunelege I og administrasjon/politikere i vår kommune. Jeg vil komme inn på hvordan det var å komme som fersk lege til et utkantstrøk og litt om hva som gjør at man blir



Kalvereid – Kommunesenteret ved Folla fjorden. Nærøys sentrum har ekspandert mye de senere år, mest på bekostning av utkantene i kommunen.

turnuskandidater bodde. Formannskapet møttes. Selv om jeg var eneste søker, sa de nei. Da de ringte om vedtaket, glapp det ut: «Jammen dere vet ikke hvem dere går glipp av!» Fylkeslege Fjærtøft ringte jeg nedslått til. «Vent litt», sa Fjærtøft, «jeg ringer deg i morgen». Neste dag dro han egenhendig 20 mil fra Steinkjer opp til Nærøy. Jeg fikk bo på Kolvereid likevel. Slik jobbet Fylkeslegen vår den gangen.

Kona mi fikk jobb på sykehjemmet. Også hun glede seg etter hvert. Jeg sa til distriktslegene som jobbet der at jeg så fram til å komme et sted hvor bemanningen var god og stabil med erfarne folk. Da jeg kom høsten 1981 fikk jeg umiddelbar beskjed om at de to andre distriktslegene hadde sagt opp. De skulle sørover til h.h.v. Oslo og Bergen. De sa etterpå at de ikke ville si noe om dette før de hadde meg i boks, da hadde de bedre samvittighet til å dra. Men to turnuskandidater hadde vi igjen. Det regnet hele den første måneden. Vi kom i hus, kjøpte kart, holdt lokalavisa. Ble ikke spesielt tatt imot, måtte finne ut av ting sjøl. Bygdefolket er ikke de

første til å be deg hjem, de vet kanskje at innflyttere er noen som reiser snart. Barn bringer en i kontakt med andre. Det tar ofte et år å etablere seg mentalt på et nytt sted. På den tiden leste jeg i en liten bok skrevet av en gammel engelsk allmennpraktiker: «Når en ung lege kommer til et landdistrikt er det ikke alltid dem som man knytter kontakt med den første tiden som blir nære venner senere.» Altså ligg litt lavt i terrenget til å begynne med, rådet han. Det gjorde jeg. Men jeg var snill mot de gamle damene, rykket ut om natten med et smil. Så sluttet de faste kollegene. Fylkeslegen beordret meg pr. brev til å ta meg av to av nabokommunene også periodevis første året, i en av dem var begge distriktslegene sykmeldt samtidig. Vaktdistriktet i helgene var på 12.000. Jeg følte meg overrumplet, sliten allerede i startfasen, ennå ikke 30 år. Den førstefødte skrek om natten. Det var da jeg tenkte på kommunen. La de forholdene til rette? Hvorfor søkte ingen på de ledige stillingene? Hvordan skulle jeg få politikerne til å skjonne at dette maktet jeg ikke uten flere leger. Jeg skrev brev, om natten.

Skisserte at rekruttering var avhengig av gode boliger, barnehageplasser o.s.v. Nesten forsiktig i formen var det. Med mange konkrete forslag. Jeg avsluttet med et håp om at kommunen snarlig vurderte virkemidler for å bedre bemanningen, ellers så jeg meg nødsaget til å vurdere å söke en annen stilling. To dager etter med svære typer på første side i lokalavisa: «Distriktslege truer med å slutte». Det var da jeg skjønte at det jeg skrev til kommunen kunne komme rett i avisens. Der har jeg et tips: Ikke la lokalavisen telefonintervju deg midt i en konsultasjon uten at du får se intervjuet før trykking. Det kan bli en overraskelse!

Jeg er ingen kløpper i kommunal administrasjon. Det følgende er noen subjektive tanker. En kommunes administrasjon består av administratorer som gjerne sitter over år, og politikere, bl.a. ordførere som skifter. Mellom disse utvikler det seg kultur, temperatur og mulige personlige motsetninger. Administratorene er ofte innflyttere, politikerne er oftere innfødte. I små kommuner kan det være så små forhold at habilitet

blir en innviklet balansegang. Før Kommunehelseloven trådte i kraft i 1984 så kommunenes administrasjon gjerne på legene som et fremmedelement, kanskje et nødvendig onde. De hadde liten makt og myndighet over oss. Kommunehelseloven har kanskje hatt større konsekvenser for samfunnsmedisinens enn for allmennmedisinens. Det var kommunelege I som mest ble berørt av ny arbeidsgiver og ny posisjon i en kommunal hierarkisk struktur. Den gamle aksen mellom Helsedirektoratet, Fylkesleger og distriktslegen var brutt, og kommunal tjenestevei kunne for mange føles tung og uvant. En undersøkelse gjort blant kommunaleger I i 1986 viste at 50% hadde betydelige tilpasningsproblemer til den nye yrkesrollen. Stikkord var dårlig trivsel, svak posisjon i det kommunale beslutningssystem, organisasjonskonflikter og lojalitetsproblemer. Mange hadde gått over i annen legevirksomhet, angivelig særlig de mest erfarne. Vi vet at personkjemi, prestisjehensyn og profesjonskamp har ført til flere havari.

I distriktslegetiden ble legene oppfattet å ha en del fordeler. Denne arven kunne medføre unanserte uttalelser fra politikere rundt 1984: «Endelig skal vi få tatt rotta på legene». Helse- og sosialsjefen i en nærliggende stor kommune uttalte: «Aktørene i helsevesenet går bare rundt og pisser i krokene og markerer revir». I slik stillingskrig, som jeg har hørt mye om fra andre steder, kan høyt utdannede og høyt lønte folk bruke mye tid. Jeg husker Peter F. Hjort en gang spurte om vi visste hva den verste blodsykdommen var? (Han er jo hematolog). Jo: «Ondt blod! Jeg har oftest ikke helt kjent meg igjen i dette. Jeg tror vi har hatt det ganske idyllisk hos oss, men det er mulig jeg pynner på virkeligheten.

Vi var bekymret på Fylkeslegemøtene før 1984 for hvordan det skulle gå med vår ytringsfrihet. Jeg husker at jeg i 1982 skrev innlegg i

avisen om kommunens prioritering av rådhus framfor styrking av eldreomsorgen. Og fikk forurettet tilsvær fra rådmannen som ville ha seg frabedt at jeg sådde tvil om at dette var i de beste hender. Vi var mindre sårbarer før 1984. Vi tilhørte et annet korps. Men Fylkeslegen formante oss om å oppføre oss ordentlig, utøve diplomati og ikke provosere kommunene våre unødig.

Jeg satt som Helserådsordfører de første årene. Det var tøft, både tittelen og dobbeltstemmen skremte, hvis den da ikke gikk deg til hodet. Jeg husker vi skulle behandle kloakkutslipp fra Kolvereid rett ut i Kolvereidvågen uten rensing. Jeg mistenkte at de bestilte analysene av den trange Folla-fjordens recipientforhold var litt vel positive. Jeg argumenterte for renseanlegg, slik byveterinæren i Namsos anbefalte. Han kom endog til møtet som moralisk støtte. Daværende ordfører satt i helserådet. Før saken kom opp tok han meg til side. «Husk på det, Brochmann, du er på landet nå. Det er reint her!» Jeg stemte alene imot og havnet i avisens. Nå er renseanlegget et faktum, 10 år etter.

Med det samme jeg er inne på helseråd: Folk visste jo hva det var. Det hadde noe med rotter, kloakk og søppel å gjøre. Det har avgått ved døden sammen med distriktslegen. Men rester av Sundhetsloven fra 1860 er vernet og innlemmet i nåværende lovverk. Der kan ennå mye som er ubehagelig for folk hjemles. Det er sjeldent jeg møter i Hovedutvalget for helsevern og sosial omsorg som det nå heter. Bare hvis det er større saker av prinsipiell natur som spesielt berører miljørettet helsevern. En slik sak var for et par år siden behandlingen av en felles vannverksplan for kommunen. Planen var laget uten min medvirkning på en nøyaktig og ordentlig måte av våre ærekjære tekniske sjef. Han møtte også i Hovedutvalget og ble rystet over å møte folkedypets røst i representantene rundt bordet:

«Folk her i bygda har drukket vannet i elva bestandig. Renseanlegg er dyrt. Klorsmak vil vi ikke ha.» En representant sa rett ut at etter hans skjønn var det bra å drikke «skit-vatn, for da ble man immun». Det var noe med det Kierkegaard sa at man først må finne ut hvor folk befinner seg og begynne å hjelpe dem der.

Jeg er kommunelege I og har forskjellige roller. Jeg er kombinasjonsdoktor som både bedriver allmennmedisin og samfunnsmedisin, legevakt og litt bedriftslegejobb, en ganske grenselsøs blanding etterhvert. Jeg har fulgt utdanningsprogrammet og blitt såkalt spesialist. Jeg har imidlertid i økende grad blitt realitetsorientert i forhold til begrensningene i KOPF-ideologien (KOPF = kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende omsorg). Nybrottsånden fra 60-70 årene er kanskje litt passé etterhvert, tenkekomiteens ideologer er kommet i trygge posisjoner hvor de slipper å bedrive KOPF. For KOPF – «livsløgn eller ledestjerne» – har onde tunger nå omdøpt til KAFF: Kroner, avspasering, ferie og fritid.

Samfunnsmedisinens er et utsdig fag og politikerne vet ikke hva det er. Rollen som medisinsk-faglig ansvarlig lege ble definert i Samfunnsmedisinsk veileder for kommunehelsetjenesten fra 1990. Samfunnsmedisinens fremstår her som et meget omfattende fag. Det er knapt grenser for hva kommunelege I skal gjøre og ha tilsyn med. Kommunelegene forventes å dekke et stort og uryddig område innen medisinens både faglig og administrativt. Dette til tross for at det kun er et begrenset område vi er kvalifisert til å dekke. Området medfører store politiske, administrative og økonomiske konsekvenser dersom kommunelegene tar sine oppgaver alvorlig. Forebyggende arbeid har god valør blant politikere så lenge det ikke snakkes om bevilgninger.

Som samfunnsmedisiner skulle vi kort og godt ut å frelse verden.

Vi skulle ikke sitte på kontoret og se ut på nøden utenfor, vi skulle ut på gater og streder, ut blant folk og forkynne hvordan de skulle leve! Engasjere oss i bomiljøer, friarealer, hytteområder, barnas hverdag, gatekjøkkenmenyene og videoreportoaret. Man skulle føre tilsyn, registrere pasienters tilfredshet og kontorets tilgjengelighet. Man skulle inspirere samarbeidspartnerne og være premissleverandør for politikerne.

Begynte man å ane konturene av hva man hadde gitt seg i kast med, ble omnipotensen snart til impotens. Avmaktsfølelse er nærliggende. Man gjør så godt man kan og få bryr seg. Jeg lurte ofte på hvem som hadde tilsyn med meg? Hvilken straff fikk jeg for det som lå brakk? Dette å måtte leve med alt som ikke blir gjort, og kanskje tåle kritikk for egen manglende oppfølging, når bare du selv kjenner alle ballene som er i lufta. Hvem skal veilede oss kommunaleger i veivalg og prioriteringer? Hvem skal gi oss tilbakemelding om at noe faktisk er bra, hvem skal oppdra oss til å bli bedre?

Og dette med uunnværlighetskomplekset. Når pasienter ringer og sier: «Nå visste jeg ingen annen råd, du er den eneste som forstår meg». Eller takknemlighetsgjelden de påfører deg med erkjentligheter og sokker til jul – som medfører lavere terskel for kontakt neste gang.

Behovet synes jo ubegrenset – og rádyra er så gode, som Øystein Sunde sa. Hvordan sette grenser og verne fritida når en bor midt i menigheten? Jeg skrev en gang en legeerklæring til en sliten ressurssdame: «Fru NN er ikke i stand til å si nei, og bes vennligst ikke bli førespurt om deltakelse i styrer og utvalg». Per Fugelli sa så kjekt: «Vokt deg for ja-mennesker – si nei med glede». Det har oftere blitt ja med et undertrykt skrik.

Det skal være kjent at mange leger har et latt selvbiilde. Det er tungt å leve med ansvar, forventninger, usikkerhet og dårlig sam-

vittighet. Da blir vi sårbare for kritikk. Det er et paradoks at det er så mye mislykkethetsfølelse blant de flinkeste av de flinke. Det er ingen sak å føle seg mislykket, det er bare å legge lista litt for høyt.

En kommunelege I sa det slik: «Man blir akterutseilt faglig av de andre kommunalegene p.g.a. mindre praksis, byråkratene er flinkere administratorer, miljøvernkonseptene tar over det miljørettede helsevern, sykepleierne har fått copyright på den eldste aldersgruppen og pleie- og omsorgssektoren». Jeg har ikke tatt dette så tungt, var nesten glad for å dele feltet med noen. Det er fremdeles lege publikum forventer at man skal være mest.

Som lege såpass lenge i en bygd kjenner man mange. Du har hatt de fleste på kontoret, noen er personlige venner. Vi må ikke innbille oss at ikke folk vet alt om oss. Man er ikke inkognito på Gjestegården. Man er fritt vilt i dagligværførretningen. Jeg opplevde faktisk at en trakk ned buksa bak en reol på samvirkelaget! Man har få å betro seg til. Kollegene er viktige. Vi har hatt endel samlinger både i og utenom arbeidstid som har fungert som pustehull og fristeder. Personlig kontakt med kolleger tror jeg er spesielt viktig i utkanten. Veiledergruppene i allmennmedisin som vi har hatt flere av siden 1986, har betydd svært mye. Og man tåler kanskje mer når man har en stabil familiesituasjon i ryggen og en forståelsesfull ektefelle som orker å være klagemur. Men det er grenser for hva koner tåler!

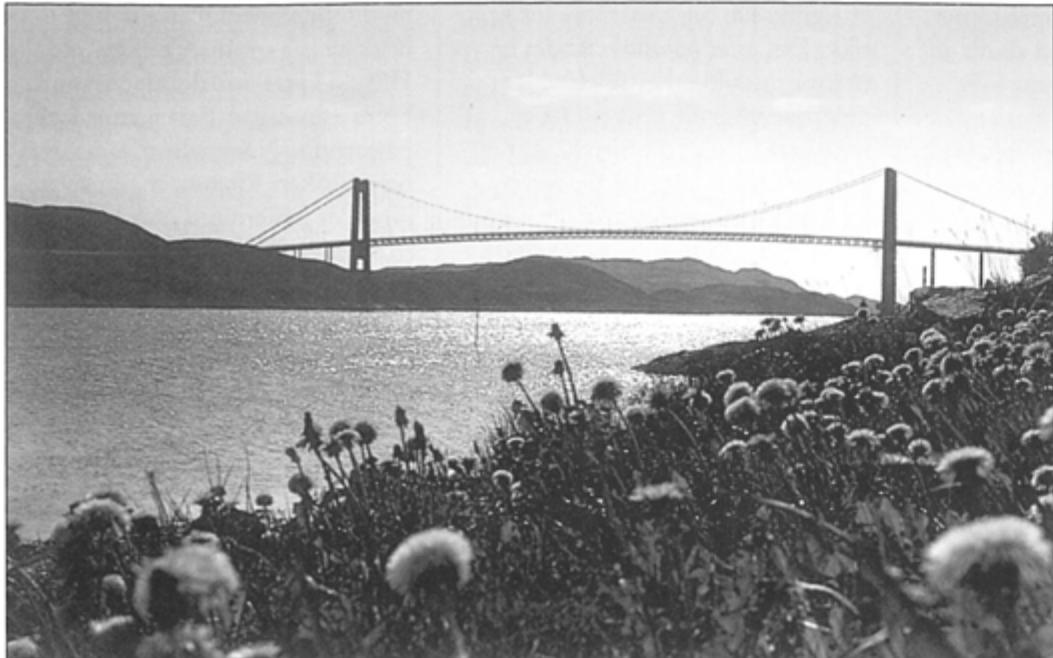
Som kommunelege I har jeg vært både kollega og kommunens mann. Mellom barken og veden som det heter. Det var en som sa at mellom barken og veden er det godt å være, det er der sevjen går. Du må takle dobbeltrollen og prøve å vise skjønn. Noen ganger sitter man på begge sider av bordet. Diplomi og smidighet trengs. Man må vite hvilken hatt man har på. Det kan være i forbindelse

med lønnsforhold, ansettelses, bruk av kommunale boliger etc.. Har du kjørt noenlunde varsomt, hører administrasjonen stort sett på fornuft. Noen administratorer og politikere kjenner man privat. Noen er pasienter. Litt lobbyvirksomhet er fristende. Det kan være uklokt å kritisere åpenlyst. Heller trekke fram det positive først og la politikerne føle at det er de som ordner biffen. Når man er saksbehandler må man prøve å være ærlig og ikke overdrive for mye. Konsekvensanalyser er politikerne glade i, da tror de de kan velge.

Det har vært mye snakk om delegasjon av samfunnsmedisinske oppgaver. Jeg har følt at mine forsøk på dette har mislyktes. Mine kolleger har villet prioritere det kurative. Dette kan ha sammenheng med diskontinuitet i de andre stillingene, men jeg merket en klar uvilje mot å gå inn i disse oppgavene. Det kunne selvfolgelig ha noe med meg å gjøre. Konsekvensen var at legene i kommunelege II-stillingene fikk lite direkte kontakt med kommunens administrasjon og på et vis jobber nesten slik de gjorde før Kommunehelseloven kom. Kommunelege I fikk oppgave som bindeledd mellom kolleger og kommunen.

Jeg vil nevne en sak vi hadde for noen år siden da vi argumenterte i forhold til en liten nabokommune som ville ha oss til å dekke legevakt for dem vederlagsfritt. Det var en omfattende sak hvor jeg jobbet grundig og så saken fra min kommune og mine kollegers side. Jeg ble offentlig utskjelt av rádmannen i vedkommende kommune. Da rykket min rádmann ut og forsvarte meg i avisene. Kommunehelseloven har hatt sine positive sider.

En annen sak hadde jeg en halv meter sakspapirer på gjennom 4 år. Det gjaldt beredskap på en ferge vi var avhengig av for å nå 600 av kommunens innbyggere på legevakt nattestid. Beredskapen var nedlagt. De involverte partene, i dette tilfellet Fylkeskommunen,



Nærøysundbrua krysser
hurtigruteleia mellom
Nærøy og øykommunen
Vikna.

kommunen, Rikstrygdeverket og Vegvesenet fant ikke ut hvem som skulle betale. Langt om lenge ble de enige om å skjære gjennom og betale en fjerdedel hver. Alle unntatt Rikstrygde-verket. Vi purret og purret. Fikk ikke svar. Da sa Fylkeslegen til meg: «Skal du på kurs i Oslo snart? Det har akkurat vært regjeringsskifte, da er de ofte medgjørlige opp i Sosial-departementet.» Jeg følte meg som en liten fjert av en kommunelege opp alle trappene til Heløes departement. Der traff jeg en hyggelig statssekretær som pratet om løst og fast en time etter å ha hørt ærendet mitt. Etter en uke var saken ordnet og siden har ferga gått.

Politikere kan si: «Hva driver dere egentlig med dere leger? Før var det én lege her som var blid uansett når vi ringte, nå er dere 6 og knapt til å få ut.» Det er ikke så lett å forklare i en håndvending og de hører ikke på oss heller. Hvor dan skal man få forklart hvordan landskapet er forandret bare de siste årene? Alle trygdesakene, alle de sammensatte problemene, alle kontrollene, alt krav om samarbeid, opprusting av primærhelse-tjenesten i forhold til sykehuset, pasientrettigheten, det økte juridiske søkerlyset og «fibowhip-pasi-

entene». Det er mye snørr og tårer i dette «trøste- og bæreyrket». For noen år siden tenkte jeg i mitt stille sinn at er det noe jeg noen sinne blir spesialist på, så er det gamle damer.

På bygda har man ennå rester av respekt for legen, men vi må oppføre oss ordentlig. De klagesakene jeg har sett i min kommune, bunner mest i dårlig oppførsel, tror jeg. Men det kan holde hardt noen ganger.

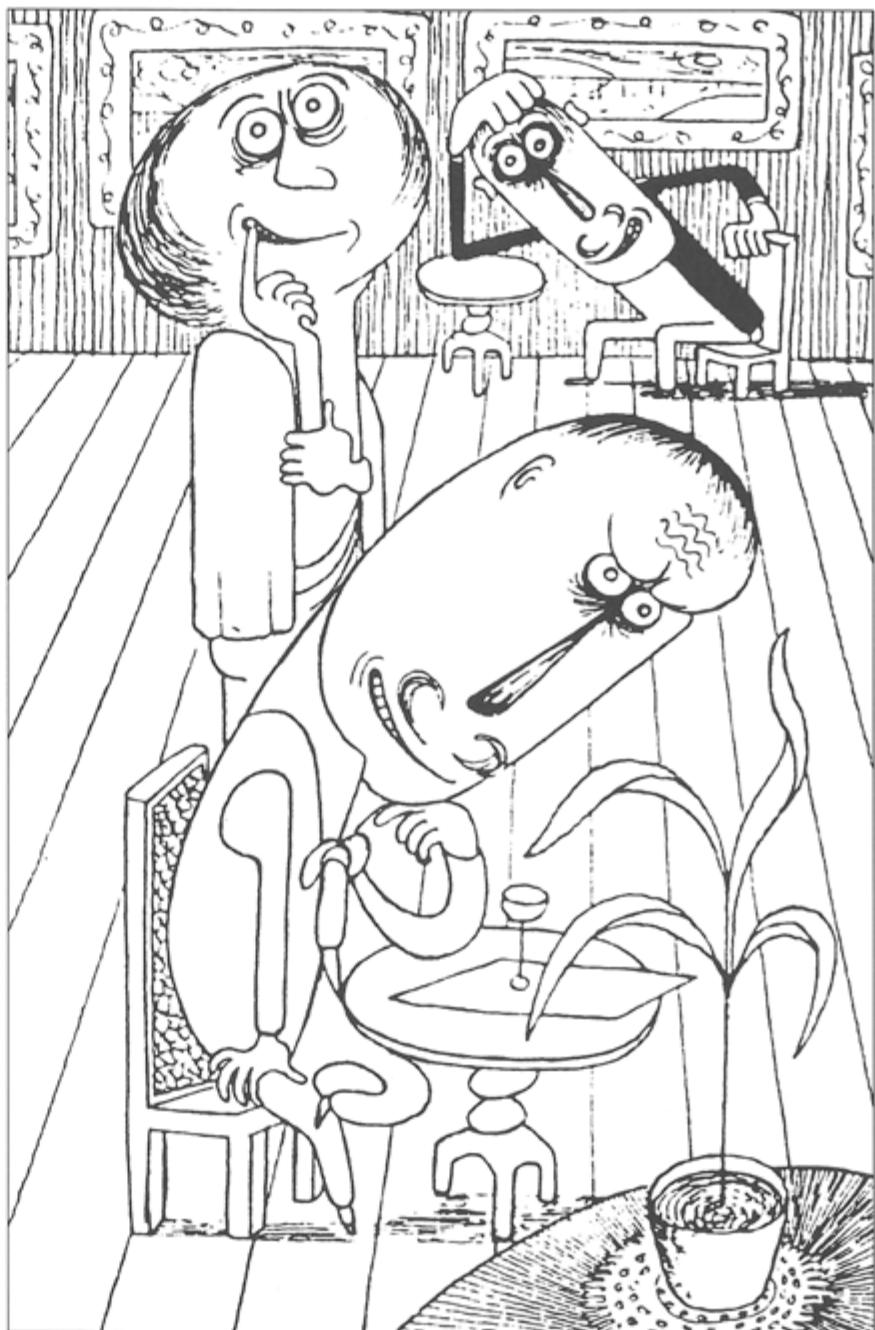
En hollandsk kollega jobbet hos oss noen år. Han ble om natten oppringt av en dame bosatt langt ute i kommunen. Hun ringte fordi mannen hadde vondt et sted og de ikke hadde smertestillende i huset. Han var ikke så lysten på å dra ut bare for det. Han var litt mer kontinental i sine råd enn oss og spurte kona forsiktig om hun ikke hadde en dram å gi mannen. Jo da! Og de ble vel forlikte og det skulle hun prøve. En halv time etter ringte telefonen igjen. Det var kona som spurte om hun kunne ta seg en hun også!

I forhold til bygdas folk og kommunal fattigdom tjener vi godt. Vi opplistes i lokalavisa på lønnstoppen i september. Da får barna våre kommentarer på skolen, mens vi får megetsigende

nikk. «Ja, men jaggu betaler du skatt også!» lyder formildende kommentarer. Folk har de underligste forestillinger om arbeidstiden vår. Det at vi dekker opp tjeneste døgnet rundt på få personer berører dem lite. De kan ringe opp midt på natta med en vond arm for å spørre om de kan få komme på røntgen i morgen. «Ja, for du er vel på kontoret nå», sier de. Man er liksom en slags tjeneste folk har krav på når som helst. Fyll og fanteri og suturering om natta er ikke like lystelig bestandig. En dag var jeg så trøtt at jeg sovnet under stetoskopering av en eldre dame. Jeg våknet rett før jeg traff! Men pasienter har forståelse for sånt. Ikke rart legene er slitne!

Politikere og administratorer er i min kommune glad for å slippe og blande seg i helsetjenesten. De har sagt at: «så lenge de ikke hører noe på bygda». En kollega fikk følgende julehilsen fra sin rådmann: «Takk for god budsjettidisplin. God jul!» Det er liksom det som er det viktigste for dem.

Sist har de gitt oss EDB på legekontoret. Det var en lang prosess. Jeg brukte som argument Kommunehelselovens sekvens om at «kommunehelsetjenesten skal til enhver tid skal ha oversikt over



Den som ikke er i stand til å bevare et stivnet smil i daglig samvær er humorsyk.

helsetilstanden i kommunen». Det gikk på livet løs med papirjournalene og alle vikarenes håndskrifter etterhvert.

Trygdekontoret har blitt en betydelig samarbeidspartner. Jeg er bekymret for utviklingen i trygdevesenet. Alle sakene som går og går og aldri blir avgjort. Målstyringen som gjør at flere vil havne som sosialklienter. Pulveriseringen av taushetsplikten med basisteamenes utenomsnakk og trygdekontorenes direkte mottatte rapporter fra psykiatere om folks innerste hemme-

ligheter. Vi er på ville veier og må kjempe mot en slik utvikling. Legene forvalter nøkkelen til serviceapparatet, vi er portvakter hvor vår signatur er forlösningen i mange sammenhenger. Våre uttalelser til trygden er i stor grad med på å avgjøre pasienters skjebne.

Mengden av papir i en kommunal forvaltning er betydelig. Alt skal liksom behandles i alle organer. Det er ikke bare å skulle befare alt og si noe fornuftig. Vi har nesten ikke helsesøstre å sende på befaring heller. I helse- og sosial-

planen jeg var med å lage skulle det forebyggende og helsesøstertjenesten styrkes. Deretter sa man opp den ene. Dette ga meg en viss oppvåkning i forhold til planer og fagre ord. Den ferdige planen ser jeg på som død og makteslös. Den benyttes ikke og rulleres ikke. Men prosessen forut for planen var etter min mening verdifull. Det var en tverrfaglig happening hvor vi lærte endel om hverandre og rev ned noen myter.

Man lærer etterhvert. Tar man sorgene på forskudd vil man oppleve dem to ganger.

Jeg har hatt mye moro i Nærøy. Har man øyne for det er det mye humor i en vanlig dag. Bare det folk sier, situasjonskomikken. Eller alle trykkfeilene, som f.eks. brev adressert til kommuneelgen i Nærøy eller et brev jeg husker ble sendt til Fylkeslegen med følgende adresse: Til Fylkeslegen, Satans Hus, Steinkjer. Mine kontordamer syntes det var så mye latter inne på kontoret mitt. De lurte på hva jeg drev med en stund. Nå er de mer vant til det. Når man ler klapper mellomgulvet på leveren og får ut så mange gode safter. Det bedrer fordøyelsen for noen og hver.

Det at jeg har bosatt meg og trives i bygda deres, tror jeg de liker å høre. Har du gjort en noenlunde jobb endel år, tåles det kanskje et feilskjær? Jeg har de siste årene opparbeidet økende respekt for det å ha vakt. Det er noe med at man skjønner hvor vanskelig det er. Klinisk blikk og intuisjon er ikke alltid å stole på. Forutinntattethet er en farlig fiende. Faglig usikkerhet rammer oss uvegerlig med årene. Det går fort nå, det koster slit å være oppdatert. Det er vanskeligere å sogne igjen om natten, man blir litt lei av tull og toys. Dette tror jeg det må jobbes mye med framover. Hvordan skal vaktene dekkes i framtiden når kollegaer blir eldre og omsorgspersoner vil ha vaktfritak? Fritid føles mer og mer viktig, den kan ikke måles i penger.

Jeg skal si litt om rekruttering

til legestillinger i min kommune og litt om gjennomtrekk.

Rekrutteringsproblemet har vedvart på hele 80- og 90-tallet. For både kommunelege I- og kommunelege II-stillinger er dette stadig et problem i dagens utkant-Norge. Særlig fastlønnsstillingerne har hatt mye gjennomtrekk, i 1987 var 50% av landets kommunelege II-stillinger utlyst. Det kan se ut til at fastlønnsordningene forvirrer og at det blåser en privatiserings vind over landet. Om det er et gode for utkantkommunene vet jeg ikke.

I disse 14 årene i Nærøy har det vært et utall leger innom de andre stillingerne. Det å bli venner med folk og glad i dem blir etterhvert et problem. Det blir mange avskjeder, noen sorgreaksjoner og endel julekort. Som det sto på en sak jeg så en hadde fått som avskjedsgave: «Vi kommer aldri til å glemme deg (hva var det du het igjen).»

Det finnes ennå hvite flekker på kartet som ikke er like eksotiske som Finnmark. Sør-Helgeland og Namdalen er blant de hardest rammende områder i landet med hensyn til både primærleger og spesialister på sykehus. Nord-Trøndelag har hatt 20-30% vakans i primærlegestillinger konstant i over 10 år. I en nabokommune med 3 stillinger sto alle tre stillinger ubesatt lenge. I denne tiden pendlet 3 svenske kolleger fra Stockholm hver sin uke i månedsvis med gode avtaler med kommunen. Hva slags helsetjeneste blir dette? Er det ikke uverdig overfor befolkningen? Jeg gikk på SIFF-kurset høsten 1990 og gruppa fikk da lov til å treffre selveste Torbjørn Mork og stille ham spørsmål. Jeg spurte om rekrutteringen til utkantstrøk, om ikke utdanningskapasiteten skulle økes snart? Mork svarte: «Det er nok leger i landet, vi har ikke råd til fler, men de er feilfordelt.»

Jeg har jobbet mye med utlysningstekster. Nærøy er et vanskelig navn å markedsføre, det høres ut

som en øy i havet. En annonse i Tidsskriftet koster ca. kr. 3.000,-. Nylig utlyste vi en stilling 7 ganger uten en eneste respons. I teksten sto alt vi kunne lokke med: At det var både fastlønns- og fastlands-kommune, 5 av 6 stillinger besatt, godt samarbeid og meg som navngitt kontaktperson. Vi har også pyntet litt på avstanden til Nam-sos. Sier at den er 7 mil og under-slår ferga. Jakt og fiske har vi kuttet ut, natur er det overalt, det går inflasjon i sånt. Jeg husker en Finnmarksommune skrev: «Man kan gå i timevis uten å møte et menneske». Jeg vet ikke hvordan det gikk. Jeg prøvde en gang å ringe rundt til en haug med tur-nuskandidater. Det tok tid! Og ingen var interessert. Vi lyste ut i Holland og fikk 20 telefoner. Men det tok lengre tid enn vi trodde, de måtte gjennom et karanteneår på sykehus først. De legene vi har fått til å bli en stund, har enten hørt om oss eller de har en eller annen tilknytning til bygda.

Når vi har lyst ut stillinger, er det spenning i luften. Hvis noen henvender seg, tar vi kontakt straks. Legger ut om hvor fint vi har det. Sender orienteringsskriv og Nærøybrosyre og inviterer dem til å komme og se seg om på kommunens regning. I alle år har interesserte bodd hos oss og jeg har fått god trening som ambassadør og turistsjef. Kona har i blant følt at dette har gått over alle grenser. Jeg har fått tilbakemeldinger etterpå, når de henger i garnet og har tatt stillingen, at det var dette som gjorde utslaget. Det at vi ringte så raskt, og at det var en kollega og ikke bare en kommunal person, og at vi var entusiastiske og gjestfrie. I noen kommuner går dette, ikke alle er villige til å ofre tid og krefter på sånt. Jeg selv ser nesten egoistisk på det. Får jeg folk hit, får jeg det lettere selv. Tenk om det en gang i framtida var flust med søker, en lang kø! - så man slapp å stå med lua i hånden og overbevise og tryggle.

I lange perioder har vi tatt imot

vikarer. Det yrer av leger fra Dan-mark og Sverige som ønsker vika-riater fra en uke og oppover. I nabolandene avspaserer snart lege-ne halve året virker det som. Hele Helgelandskysten og Namdalen har hatt et rush av vikarer i flere år. De ringer rundt, ofte 3 - 4 i uka, mange har hørt om oss av andre. Etterhvert har vi fått en liten stamme som vi kjerner og er trygge på. Når de er nye må de ha en slags bakkakt, og det er mye å sette dem inn i for så kort tid. Det må ordnes bolig og slikt har ikke kommunen på rede hånd. Det har vært utrolig krevende å administrere slike ordninger, mye praktisk slit.

Vikarer kommer for å tjene penger. Det er første bud. Vi må gi fra oss vakter, og det er det ikke alle kolleger som vil. De vil gjerne ha dekket reise og losji. De skjemer bort publikum med liberal sykebesøkspraksis. De legger anta-gelig flere inn på sykehus og det kan forekomme språkproblemer. Men noen fordeler er det. Vi kan slappe av en stund. De kan kom-me med friske øyne og gode impulser noen ganger. Og storfor-brukerne kan møte et nytt ansikt og en second opinion.

Hjem skal så fortelle om Nærøy ute i den uetablerte hop av leger som ikke vet hvor de skal søke? Turnuskandidatene våre kan være viktige ambassadører. Men knapt noen har blitt, de manlige skulle i militæret og de kvinnelige var ofte gravide eller legemannen skulle i militæret.

Ellers har vi hatt studenter fra Trondheim. Det er virkelig å anbefale! Det styrker selvtilliten å ha et skilt på vente-værelset om at denne praksis samarbeider med Uni-versitetet i Trondheim. Studentene er åpne og interesserte. Og de tvinger deg til å tenke på hva du driver med. Forhåpentligvis får de et inntrykk som ikke skremmer dem fra å tenke på allmennmedi-sin senere.

Det er klart at gjennomtrekk, slik det har vært i perioder, under-graver kontinuitet og personlig

forpliktende omsorg i utkantkommuner. De faste legene er også etter hvert mye borte, vi har 6 ukers ferie, 2 ukers kurs, utdanningspermisjoner og avspasering. Det er et puslespill å få kabalen til å gå opp. Publikum er likevel stort sett fornøyde, tror jeg, i min kommune uten at jeg har gjort noen spørreundersøkelser.

Noe nytt hos oss de siste par årene er at flere av fastlønnslegene går i graderte stillinger, 50 – 80%. Snart tjener man, med spesialitet, like mye på 5-delt vakt som på resten av jobben. For å sette det på spissen: Målt i lønn pr. tidsenhet er vaktene interessante, mens jobben på dagtid er pyton. Man opprettholder anstendig lønn likevel og kan bruke frihverdagene til å jakte, reise eller passe barn.

Vi farter med industrien, vi ser Norge med Fond II. Som en sa: «Jo mer legene er ute, jo mindre er de inne.» Vårt utstrakte fravær for tiden står i kontrast til våre forgjengere for bare 15 – 20 år siden som stort sett alltid var der. Vi har det jo så «bra», så «fritt». Men har vi mistet noe på alle våre møter, reiser og kurs? Mistet tråden? Eller sjefreden? Jeg har pleid å være en nokså glad optimist. Det kan være et hint at siste turnuskandidat ville gi meg en bok som heter «Tristeser i utvalg».

Når legene er mindre til stede på dagtid må pasienter oftere ringe på vakt for å treffe den legen de vil ha. På denne måten uthules vakt- og øyeblikklig hjelpebegrepet. Det taes kveldstakst for ting som kunne vært ordnet ved bedre tilgjengelighet på dagtid. Diskontinuitet på dagtid gjør det vanskelig å prioritere kommunale oppgaver og forlenger ventetida. Systemet er muligens behagelig for legene, det kan gi oss tilnærmet normal arbeidstid – og dette er jeg egentlig sterkt tilhenger av. Imidlertid kan det være faglig og samfunnsøkonomisk betenklig og gi oss travle vakter som er tunge å leve med.

Det er sett en sterkt økning i legevaksutgifter i fastlønns-dis-

trikter. Det er jo på dagtid mesteparten skulle gjøres! Jeg har gradvis blitt mer betenkta over fastlønnssystemet. Kan utviklingen snus med driftstilskudd og fastlønn på legevakt? I dag ønsker flere leger deltidsstilling og fastlønnstilskuddet tilgodeser dette. Det skal ikke stor fantasi til å se at det trengs flere leger i dag for å fylle tomrommet etter våre forgjengere. Bør myndighetene pga skjevfordelingen av leger regulere trygdens utbetalingar bedre?

En vei å gå kan være reduksjon av vaktbyrde ved økt sentralisering av legevakt mellom småkommuner. Samtidig må forventningene til døgnservice reduseres. Kanskje det framover blir urealistisk å få egen lege hjem til hvert ytterste ness til alle døgnets tider. Vi leger må bidra til egenomsorg og oppdra til respekt for hva som er vaktarbeid.

Jeg har syntes det har vært vanskelig å være kommunelege I i en slik utvikling, både som tilsynsmyndighet og kontorleder som skulle fylle hullene og samle tropene. Jeg har nylig gått over i redusert kommunelege II stilling i kommunen vår. Det føltes på et vis som å kaste kortene og miste en identitet. Imidlertid var det for meg på tide å tenke nytt. Over-skuddet var borte.. Jeg tror at rekrutteringsvansker til kommunehelsetjenesten i dag verken kommer av rådmenn eller lønnsforhold. Snarere at flere ikke lenger ser det romantiske i 24-timers eksposisjon overfor økende forventninger og krav. Fritid og familie vinner over kall og karriere. Løsningen for det samfunnsmedisinske arbeidet har jeg ikke. Kommunelegetjeneste i en bygd over tid gir deg en innsikt i lokalsamfunnet som knapt noen annen besitter. Likevel etterspørres ikke denne kompetanse. Man blir like usynlig som det forebyggende arbeidet. Jeg tør å spørre om samfunnsmedisin i dagens situasjon i noen grad er Sisyfosarbeid uten etterspørsel.

Jeg skylder dere kanskje en for-

klaring på hvorfor jeg har blitt i Nærøy. Jeg tror vi har mobilisert en slags vilje til å trives og satset på å bli så ungene kunne ha et sted å være fra. Det er et skritt å kjøpe hus, det er ikke bare å flytte. Vi har hatt en brukbar vaktordning, gjennomsnittlig fire til femdelt er til å leve med. Flere på et kontor gjør det mindre sårbart ved vakans. Det er lov å være syk uten at verden går under. Og det er stimulerende faglig.

Norske bygdesentra har korte avstander, alt er tetttere enn i byen. Trygt miljø for barna, kort arbeidsvei. Argumentene om at folk vil til byen p.g.a. kulturturtilbuddet tror jeg er vikarierende og uten bunn i virkeligheten. Mange jeg kjenner i Oslo er aldri ute på noe, i Nærøy går man på det som er og det kommer mye kultur langs landeveien. Sentrum i livet er der man bor, Dagbladet og Dagsrevyen er de samme. Det er også ganske god økonomi å ikke flytte for ofte, og det gir en viss ro og tilhørighetsfølelse.

Hvis man åpner for hverdagsglede kan dagene faktisk bli spennende. Sånn som når den eldre kona spurte om vi kunne se på urinen hennes i horoskopet også, eller mannen som ville få tatt et KGB.

Utkant-Norge er vakkert og utfordrende. Men det roper ikke så høyt. Hvor blir det av legene? Kanskje ideologene må ut i felten igjen og lete etter svar.

*Henrik Brochmann
Doktorvn. 6
7970 Kolvereid*

Helsefremmende og forebyggende arbeid i et tidsskifte

(Foredrag ved Nidaroskongressen)

Tekst: Anders Grimsø



Anders Grimsø, f. -50. Uteksaminert i Trondheim -78. Medisinsk doktorgrad ved Institutt for allmennmedisin i Oslo -83. Kommunellege II i Surnadal siden 1983. Vært spesielt opptatt av forskning og fagutvikling i anvendt samfunnsmedisin innenfor områdene forebyggende arbeid, informasjonssystemer i primærhelsejenesten og helsetjenester til utsatte grupper.

Samfunnsmedisin

Teoretisk og ideologisk grunnlag

Et fag farget av historien

1700	Samfunnsplanlegging i sykdomsforebyggende øyemed
1800	Sanering og renovasjon
1900	Hygiene
	Ernæring
1950	Sosialmedisin
	Velferdsstaten
2000	Livsstilssykdommene
	???

Figur 1. Samfunnsmedisinens historie

Et fag farget av historien

I forebyggende arbeid vil en føle skiftningene i samfunnet mer enn i noen annen medisinsk disiplin. Fagets innhold og teorigrunnlag har skiftet betydelig i dets historie (1).

1700-tallets leger var opptatt av samfunnsplanleggingen i sykdomsforebyggende øyemed. På midten av 1800-tallet var sanering og renovasjon hovedtemaet, sannsyn-

ligvis på bakgrunn av de problemlige koleraepidemiene og industrialiseringen ført med seg. Oppdagelsene av mikroorganismer la grunnlaget for rivende utvikling i

faget hygiene omkring århundreskiftet.

Fra 20-årene kom ernæringen i sørklyset og ble et hovedinnsatsområde for forebyggende arbeid. Fra 30-årene og utover la økt politisk fokussering på klassesamfunnet og bedre forståelse av sosiale forholds betydning for helsen grunnlaget for fremveksten av sosialmedisinen. Etterkrigsårene med materialismen og rask teknologisk utvikling gav tillit til at helseproblemene best kunne løses med et godt utbygd helsevesen støttet av et økonomisk sikkerhetsnett gjennom folketrygden. De siste tiårene har livsstilssykdommene vært et hovedtema.

Det dukker stadig opp nye temaer i det forebyggende arbeidet. Likevel er det helt nødvendig at vi tar vare på og fortsetter med de oppgaver vi historisk har arvet. Delvis er de samme problemene der enda, eller vi vet at det skal lite til før de blir høyaktuelle igjen. Betrakter en faget helsefremmende og forebyggende arbeid over tid, ser en at påbygginger og utvidelse kjennetegner faget mer enn skiftninger i innhold.

Styrт av kontekst og kultur

Valg av løsninger og arbeidsmetoder blir også sterkt avhengig av den kontekst og kultur som til enhver tid råder i samfunnet.

Da hygienetankgangen rådde, var det legitimt at mange helseproblemer ble forsøkt løst ved hjelp av særomsorger og isolasjon i institusjoner (f.eks bekjempelsen av tuberkulose). Det er løsninger som nå er helt uakseptable med dagens menneskesyn. Mens andre medisinske fagfelt stort sett kan velge målsetninger basert på faglige kriterier alene, må samfunnsmedisineren ofte først undersøke rammebetingelsene eller hva oppdragsgiveren ønsker, og tilpasse løsningene best mulig deretter.

Men nærheten til endringer i samfunnet krever at det er stor dynamikk i faget. Vi må kunne stille opp og ta et bredt spekter av

Samfunnsmedisin inn i en ny tid

Nye premisser og rammebetingelser for faget

- fra organisasjonssamfunnet

sentralisering
institusjonalisering

- til informasjonssamfunnet

desentralisering
demokratisering



Figur 2. En ny tid

utfordringer når de er der, f.eks eldrebølgen, arbeidsledigheten, innvandrerspørsmålet, misbruksproblematikken osv. Det er ofte andre forhold enn faglige kriterier og vurderinger som bestemmer dagsordenen. Dette er ofte et dilemma i et fag, f.eks. i forebyggende arbeid, der vi egentlig bør tenke svært langsigktig.

Fra organisasjonssamfunnet til informasjonssamfunnet

Ser vi bakover i historien, synes fremveksten forebyggende virksomhet å være klart knyttet til to utviklingsstrek. Det er sentralisering og institusjonalisering (figur 2). Der mennesker blir samlet og organisert med en ledelse som får ansvaret for individenes ve og vel,

erkjennes behovet for forebyggende arbeid.

De første samfunnsmedisinere fremstod i bysamfunnene og i det militære. Behovet for forebyggende arbeid blant barn ble raskt forstått etter at vi fikk lov om alminnelig skoleplikt i Norge i 1850. Da kom barns helseproblemer klart frem. Opprettningen av bedriftshelsestjeneste kom i kjølvannet av industrialiseringen (1).

Organisering og institusjonalisering er utvilsomt en fordel for utøvere av helsefremmende og forebyggende arbeid. Problemer blir synliggjort, arbeidet kan systematiseres og effektiviseres og ansvaret kan legges på en ledelse som har virkemidler og makt.

Men samfunnsutviklingen har

nå gått inn i en ny fase med *desentralisering* og *demokratisering* som drivende idealer. Vi går bort fra et organisasjons- og institusjonssamfunn og over i det flere kaller et frihets- og informasjonssamfunn. Organisasjonene og institusjonene taper makt til fordel for enkeltindividene rettigheter og personlige frihet. Informasjonsmediaene får stadig større betydning og innflytelse.

Forebyggende virksomhet har fått merke dette meget godt. Helsedirektoratet, nå Statens helsetilsyn, representerte tidligere toppen på et sterkt faglig hierarki med en helsedirektør som kunne ta selvstendige avgjørelser i en rekke saker og hadde direkte adgang til statsråden. Nå er institusjonen redusert til et tilsynsorgan og ansvaret for helsetjenesten er desentralisert og lagt til folkevalgte organer i kommunene og fylkeskommune. Lokale utøvere av forebyggende arbeid har måttet skifte rolle fra å være statsansatte underlagt helsedirektøren til å bli kommuneansatte underlagt helse- og sosialsjefen.

Mens virksomheten i helsetjenesten tidligere kunne bli styrt med forskrifter og direktiver, må de som skal drive med forebyggende arbeid nå skaffe seg innflytelse gjennom metoder som er tilpasset en demokratisert, men ofte en mer komplisert beslutningsprosess. Dette innebærer en helt ny kontekst for mange og betyr at de må erverve seg kunnskaper og arbeidsformer som de ikke har fått i sin utdanning.

Det idemessige grunnlaget for desentraliseringen er at når de som utfører arbeidet (er nærmest problemene) får større medbestemmelse og ansvarliggjøres, så vil det fremkalte større engasjement og menneskelige og faglige ressurser.

Implikasjoner for forebyggende og helsefremmende arbeid

Tidligere har det ligget i vår kultur, og vært fullt akseptert, at «veien til lykke er den smale vei».

Samfunnsmedisin

Samfunnsmedisin i 1. linje

Faginnhold :

Administrasjon, planlegging

Forvaltning, saksbehandling

Budsjettering, regnskap

Teknisk hygiene

Tilsyn, kontroll

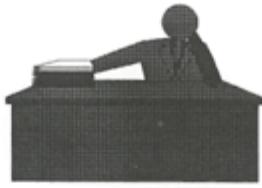
Tverrfaglig samarbeid

Nærmiljøarbeid

Nettverksutbygging

Mobilisering

Integrering



Figur 3. Samfunnsmedisin i 1. linje – faginnhold skifte

Vi har i stor grad kunnet bygge forebyggende arbeid på forsakelse og leveregler. En stadig mer vektlegging av rettigheter og personlig frihet får konsekvenser for valg av strategier i samfunnsmedisinsk arbeid. Vi må i større grad sørge for at veien til god helse blir «den brede vei». Det vil si vi må legge forholdene til rette, fjerne hindringer og gjøre det «lønnsomt» og attraktivt å velge positiv helseatferd.

I fattigdomssamfunnet med feilernæring og utbredte infeksjonssykdommer kunne vi love bedre helse som belønning for forebyggende tiltak. I dagens samfunn er vi kommet i en situasjon hvor god helse er noe de aller fleste opplever at de allerede har. Det gjelder især barn og unge. Vi ser

ofte at det bare er de eldre, som begynner å merke at god helse ikke er en selvfølgelighet lenger, som lytter på oss.

Virkemidlet hittil har for mange vært tradisjonell helseopplysning, men ofte med resultater som har skapt mer frustrasjon hos utøveren enn handling i befolkningen. Selv i den ypperste pedagogiske innpakning kan helseopplysning bli utilstrekkelig og uten særlig påvirkningskraft.

Skal vi arbeide mer effektivt, må vi i tillegg vite å utnytte de strukturelle effektene som ligger i føringer – politiske, økonomiske, tekniske og andre. Det er dette som gir folk bestemte handlingsmuligheter og stenger ut andre. På samme måte må vi sette oss inn i hvordan vi må forholde oss til kul-

turelle effekter, verdier og normers integrerende effekt som påvirker motiveringsgrunnlaget.

Mennesker handler intensjonalt og strategisk. Det har derfor vært lagt altfor liten vekt på konflikt og maktutøvelse som sentrale styrende fenomener. Vi har trolig også i stor grad oversett at mellommenneskelige forhold for en stor del er indirekte. De formidles gjennom et mangfold av medier som vanlige kommunikasjonsmidler, redskaper, maskiner, penger osv.

Samfunnsvitenskapene har arbeidet med disse problemstillingene og etterhvert utviklet et betydelig teorigrunnlag som helsearbeidere vil kunne dra stor nytte av (2,3). Det er forskning som handler om menneskelig adferd og relasjoner. Fordi folk har muligheter til å velge hvordan de vil handle, blir årsaks-virkningsforklaringer slik vi kjenner dem fra vår naturvitenskapelige tradisjon ofte meningsløse. Hensikt og handling er ikke logisk uavhengige.

Det som imidlertid mangler og blir utfordringen, er å sette denne forskningen inn i den konteksten som samfunnsmedisinere arbeider i og anvende det på forhold der den viktigste substanskunnskapen er medisinsk kunnskap. Rent konkret blir det også spørsmål om å se på oss selv og vår rolle i samhandlingene, utvikle vårt handlingsrepertoar og finne den organisjonsstruktur som best setter oss posisjon.

I lys av en samfunnsutvikling som har vært dominert av institusjonalisering og sentralisering, har de viktigste samfunnsmedisinske arbeidsmetodene vært (kolonnen til venstre i figur 3):

- administrasjon og planlegging
- forvaltning, saksbehandling
- økonomistyring
- teknisk hygiene
- tilsyn og kontroll

Hvis vi skal kunne møte utfordringene i et samfunn som bygger

på demokrati og desentralisering, må vi lære og utvikle de metodene som er effektive og uavhengige av en fast og hierarkisk organisering. Vi må få i stand samfunnsmedisinsk forskning som kan utvide repertoaret av metoder for implementering av medisinske kunnskaper og tiltak i befolkningen (4,5,6). Slike arbeidsmetoder omfatter (kolonnen til høyre figur 3):

- tverrfaglig samarbeid
- nærmiljøarbeid
- nettverksutbygging
- mobilisering, aksjonering
- integrering

Valget av metoder kan begrunnes kort:

- *Tverrfaglig samarbeid:* Beregninger som er gjort viser at bare 10% av de forhold som er bestemmende for vår helse faller inn under helsetjenestens domene og virksomhet. Resten har vi liten eller ingen innflytelse over. Områdene tilhører andre faggrupper og etater – på kommunalt nivå først og fremst teknisk etat, kultur- og skolesektoren.
- *Nærmiljøarbeid:* Undersøkelser viser stadig betydelige lokale variasjoner i helseproblemer (7). F.eks: Mens Kristiansund omrent ligger på toppen av norske byer i hjerte-kar sykdommer og kreft, ligger Molde som bare er en times reise unna, omrent lavest av alle byer i Norge. I kartleggingen av alkoholkonsum i tre kommuner på Nordmøre, fant vi ikke bare stor variasjon mellom kommunene, men den var enda større innad i kommunene (8).
- *Nettverksbygging:* Det blir stadig klarere gjennom undersøkelser at god helse og mulighetene til implementere forebyggende og helsefremmende tiltak bygger på to grunnpilarer – et positivt selvtiltak og et godt sosialt nettverk (9).

- *Mobilisering:* Forebyggende virksomhet begynner vanligvis ikke å fungere før folk selv tar budskapet/gjør arbeidet selv (massestrategien). F.eks. distriktsleger og helsesøstre stod på i mange årtier for å få folk til å vaske hendene. Det var først etter at det ble en naturlig del av vår kultur, gjennom f.eks. vår oppdragelse av barn, at dette nå fungerer nesten helt av seg selv.

- *Integrering:* Hygienetankgangen som dominerte første del av dette århundret med storinstitusjoner for psykiatriske pasienter og psykisk utviklingshemmede, spesialskolene og isoleringen av tuberkulosepasiente ne er ikke politisk og etisk akseptert lenger. Utsatte grupper har krav på hjelp der de bor og oppholder seg.

Det er ikke vanskelig å se at et slikt skifte i arbeidsformer er igang på flere andre områder i samfunnet i takt med demokratiseringen.

Figur 3 illustrerer også et annet poeng. Raden av oppgaver på venstre side er byråkratiets-/skriveborrets arbeidsmetoder. Og det er mannssamfunnets metoder. Raden til høyre representerer arbeidsmetoder vi kjenner igjen fra de små lokalsamfunnene før byråkratiet (sentraliseringen og organiseringen) gjorde sitt inntog. Og det var kvinnene i lokalsamfunnet som var utviklere og bærere av disse metodene.

Dette er et område hvor det er lett å konkretisere hva kvinnekulturen kan tilføre positivt til utviklingen av vårt samfunn.

- *Tverrfaglig samarbeid:* For hvem er det som mest er mest engasjert i tverrfaglig samarbeid (hvem er det som evner å lytte til hva andre sier og mener)? Det er kvinner.
- *Nærmiljøarbeid:* For hvem er mest opptatt av og mest engasjert i virksomheter i nærmiljøet? Det er kvinner som er i fler-

- tall f.eks. ved møter i skolen, ved tilstelninger lokalt, etc.
- **Nettverksutbygging:** For hvem er det som oppretter og vedlikeholder det sosiale nettverket? F.eks. hvem passer på bursdager i familien, hvem møtes oftest i kaffeselskap og i foreninger, hvem rapporterer og holder seg orientert om hva som foregår?
 - **Mobilisering:** For hvem er det som mobiliserer når det trengs hjelp – til enkeltindivider og i større sammenheng. Tenk på hvem som har vært drivkrefte i avholdsbevegelsen, helselagene, støtteforeningene etc.
 - **Integrering:** Hvem er det som helst velger integrering fremfor segregering for å løse omsorgsproblemer? Da jeg intervjuet foreldre til psykisk utviklingshemmede i samband med HVPU-reformen, var det mødrenes protest mot plasering i institusjon som var hovedgrunnen til at mange forbile hjemmeboende da distriktslegen og institusjonsledelsen på 50- og 60-tallet reiste rundt å forsøkte å rekruttere til HVPU-omsorgen i sentralinstitusjoner (10).

Den dominerende diskusjonen nå blant mine kollegaer er bekym-

ringen for samfunnsmedisinens rolle i lys av plassering i byråkratietets maktstruktur både lokalt og sentralt. Det er en unødvendig bekymring hvis man innser hvilke arbeidsmetoder som fungerer best i et desentralisert og demokratisert samfunn. Det som bekymrer meg mest, er mangelen på kompetanse i denne typen arbeidsmetoder blant kollegaer. Foreløpig ser jeg heller få spor av denne typen tenking i utdanningen av de nye

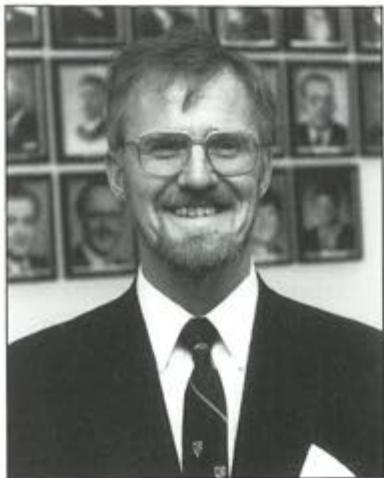
medisinerne. Vi kommer til å måtte leve med å ha frustrerte kommunaleger i lang tid fremover enda. Håpet er evt. at kvinnelige leger engasjerte seg i fagfeltet. De har en kulturbakgrunn som passer med fremtidens samfunnsmedisin.

Anders Grimsmo
Adresse: 6650 Surnadal
Telefon: 71 66 13 44
Telefax: 71 66 12 72

Litteratur:

1. Larsen Ø, Brekke D, Hagestad K, Høstmark A, Vellar OD. Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse, Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
2. Brox O. Praktisk samfunnsvitenskap. Oslo: Universitetsforlaget, 1990.
3. Martinussen W. Sosiologisk analyse. Oslo: Universitetsforlaget, 1991.
4. Botten GS. Livsstil som sykdomsrisiko. Bjerkedal T (red.) Forebyggende medisin. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992.
5. Søgaard AJ, Thelle D. Nær miljøbasert forebyggende arbeid. Utposten 1988;17:110-17.
6. Grimsmo A, Eldjarn K, Hagestad K, Nylenna M, Skoglund E, Vigen T, Ytterdahl T. Akademisk styrking av samfunnsmedisin. Oslo: Den norske lægeforening, 1993.
7. Sosialdepartementet. Styrings- og informasjonshjulet for helse og sosialtjenestene i kommunene. Sammenligningstall for kommunene 1992 (hefteserie). Oslo: Sosialdepartementet, 1992.
8. Grimsmo A, Storset B, Ødegård A. Drikkemønstret blant ungdom i tre kommuner. Kartlegging av lokale variasjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115:28
9. Norges offentlige utredninger. Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier. NOU 1991:10. Oslo: Sosialdepartementet, 1991.
10. Lohre A, Grimsmo A. Psykisk utviklingshemmede i lokalsamfunnet – boforhold, familiesituasjon, skolegang, arbeid, fritidstilbud og hjelpe tiltak. Tidsskr Nor Lægeforen 1990;110: 1651-3.

Ny helseminister Hernes



Gudmund Hernes heter vår nye helseminister. Innen dette leses, er sannsynligvis hans fredningstid over. Mange venter med spenning på hva han tenker, hva han vil si og hva han vil gjøre med helsetjenesten. Han er kjent som en uredd mann med meningers mot, med ordets kraft og med handlingens styrke. UTPOSTEN ønsker ham lykke til!

Spesialistkurs i samfunnsmedisin

KOMMUNELEGEKURSET 1996

Årets kurs blir arrangert på Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa) i Oslo
mandag 26. august – fredag 29. november 1996 (14 uker).

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

I samarbeid mellom Folkehelsa og Universitetet i Oslo (UiO) er det opprettet en universitetsseksjon for anvendt folkehelsevitenskap under Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag ved UiO, lokalisert på Folkehelsa. Denne seksjonen administrerer nå Kommunelegekurset. Godkjenning av Kommunelegekurset som del av masterutdanning i folkehelsevitenskap er under vurdering.

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

Kurset har som mål å dyktiggjøre leger for samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver:

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

Kurset omhandler følgende emner:

- befolkningskunnskap, bl.a. demografi og medisinsk historie
- helsetjenestekunnskap, bl.a. administrasjon, ledelse og helseøkonomi
- helsefremmende, sykdomsforebyggende og sosialmedisinsk arbeid
- miljørettet helsevern og smittevern
- vitenskapelig metodikk, bl.a. epidemiologi og statistikk, prosjektarbeid og kritisk vurdering.

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

Søkerne anbefales å forhåndsinformere sine arbeidsgivere om søknaden og tidlig søke om permisjon med lønn. Beskjed om opptak gis i mars. Det er ingen kursavgift. Borteboende deltagere får et stipend fra Den norske lægeforening. Kurssekretæren gir råd om bolig.

Informasjon om kurset og eget søknadsskjema er sendt til alle kommuner og fylkesleger. Nærmore opplysninger om kurset gis av kurslederen, overlege Jon Hilmar Iversen, tlf. 22 04 24 05, eller kurssekretæren Anne Karine Pedersen, tlf. 22 04 24 08, faks 22 04 25 95.

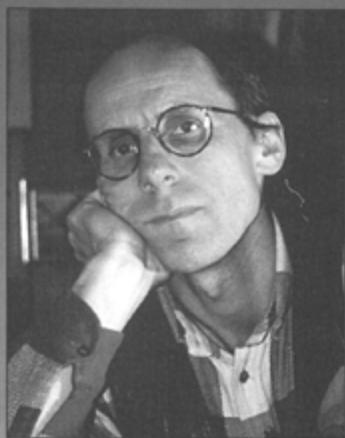
Søknadsfrist er mandag 26. februar 1996.

Søknaden sendes direkte til Seksjon for anvendt folkehelsevitenskap, Folkehelsa, Postboks 4404 Torshov, 0403 Oslo.

Fastlegen som forebygger

Fastlegeordningen og de sykdomsforebyggende og helsefremmende tjenester for barn

Tekst: Frode Heian



Frode Heian, f. 1947. Etter 1 1/2 år ved barneavdeling i slutten av 70-årene kom munnelege i Tingvoll i 13 år. Tidligere medredaktør i Utposten. Et par tiår vært opptatt av forebyggende arbeid for barn og fagutvikling av helsestasjons-tjenesten, bl.a. med Helsestasjonsboka som resultat. De siste åra ansvarlig for prosjekt Barn – Helse – Miljø, med fokus på mentalt forebyggende arbeid i temmelig tverrfaglig perspektiv.

Det som er igjen av fritid foregår enten i avslappet stilling med tekopp og bok eller med en relativt aktiv bruk av Romsdalsnaturen, gjerne som pakkesel for resten av familien.

Fastlegeordning – et skritt fremover

Fastlegeordningen kan – i en riktig utgave – gi muligheter for store

UTPOSTEN nr. 5/95 inneholdt tre innlegg om forebyggende arbeid for barn og fastlegeordningen. To av bidragsyterne (legene) argumenterte for en radikal omlegging av helsestasjons- og skolehelsetjenesten ved å inkludere dem i fastlegeordningen, mens den tredje (helsesøster) hadde motforestillinger.

Vi må passe på så vi ikke heller ungene ut med badevannet her. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er nok mer verneværdige enn engasjementet i både allmenn- og samfunnsmedisinsk miljø tyder på i dag. På den annen side kan fastlegeordningen tilføre kvaliteter som bør komme de forebyggende tjenestene også til gode. Kanskje finnes det en kombinasjonsløsning som ivaretar de fleste interesser?

forbedringer i det kurative tilbuddet i primærhelsetjenesten, og uten tvil bringe sentrale allmenn-medisinske idealer nærmere realisering. Den vil trolig også virke positivt på den forebyggende virksomhet som foregår i allmenn-praksis også i dag, med utgangspunkt i den kurative virksomheten. Slik forebygging er spora-disk og avhengig av situasjon og tilgjengelig tid, men foregår mange steder i utstrakt grad.

Fremskritt på alle fronter?

Det har imidlertid ikke ligget intensjoner om omlegginger av de organiserte forebyggende tjenestene for barn bak fastlegeforsøket, og Sosial- og helsedepartementet har hele tiden hevdet at det ikke er aktuelt. Det er likevel rimelig å ta denne diskusjonen når den kommer, den gir samtidig anledning til en kritisk vurdering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten generelt.

Ønsker for forebyggende tjenester

Ønsket om tilpasninger til fast-

legeordning for disse tjenestene har godt forståelige motiver. Thor-sen lister opp noen av dem (1) med fastlegens helhetsansvar og oversikt, kontinuitet i lege-pasient-forholdet og mer rasjonell tidsbruk for legen som de viktigste. Den danske ordningen blir fremholdt som eksempel av Honoré (2).

Helsesøstrene, de som bærer tjenestene, blir også tillagt en gevinst ved en slik omlegging: utvidet ansvar i forhold til hjemmebesøk og oppfølging i hjemme-ne, evt. i samarbeid med hjemmesykepleien. Mitt stalltips er at de har behov for en mer helhetlig vurdering (for å si det mildt) av sin

Det er lett å idealisere det man selv står for.



rolle, og at det er en betydelig skepsis til fastlegeordningen som veien til bedre forebyggende tjenester for barn. Det fremgår også tydelig av Jentofts artikkel (3). Helsestøsters behov går nok uten tvil i retning av større lege-engasjement innenfor disse tjenestene slik de er organisert i dag.

Hva foreldrene ønsker seg vet vi lite om. Enkeltuttalelser viser at noen har dårlige erfaringer med tjenestene i dag, og kanskje ønsker noen en annen organisering. Mer systematiske helsestasjons-brukerundersøkelser (som i hovedsak treffer mødre) viser at foreldrene med få unntak er svært positivt innstilt til tjenesten i dag (4-6).

Behov for bedring, men på hvilke premisser?

Det er ikke tvil om at helsestasjons- og særlig skolehelsestjenesten kan (og må) bli bedre. Det gjelder ikke minst utnyttelsen av legens tid, og dette er en utfordring til helsestøster og lege i fellesskap. Det er likevel ikke riktig å sette samme mål på disse tjenestene som på en travel, kurativ praksis. Det dreier seg om en annen måte å arbeide på; med barn som i utgangspunktet er friske, der organfeil er forholdsvis sjeldne (men som må identifiseres!), og der utgangspunktet er forebyggende og helsefremmende arbeid med stor vekt på budskapsformidling. Det har vel legen også noe å bidra med! Hvis legens følelse av meningsfylt faglig tilværelse bare er knyttet til det å gjøre patologiske funn, vil det raskt bli lite igjen av motiveringen for dette arbeidet. Det vil være tilfelle også i en fastlegeordning, tror nå jeg.

Forbedringstiltak må rette seg mot årsakene

Spørsmålet er om veien til bedre tjenester først og fremst går gjennom organisatoriske endringer ut fra legenes behov. Den labre interessen for forebyggende arbeid for



Ikke ødelegg opplegget mitt!

barn har nok også dypere og viktigere årsakssammenhenger. For å nevne et par: Vi mangler sentra som kan være drivkrefter i fagutviklingen og utgjør et miljø for rekruttering til forebyggende arbeid, og: gapet mellom fortjenesten i forebyggende og kurativ virksomhet er uforståelig stort. Det siste er et skikkelig vanskelig spørsmål. Ellers går nok veien til bedre tjenester først og fremst gjennom økt faglighet. Det er ikke uten videre sikkert at den sikres selv om legenes behov ivaretas gjennom en fastlegeordning.

Vårt utgangspunkt kunne vært bedre

Jeg er ikke i tvil om at forslaget om fastlegeordning for de forebyggende tjenestene for barn er motivert ut fra ønsket om å forbedre tilbudet til brukerne. Det pekes også på sentrale ømme punkt som de nåværende tjenestene er nødt til å forholde seg til. Likevel er jeg redd forslaget vil bli oppfattet som et utspill først og fremst i legenes interesse.

Og siden forslaget innebærer overføring av ansvar til legene, er det nok på sin plass med litt selvransakelse: Ikke bare kommunehelseloven, men hele den allmennmedisinske bevisstgjøringen i 1970- og 80-årene slo fast at primærhelsetjenesten (selvfølgelig) har hovedansvaret for det forebyggende arbeidet for barn. Barnelege følte seg skjøvet ut over sidelinjen. I ettertid kan vi nok si at denne oppgaven kunne vært

bedre ivaretatt. Da ville forslaget om utvidet ansvar også hatt større tyngde.

Et initiativ fra de allmennpraktiserende legene nå er selvsagt helt OK, men bør snarest munne ut i en invitasjon til andre sentrale aktører (også barnelegene) til samarbeid om videre utforming av tjenestene. Dette samarbeidet kan bl.a. bygge videre på det grunnlaget som allerede er lagt i en fersk rapport fra barnelegeforeningen (7).

Er tjenestene verneverdige?

Før vi gjennomfører radikale omlegginger bør vi også se på de positive verdier disse tjenestene representerer. Det forebyggende arbeidet for barn etter norsk, svensk og finsk modell er unikt i verdens-sammenheng. Helsestasjonen er her i landet bygget opp gjennom en bred, folkelig bevegelse og har lang tradisjon der brukernærhet og -styring har stått sentralt (8). I den grad snevre rammer tillater, har helsestasjonene stått fram som sentra for sosial kontakt, formidling av viktige budskap og samordning av tjenester for barn med spesielle behov, og det finnes et betydelig erfahringsgrunnlag for dette arbeidet (bl.a. 9-12). Det utviklingsarbeidet som her har foregått bygger på helsestasjonen som en institusjon i lokalsamfunnet, og det er sterke holdepunkter for at disse funksjonene bør høre sammen i en helhetlig tjeneste. For tiden er det forebyggende arbeidet for barn gjengstand for større kritisk vurdering

og nytenkning enn på mange år, og på tross av mangeårig faglig og økonomisk lavprioritering både sentralt og lokalt hersker en større optimisme enn på mange år. Vi må være åpne for de utviklingsmuligheter som foreligger innenfor nåværende organisering, og det er disse mulighetene som må holdes opp mot alternativene.

Dette betyr som tidligere nevnt ikke at alle sider ved tjenestene fungerer bra. Blant annet er kontakten til (og fra) primærlegetjenesten for dårlig.

Helhet? Nei, fragmentering!

En omlegging til «dansk system» dreier seg imidlertid ikke bare om å overføre enkelte, isolerte arbeidsoppgaver til et legekontor, men å stykke opp en virksomhet som de fleste steder tross alt fungerer helhetlig. En slik fragmentering kan rokke ved den nesten totale, men sannsynligvis ganske sårbar oppslutningen om tjenestene (kanskje med unntak av vaksinasjonsdekningen som nok vil holde seg rimelig bra uansett). Det blir to instanser som da får ansvar for oversikt og innkalling. Den enkelte lege vil kanskje ha bedre oversikt over «sin» populasjon, men det kan bli vanskelig å holde en god oversikt og håndheve gode purringsrutiner i kommunen som helhet. Og hva med de grupper som lett faller utenfor i alle sammenhenger?

Rådgivning om egenomsorg, hverdagens sykdommer, forebygelse av barneulykker, hvordan legge til rette for en god fysisk og psykisk utvikling osv. er informasjonsoppgaver som må deles mellom helsesøster og lege. Det er viktig at denne informasjonen er samordnet, og at budskapene oppfattes som rimelig enhetlige. Det er vanskelig i dag, og en svekkelse av arbeidsfellesskapet mellom helsesøster og lege vil ikke gjøre det lettere.



Og her, min sønn, kunngjør fuglen sitt territorium... et vanlig instinkt hos de laverestående dyrearter.

Fastlegen kan heller ikke overta alle oppgavene for skole- og helsestasjonslegen slik de er fastslått i retningslinjene for disse virksomhetene. Samfunnsmedisinske oppgaver vil enten bli nedtonet eller overført til kommunelege I, og en ytterligere fragmentering er resultatet.

Samfunnsmedisinsk virksomhet gjennom direkte kontakt

Helsestasjons- og skolehelsearbeidet drives i hovedsak gjennom direkte kontakt med barna/familiene, og innholdet i kontakten er klinisk preget. Men fordi den har hele barnebefolkningen som målgruppe, er det i prinsippet også en samfunnsmedisinsk virksomhet med stort potensiale for helsegevinst. Denne kombinasjonen av individ- og samfunnsrettet virksomhet er mer verd å ta vare på og utvikle, enn engasjementet både i allmenn- og samfunnsmedisinske miljøer tyder på. Den brede, nære og personlige kontakten med brukerne gir helt spesielle muligheter for oversikt over barnebefolkningens helse og oppvekstvilkår som helsestasjonen er pålagt. Og det gir

forutsetninger i rollen som premisseleverandør til lokale myndigheter som ingen andre instanser. Samarbeidet mellom en interessert helsestasjonslege og en helsestøster – begge med inngående kjennskap til både barnefamiliene og lokalmiljøet i et vel definert nærområde, er på sitt beste et utgangspunkt for forebyggende arbeid som det skal mye til å overgå. Vi må også her si at mulighetene som ligger i dette ikke er godt nok utnyttet.

Samarbeid med andre tjenester

Til slutt en generell betraktning som ikke bare gjelder forebygging, og ikke bare er begrenset til tjenester for barn: Mange av dagens store helseproblemer har en sammensatt natur både når det gjelder årsaker og behandling. Dette er bl.a. gitt en sentral omtale i *St.meld. nr.37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*, et av de viktigste helsepolitiske dokumenter de siste årene. Her legges bredsiden til for en ganske klar geografisk organisering av alle hjelpe- og servicetjenester i kommunene. En kurativ legetjeneste som – særlig i større kommuner – er organisert helt uten hensyn til dette, vil lett forsterke den nåværende tendensen til at legene blir stående på siden i forhold til andre tjenester. Det vil være uheldig, først og fremst med tanke på kvaliteten av det samlede tilbuddet, om ikke medisinske aspekter gjøres gjeldende i det tverrfaglige samarbeidet. Samtidig er det selvfølgelig en fare for at legenes posisjon i forhold til de øvrige tjenestene vil bli mer og mer anonym.

Fastlege med områdeansvar?

Kanskje kan de fleste av ovennevnte dilemma løses ved at fastlegeordningen også i større kommuner over tid får en klar, men lempelig og fleksibel geografisk orientering.



Det kan skje f.eks. ved at det i hovedsak er lege-/helsecentra eller et begrenset antall leger som tillegges det geografiske ansvaret, og er ikke til hinder for at den enkelte lege har et primæransvar for sin listepopulasjon slik det er intensjonen i fastlegeordningen. Da vil trolig de som ikke finner seg til rette med en lege i området være relativt få. Dette er ikke noe nytt, omrent slik har det jo fungert i småkommunene i lang tid.

Det vil ikke føre til at legen gjør rutineundersøkelsene på alle «sine» barn, men det skulle være mulig for fastlegen å få løpende oppdatering med aktuelle opplysninger til sitt journalsystem. Og det burde være bra nok, eller – ?

Momenter som vurderes ved spørsmål om omlegging

- Hvis tjenestene fragmenteres: Hvordan vil oppslutningen bli for de ulike delene av dem?
- Hvordan vil samarbeid om informasjonsoppgavene fungere hvis arbeidsfellesskapet mellom helsestøster og lege svekkes? Vil informasjonsoppgavene bli ivaretatt i alle travle og kurativt orienterte allmennpraksiser?
- Målrettede organundersøkser og regelmessig utviklingsvurdering; vil kvaliteten holde nødvendige mål uten skolering av alle allmennleger?
- Hvordan vil legens mulighet være for å ivareta det faglig medisinske ansvaret for tjenestene?

- Vil legen delta i det tverrfaglige arbeidet med hjelpe-/støtte tiltak for familier med behov for særlig hjelp og støtte? (Her er det gode muligheter for et større engasjement enn i dag)
- Oppgaven med å bidra til å bedre oppvekstforholdene ved å overvåke helsetilstand og sykdomskapende faktorer og å være premissleverandør til lokale beslutningstakere, er ikke godt nok ivaretatt i dag heller. Men skal dette isoleres helt fra klinisk praksis og forbeholdes samfunnsmedisinsk personale?
- Kontinuiteten vil fra legenes side trolig bli bedre, men med mange leger å forholde seg til: hvordan blir det med helsestøters kontinuitet?
- Hva vil skje med rekrutteringen til helsestøsterstillingene?
- Hva vil organiserte forebyggende tjenester i regi av fastlegeordningen koste i forhold til nåværende ordning?

Konklusjoner

Det som er sagt ovenfor er ikke til hinder for utprøving av alternativer. Tvert imot er det ønskelig å sette tjenesten under kritisk søkelys. Det bør skje gjennom grundige registreringer, der brukernes mening også kommer frem. Alter-

native løsninger må vurderes opp mot tjenestene slik de fungerer i dag, men også mot de utviklingsmuligheter som ligger i nåværende organisering, eventuelt på samme kostnadsnivå som alternativene.

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten må inntil dokumentasjon understøtter bedre løsninger, bestå som helhetlige tilbud som i dag og utvikles derfra.

Dagens helsestasjons- og skolehelsetjeneste må forbedres: det faglige fundamentet må styrkes, rammene må utvides til anständig nivå der det er nødvendig, og kvaliteten i utførelsen må bedres.

Fastlegeordning som inkluderer forebyggende arbeid som helsestasjons- og skolehelsetjeneste, bør gjennomføres som prøveordning med grundig evaluering.

Revurdering av helsestasjonskort og journalrutiner, inklusive spørsmålet om egenjournal, bør vurderes uavhengig av hvilke ordninger man velger.

Det bør (av mange grunner) utredes om fastlegeordningen i større kommuner bør underlegges geografisk organisering.

Frode Heian
Storvikveien 10
6400 Molde

Litteratur

1. Thorsen O. Bør allmennpraktikeren ha ansvaret for det forebyggende helsearbeid for barn? Utposten 1995; 24:214-5.
2. Honoré J. Barneundersøkeler i Danmark. Utposten 1995; 24:216-9.
3. Jentoft G. Rammebetegnelser for forebyggende arbeid i en fastlegeordning. Utposten 1995; 24:196-9.
4. Bomann-Larsen P. Service eller kontroll? Rapport fra brukerundersøkelsen ved 10 helsestasjoner i Bergen. Samfunnsvitenskapelig fakultet, Universitetet i Bergen Publikasjon nr. 19/89.
5. Smith A, Lie KK, Nygårdshaug ES. Brukerundersøkelse av helsestasjonene i Bærum. Rapport 1990.
6. Hustad AK, Gravseth S. Helsestasjoner, trygghetsbyråkret og/eller husmorkafé? Møre og Romsdal dis-
- triktshøgskole, Molde. Prosjektoppdrag 1992.
7. Lie KK, Nordhagen R, Grøholt E-K. Ny giv. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Norsk barnelegeforening. NBF og SIFF 1995.
8. Bjarnar O. Veiviser til velferdssamfunnet. Norske Kvinners Sanitetsforening 1945-95. Utgis i 1996.
9. Bogen B, Næss PO, Sundby HS, Sundby P. Helsestasjonen. En forpost i kampen for gode liv. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
10. Ingstad B, Sommerschild H. Familien med det funksjonshemmende barnet. Forløp – reaksjoner – mestring. Oslo: Tano, 1986
11. Sommerschild H, Grøholt B. Lærebok i barnevernspsiatri. Oslo: Tano, 1989.
12. Heian F, Misvær N. Helsestasjonsboka. Oslo: Kommuneforlaget, 1994.

Praksislærarar på tur til Nederland og Belgia!

Tekst: Lars Moland



Lars Moland f. 1953 har vore kommunelege 2 i Aurland kommune sidan 1983. Han er spesialist i allmennmedisin og allmennpraksislærar ved instituttet i Bergen. I okt. 1995 var han med på eit praksislærarkurs i Maastricht og Leuven.

Ord som Leffe og Duvel har no fått eit innhald for allmennpraktikarar på Vestlandet. Deltakarane på seksjon for allmennmedisin fekk rikeleg høve til å smaka på desse utmerka ølsortane då me vitja universitetsbyane Maastricht i Nederland og Leuven i Belgia.

Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen arrangerer jamleg kurs for legar i allmennpraksis som har studentar hjå seg i løpet av året. Tilbod om opplæring og fagutvikling gjer det meir interessant og spanande å vera praksislærar. Betre kvalifiserte lærarar gjev sjølvsgart og betre undervisning. Studentane får ein nyttigare praksis og det verkar positivt i høve rekruttering til faget allmennmedisin.

Kwart 3. kurs vert lagt til utlandet. Ein har tidlegare vitja allmennmedisinske fagmiljø i England og Canada/USA. I oktober i år reiste 19 kursdeltakarar frå Farsund i sør til Molde i nord, til Maastricht og Leuven. Tittelen på kurset i år var «How to teach medical students». Me fekk ei brei innføring i legeutdanninga ved to spanande og høgst ulike lærestader. I tillegg fekk me, dels gjennom forelesningar og dels gjennom samtaler med kollegaer, vita mykje om belgisk og nederlandsk allmennpraksis.

«Skillslab»

Medisinstudiet i Maastricht er av ny dato, fakultetet vart etablert i 1974. Eit hovudprinsipp i studiet er problembasert lærings med hyppig evaluering og tidleg kontakt med pasientar. Det er lagt stor vekt på trening av praktiske prosedyrar og trening av konsultasjons teknikk. Denne opplæringa går føre seg på «skillslab».

«Skillslab» er eit avansert laboratorium der studentane over på alt frå enkel blodprøvetaking til gjennomføring av fullstendig pasientkonsultasjonar. Verksemda ved laboratoriet er organisert slik at teori og praksis går hand i hand frå første studieår. Dersom temaet i ein studiebolk er anemi, vil studentane læra om det i smågrupper og ved sjølvstudium. Samstundes vil dei på «skillslab» gjera relevante øvingar, t.d. prøvetaking, intravenøs infusjon, gynekologisk undersøking, rektaleksplorasjon, urin mikroskop, suturering o.s.b. Til disposisjon for studentane står plastmodellar av dei fleste lekamsdelane og rikeleg med medisinsk utstyr. Prosedyrane vert først utførte på modellar. Sidan undersøker stu-

dentane kvarandre, og laboratoriet har og ein stab av løna «simulated patients» som stiller opp til konsultasjonar. Etter kvart får studentane prøva seg på «ekte pasientar».

Laboratoriet har og utdanna personar til å instruere studentane i særleg intime undersøkingar, t.d. g.u. og rektaleksplorasjon. Med lærarrettleiring får studentane utføra undersøkingane på instruktøra ne som så evaluerar studenten direkte under og etter undersøkinga.

Kursdeltakarane frå Noreg fekk prøva seg på «skillslab». Me vart delte i tre grupper som skulle laga program for opplæring i å gje intravenøs infusjon, gjera gynekologisk undersøking og overbringa triste bodskap. Me gjennomførte undervisninga på velvillige medisinstudentar. Sidan testa me at dei hadde lært det dei skulle læra. Både lærarar og studentar kom gjennom undervisninga utan mein. Mange av oss norske, lett grånande legar fekk til og med gode kjensler av å oppdaga at me hadde noko å tilføra ungdommen.

Sølv på eit framande språk var ikkje generasjonskløfta umogeleg å koma over.

I Noreg har det i det seinare vorte kjent at nyutdanna legar har for dårlege kunnskaper og for lite røynsle når det gjeld praktiske prosedyrar. På bakgrunn av det vart opphaldet på «skillslab» svært relevant. For mange av oss hadde namnet Maastricht frå tidlegare ein dårleg klang. I denne samanhengen er det berre å seia: «Look to Maastricht!»

Universitetet i Leuven

Leuven er ein gammal universitetsby, universitetet er det eldste i Nord-Europa. Medisinstudiet er gamal-

modig og autoritært. Dei fyrste 6 åra ser studentane knapt ein pasient og kateterforelesningar utgjer det meste av undervisninga.

For å verta allmennpraktikar må ein gjennom tre år i tillegg til grunnutdanninga. I det fyrste av desse åra (7. studieår) er det lagt inn ein bokl på 8 veker der kommunikasjon og konsulasjonsteknikk står sentralt.

Bolken vert kalla «I.T.W.course» som står for Intensiv Training Weeks. Kursdeltakarane frå Noreg gjekk gjennom dette kurset i kortversjon. Me fekk føla intensiteten på kroppen.

Kurset tek utgangspunkt i ein detaljert konsulasjonsmodell der konsulasjonen vert delt i 5 hovudavsnitt.

Modellen er pasientsentrert. Det er lagt vekt på at pasienten med eigne ord skal leggja fram kvar kan kjem til lege. Legen skal vera aktivist lyttande og gjennom opne spørsmål freista å avdekka kva som er pasienten sine plager og problem. Heile tida er det viktig å kontrollera om det er samsvar mellom legen og pasienten sine oppfatningar.

Konsulasjonsmodellen er demokratisk. Pasienten og legen skal gjennom samtale og undersøkingar vera samde, «come to an agreement».

Mange av elementa i modellen var kjente, m.a. frå Pendeltons teoriar og Kirsti Malterud si doktoravhandling om dei kvinnelege pasientane. Det som likevel var nytt og fascinerande for meg, var det systematiske oppsettet og at modellen var praktisk. Ein la ikkje vekt på teoretisk tankegods, men på at studentane skulle få eit nyttig verkty i konsulasjonane.

Undervisninga i konsulasjons teknikk ved fakultetet i Leuven startar med generelle kommunikasjonsøvingar leia av psykolog. Etter det vert studentane kasta inn i videokonsulasjonar med «simulated patients». Ein går stevvis fram i konsulasjonane med utgangspunkt i modellen. Tre-

ninga skjer først med to og to studentar som ser på kvarandre sine konsulasjonar saman med lærar, så kalla «parallel consultations». Etter det får studentane gjennomføra heile konsulasjonar med reelle pasientar. Konsulasjonane vert videofilma og analyserte i detalj i grupper på 6 studentar.

Dette er eit krevjande opplegg der det er særskilt viktig at studentane kjenner seg trygge. Det var ei utfordring for røynde, norske allmennpraktikarar å gå inn i studen-trolla, me opplevde stotring og fomling og klamme hender. Langt verre må det vera for studentar utan røynsle. Undervisarane sa at dei la stor vekt på å skape ei trygg og god stemning i kurset. Eg er likevel ikkje overtydd om at studentane alltid vart tekne godt nok vare på.

Alt i alt trur eg me har mykje å læra av fakultetet i Leuven når det gjeld opplæringa av studentar i kommunikasjon og konsulasjons teknikk. Seksjon for allmennmedisin i Bergen bør vurdera om dei kan nytta røynslene frå Leuven til å styrka undervisninga av eigne studentar. Heile den modellen me vart presentert for, kan ikkje nytast i alle konsulasjonar. Einskilde delar vil likevel vera relevante i nesten alle samtaler med pasientar.

Nederlandsk og belgisk allmennpraksis

I Nederland var allmennpraksis gjennomregulert med eit listesystem svarande til det som no vert prøvd i nokre kommunar her i landet. Kvar lege har totalansvar heile døgnet for ca. 2.300 pasientar. Legevakt vert ikkje organisert av det offentlege, men på kollegial basis av legane i eit område. Legen får eit fast tilskot for kvar pasient på lista og pasientane betaler ikkje eigenandel ved konsulasjonane. Ventetid er eit ukjent omgrep i Nederland. Alle får koma til hjå lege same dag eller dagen etter dei tingar time. Legane har 5–6 pasientar i timen. Det vert naturleg nok ikkje tid til å høyra korleis det står til med bestemor eller til å dis-

kutera reinsjakta. Arbeidsdagen er frå ca. 08.00 – 19.00.

I Maastricht var me ein halv dag utplasserte på kontoret til ein kollega. Det var slåande å sjå kor disciplinerte pasientane var. Dei var tydeleg innstilte på å få hjelp til å løyse det helseproblemet dei hadde og ferdig med det. Pasientane såg ut til å vera nøgde.

Det er likevel grunn til å spørja om alle pasientar vert teke godt vare på med denne arbeidsforma. Pasientar med psyko-sosiale problemstillingar vil eg tru vert skadelidne. Eg har og mistanke om at mange pasientar vert viste vidare til spesialistar. Det hører og med at det er mykje nederlandsk allmennpraktikarar ikkje gjer. Til dømes har dei særskilt avgrensna laboratorietenester. Dei har heller ikkje nok med sjukemeldingar eller trygdesaker å gjere. Det tar eigne legar seg av.

Av nederlandsk allmennpraksis har me litt å læra. Legetenestene var ekstremt tilgjengelege. I Noreg har me kanskje gjort det for vanligeleg å koma til lege. Har legane sin arbeidssituasjon kome for mykje i fokus?

I Belgia er legetenestene organiserte etter kapitalistiske prinsipp slik ein kan venta det i unionen. Alle godkjente allmennpraktikarar kan etablere eiga verksem, og pasientane betaler det det kostar å gå til lege. Resultatet er at det i Belgia er ein lege på 600 personar; legane kjempar om pasientane. Det vert jobba med å endre systemet.

Når ein legg eit kurs til utlandet, må innhaldet vera særskilt godt og spesielt. Berre då kan ein forsvara dei auka uttgiftene. Dagane i Maastricht og Leuven var interessante, lærerike og intense. Kurskomiteen hadde gjort ein framifrå jobb. Ikke minst var det godt for slitne praksislærarar å rekrea ei helg i Amsterdam etter endt kurs. Me kom alle heim i god stand og med lada batteri.

Lars Moland,
kommunelege 2
5745 Aurland

Arbeidsmedisinsk seminar

Longyearbyen, Svalbard, 19.-24. april 1996

- Kurset er en sjølvestdig oppfølging av seminarene i arbeidsmedisin som ble holdt august 1994.
- Kurssted: Longyearbyen, Svalbard
- Kursledelse: Overlege Håkon Lasse Leira, Regionsykehuset i Trh., Bedriftslege Knut Erik Andersen, Jotun, Sandefjord.
- Antall deltakere: Maks 45.
- Antall kurstimer: Kurset er søkt godkjent for spesialitetene i arbeidsmedisin, samfunnsmedisin, allmennmedisin og bedriftslege Dnlf.
- **Påmeldingsfrist 1. mars.**
- Avbestillingsgebyr kr. 350,- ved avbestilling før 15. mars.
Etter 15. mars betales full kursavgift.
- Kursavgift kr. 2.500,-
- Opphold og bespisning kr. 5.950,- (kr. 5.500,- i d.rom)
Betalles etter at bekrefteelse er mottatt.
- Reise: Priseksempel: Fra Tromsø ca. kr. 2.300,- fra Oslo ca. kr. 3.600,-
- Kapasiteten på overnatting i Longyearbyen er liten og antall flysætter er begrenset. Ledsagere kan bare bli med dersom det blir plass. Påmeldte ledsagere vil få beskjed umiddelbart etter påmeldingsfristens utløp. Pris for ledsagere kr. 5.500,- Flybilett ca. kr. 1.400,- fra Tromsø og kr. 2.200,- fra Oslo.

Påmelding til

Kurs & Kongresservice,

Svalb, 7340 Oppdal,

Tlf. 72 42 34 48, fax 72 42 34 40

Bestillingsskjema for bestilling av flybilletter og evnt. scooter-tur
søndag blir sendt sammen med bekrefteelsen.

Program

Fredag 19.04.96

- 20.50 Ankommst Svalbard Lufthavn.
Buss til Nybyen Gjestehus. Kart informasjon og
utdeling av infomappe på bussen.

Lørdag 20.04.96

- 09.00-12.00 Seniorforsker, Dr.med. & mag.Scient.Soc. Tage S. Kristensen, National Institute of Occupational Health, København, Danmark
- *Arbeidsmiljø og hjertekarsygdomme*
 - * stress og hjertekarsygdom
 - * kemiiske og fysiske faktorer og hjertesygdom
- 12.00 - 13.00 Lunsj på kafe Busen
- 13.30 - 17.00 Seminar fortsetter:
- *Forebyggelse av hjertekarsygdomme i arbeidsmiljøet*
 - * ændringer i arbeidsmiljøet
 - * sundhedsfremme på arbeidsplassen
 - * rehabilitering på arbeidsplassen

- *Arbeidsmiljøets relative betydning for hjertekarsygdomme*

* etiologisk faktionsudregninger

* betydningen af andre faktorer

17.00 - 20.00 Sightseeing i Longyearbyen

20.00 Middag i kafeen

Søndag 21.04.96

08.00 Frokost, Dagen til fri avnyttelse.

Forslag:

Scooteretur til Barentsburg, besøk på Svalbard museum,
skitur på egen hånd.

19.00 Middag

Mandag 22.04.96

- 07.30 Frokost
Arbeidsmiljø i Svalbard-gruvene.

GRUPPE 1

- 08.30 Buss til Gruve 3, besøk i Gruva
11.00 Buss til Sentrumsområdet

GRUPPE 2

- 10.45 Buss til Gruve 3, besøk i Gruva
13.00 Buss til Kafe Busen
13.30 - 14.30 Lunsj i Kafe Busen
14.30 - 18.00 Overlege Dr.med. Bjørn Hilt Reg.sykehuset i Trh.
Mekanismer ved yrkesmedisinske lungelidelser

Overlege Håkon Lasse Leira:

Er løsemiddelskader fortsatt aktuelt?

- 19.00 Buss fra Lompen og til Nybyen Gjestehus
Resten av kvelden eget arrangement.

Tirsdag 23.04.96

- 07.30 Frokost
08.30 Buss fra Nybyen til Lompen
09.00 - 12.00 Dr. J. Groeneweg, Faculty of Social Sciences,
Leiden University: The control of human error in the
accident causation process. Introduction to a risk
identification program: Tripod. (Leiden-modell)
12.00 Lunsj Kafe Busen
13.30 - 17.00 Fortsettelse av: Introduction to a risk identification
program: Tripod. (Leiden-modell)
17.00 Buss til Nybyen
20.00 Buss fra Nybyen til «Huset»
Festmiddag ved Longyearbyen Grill og Restaurant
Individuell retur.

Onsdag 24.04.96

- 06.00 Frokost
06.30 Avreise til Svalbard Lufthavn
07.00 Flyavgang



Løvetannprisen 1995 gikk til en mangeårig NSAMer og allmennpraktiker i Kongsvinger – *Eli Berg*. Hun har i alle år vært aktiv i lokal-

Løvetannsprisen 1995 til Eli Berg

miljøet og en pådriver for faglig samarbeid og faglig grasrotaktivitet, utrettelig i sin kamp for å bedre primærhelsetjenesten. Således også en virkelig løvetann å regne – sterk, livskraftig og modig.

Eli Berg er kjent som medredaktør i Utpostens «jenteredaksjon» og har skrevet flere artikler i Utposten. Siste bidrag var i Utposten nr. 6-95 hvor hun beskrev sitt vellykkede samarbeid med psykolog i konsultasjon med pasienten.

De siste to årene har hun vært pimus motor i «Sør-Hedmark Legeforum» – et forum for allmennleger og sykehusleger i distriktet, et forsøk på å skape bedre dialog og samarbeid mellom 1. og 2. linje tjenesten.



Utposten
gratulerer!

bokmelding

OLE SVERRE HAGA:

Hverdagspediatri

A kalle en bok **HVERDAGSPEDIATRI** er anbrett og varden oss at det er i hverdagen – i det aller allmennmedisine – den ønsker å treffe oss. Boken er ment som et oppslagsverk, med et unntak, nemlig det første kapitlet: **MØYE MED PASIENT OG FORELDRE**, som arbefales å bli lett fant og under ett. Allerede her viser forfatteren sin stil og praksiske tilnærming, f.eks.: «Vi hoffigheter overfor barnet og foreldrene. En god regel er å hindrhøye på begge parter, gjerne på barnet først. Presentere deg med føre- og etternavn. Vær ordentlig kledd». Har dette noe med fag å gjøre da? Det hevder vi gør fag til noe som utsukkende sverer i en fjern verden uten den praktiske forankring, blitt det en slags sondagsmedisin vi driver, og ikke hverdagsmedisin. Ofte må det selvfolgelegges, for det er der vi leter best. For eksempel kan det bl.a. en rekke praktiske skjemaer og sjekklistar til nytte ikke minna på helseinstitusjonene. Kapitlene fortveng er for det meste organrelaterte i sine kapit-

ole sverre haga

Hverdags-pediatri

Allmennpraktikerserien

Ole Sverre Haga:
Hverdagspediatri.
Allmennpraktikerserien.
TANO, 1995.
329 sider. Kr. 328,-

Anmeldt av Helge Worren.

Pediatri – et fag vi som allmennmedisiner blir berett av hver dag.

UTPOSTEN 1995, 24 (7)

Boken «Hverdagspediatri» av barnelege Ole Sverre Haga ble omtalt av Helge Worren i «Utposten» nr. 7/1995. Det foreligger nå revidert og utvidet stikkordliste til boken. De som ønsker det kan på anmodning få tilsendt listen gratis fra TANO forlag, Stortorvet 10, 0155 Oslo. Tlf.: 22 42 55 00, telefax 22 42 01 64.

Feilaktig og provoserende om primærlegetjenesten i Vestfold

I Utposten nummer 7 for 1995 er det publisert en artikkel om primærlegetjenesten i Vestfold (1) som jeg ikke klarer å la stå uten kommentarer. Etter mitt syn har ass. fylkeslege Otterstad her nok en gang «hoppet» til konklusjoner som det ikke er grunnlag for på bakgrunn av den undersøkelsen han har publisert resultatene fra i artikkelen.

Intensionene med Otterstads undersøkelse var dels å få svar på hvordan kommunene har styrt legedekningen etter at de i 1994 fikk hovedansvaret for tjenestene, dels å beskrive hvordan kommunene har fordelt legetjenestene på kurativt arbeid, eldremomsorg, forebyggende helsearbeid, miljøspørsmål og administrative oppgaver. For å få svar på disse spørsmål har det tydeligvis vært utarbeidet et spørreskjema som det ikke er kopi av i artikkelen. Hvem besvarte dette spørreskjema?

Hvordan i all verden fremkommer timetallene?

Min første innvending gjelder de publiserte tall. Hvordan har Otterstad kommet fram til de respektive uketimetall for legetjenester? Dette spørsmål er særlig relevant for avtaleleger og avtaleløse leger. Er de oppgitte uketimer avtalelegenes avtaletimer med kommunene? Har i så fall Otterstad trukket fra de timer som kan brukes til administrasjon, og de uker som kan avsettes til ferie og etterutdanning som er en del av avtalen? Er antallet timer pr uke et årsjennomsnitt, eller gjelder det kun for uker med full arbeidstid?

Neste spørsmål er så knyttet til avtaleløse legers timetall. Hvordan i all verden er dette timetallet beregnet? Er det kommunene som,

på bakgrunn av legenes opplysninger om åpningstid, har informert om timetallet for disse? Har legene selv oppgitt timetall, og hvordan er dette korrigert for administrativt arbeid og fravær ved ferier og kursdeltakelse?

Hvordan er så uketimetallet for helsestasjonstjeneste, skolehelsetjeneste og eldremomsorg beregnet? Det er normalt ikke skolehelsetjeneste i skoleferiene, men helsestasjonene er som regel åpne om sommeren. Alders- og sykehjem er derimot åpne hele året. Er det korrigert for dette i beregningene, og i så fall hvordan?

Artikkelen etterlater altså på dette området betydelig flere spørsmål enn svar. Totalt sett er det så stor grunn til tvil angående Otterstads timetall for legetjenester i Vestfold, at det vel egentlig ikke er grunnlag for diskusjon om konklusjonene!

Hva er forebyggende arbeid?

I artikkelen er det gjort til et poeng at kurativt legearbeid øker på bekostning av forebyggende arbeid. Som belegg for denne påstanden vises det til undersøkelsens tall om reduksjon i andelen legetimer brukt på helsestasjon og i skolehelsetjenesten.

Som medforfatter av to bøker om helseopplysning og individrettet forebygging (2, 3) blir jeg svært provosert av at Otterstad beskriver forebyggende arbeid kun som arbeid i helsestasjon og skolehelsetjeneste. Individrettet forebyggende arbeid skjer i økende grad under konsultasjonene hos allmennpraktiserende leger. Det er dessuten sterke faglige grunner for å vektlegge betydningen av de råd og den opplysnings allmennpraktikeren gir sine pasienter under kon-

sultasjonen (2,3). Årlig skjer det 15-20 millioner allmennlegekonsultasjoner i Norge, og de råd som her gis kan ha vesentlig betydning for enkeltpersoners livsstilsvalg. Jeg kan derfor ikke akseptere Otterstads konklusjon om at andelen av allmennlegenes arbeidstid som medgår til forebyggende arbeid er redusert.

I perioden 1986 til 1993 økte forøvrig helsestørstårsvirkene på landsbasis med hele 23% (4). Det kunne vært interessant å få vite om tilsvarende økning har skjedd i Vestfold. Kanskje helsestasjon- og skolehelsetjenesten likevel er blitt prioritert av kommunene?

Er det nå virkelig sant at kurative primærlegetjenester skaper sine egne behov?

En av Otterstads konklusjoner er at «lærdommen fra Vestfold er klar: kurative primærlegetjenester skaper sine egne behov...» Dette er det ikke grunnlag for å konkludere ut fra de tall som er publisert!

Vi vet fra Stortingsmelding nr. 50 (1993-94) at Vestfold i 1988 hadde dårligst primærlegedekning i Norge, i 1992 var Vestfold bare fjerde dårligst, men hadde fortsatt en allmennlegedekning som var 10% dårligere enn landsgjennomsnittet (4). Økningen i allmennlegetimer i Vestfold har derfor vært sterkt påkrevd!

Som Otterstad burde kjenne til har det dessuten i denne perioden blitt påført allmennlegene økende krav til utfylling av flere og større skjemaer. Ikke minst bidro trygdestaten i 1991-92 til dette, men også forsikringsselskaper, skoler og andre offentlige etater krever stadig nye og mer omfattende legeeklæringer. I tillegg går befolkningen hyppigere og hyppigere til lege,

noe som ikke er noe særnorsk fenomen.

En økning av primærlegeårsverk i Vestfold i denne perioden kan derfor ikke brukes som dokumentasjon på Otterstads påstander.

Avslutning

Min uærbødige avslutning blir derfor:

Kjære Hans Knut Otterstad.
Kan du ikke slutte å publisere dårlige undersøkelser med konklusjoner som ikke kan belegges? Vi kan gjerne være uenig om politiske mål og virkemidler, men du må slutte å begrunne dine politiske argumenter med slike «undersøkelser».

*Johnny Mjell
Tørfestvn. 6b
3100 Tønsberg*

Litteratur

1. Otterstad HK. Virkningen av kommunehelsetjenestelovens ti første år for primærlegetjenesten i Vestfold. *Utposten* 1995;24(7):338-41.
2. Mjell J, Natvig B, Thorsen O, Winge O. Helseopplysing i praksis. Forfriskningsboka. Oslo, TANO, 1990.
3. Mjell J, Natvig B, Thorsen O, Winge O. Risiko og motivasjon. Den forebyggende helsesamtale. Oslo, TANO, 1994.
4. Sosial- og helsedepartementet. Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste. Stortingsmelding nr. 50 (1993-94).

Leserbrev

Tilsvar til Johnny Mjell

avvik eller uforklarlige tall har vi sjekket dataene med den statistikkansvarlige i kommunen. Jeg vil videre hevde at tallmaterialet er godt nok for denne type sammenligninger.

2. Hva med dataenes validitet?

Dette er et meget sentralt spørsmål og det trenger et fyldestgjørende svar. Her blir spørreskjemaet av sentral betydning. Jeg vil henvise Mjell og andre interesserte til spørreskjemaet for leger for 1994, kfr. punkt 1. Dette inneholder en rettledning som den statistikkansvarlige i kommunene skal benytte ved utfylling. Skjemaet er etter min mening entydig og enkelt å fylle ut for alle kategorier av legejenester bortsett fra «legepraksis». Her er det muligheter for diverse problematiseringer slik som Mjell også gir eksempler på i sitt innlegg. Rettledningen sier at legevakt og overtidarbeid skal holdes utenfor, dermed blir det mest logiske svar å registrere antall timer til kurativ praksis som kommunen har inngått avtale om. Dette tallet er entydig og beskriver det formelle omfanget av denne virksomheten.

For myndighetene gjelder det å kunne beskrive primærlegetjenestens økonomiske rammebetegnelser, og det sentrale spørsmålet blir hvor mange kurative legetimer kommuner har inngått avtaler om. Det er denne andelen som bør bli gjenstand for helsepolitiske prioriteringer og den må veies opp mot antall legetimer som benyttes til alternative aktiviteter som kommunen også må betale for.

Mjell stiller også et spørsmål om datagrunnlaget for avtaleløse leger. Her sier rettledningen: «Disse plikter å gi melding om sin virksomhet til det lokale trygdekontor og den medisinsk faglig ansvarlige rådgiver/kommunelege

1». Dette stiller disse legene i samme klasse som de øvrige legene når det gjelder plikten til å gi praksiskommunen de nødvendige opplysninger om omfanget av sitt praksistilbud. Jeg har ikke hatt noen mulighet for å sjekke data-kvaliteten her, men velger å tro at kommunelege 1 har rimelig god oversikt over også disse legene og innstår for de opplysningene som er rapportert. Konklusjonen blir derfor at validiteten i dette materialet er tilfredsstillende i forhold til å tallfeste den korrekte andel av de ulike typer legearbeid som kommunen har ansvar for etter loven.

3. Hva er forebyggende arbeid?

Mjells innlegg går her utover rammen for min artikkelen. Jeg har kun konsentrert meg om legetimer, ikke helsesøstre eller andre forebyggende aktiviteter i kommunal regi. Med forebyggende legearbeit i denne artikkelen menes det legearbeit som betales av kommunen og utføres i helsestasjoner og skoler. Det er viktig at disse timetallene kan isoleres som en egen aktivitet og sees i relasjon til omfanget av andre legetjenester i kommunen.

Jeg er selvfolgelig enig med Mjell i at det også finnes betydelig forebyggende aktiviteter i legenes kurative virksomhet. Poenget er at dette er nærmest umulig å kvantifisere i rutinestatistikk. Mjell har dessuten valgt å overse klassifikasjonen av forebyggende arbeid i primære, sekundære og tertiære tiltak.

4. Avslutning

Jeg vil avholde meg fra å polemisere med Mjell om de konklusjonene jeg har trukket. Etter min mening er det viktig å fremme produksjonen av databasert kunnskap om utviklingen av legearbeit i kommunehelsetjenesten. Jeg håper derfor denne ekstrarunden om data-grunnlag, datakvalitet, validitet og definisjoner kan virke oppklarende og bidra til en saklig debatt.

Hans Knut Otterstad
Pb. 2253, 3103 Tønsberg

«The laterals»

Søndag 25. september 1995 refererte

Jesus Alcala i Dagens Nyheter det 8.000 sider lange dokumentet fra Haagtribunalen om krigsforbrytelsene i tidligere Jugoslavia. I artikkelen gjør han rede for det dokumentariske grunnlaget for verdens første rettsak mot folkemord. Bosniaberernes folketelling og inndeling etter etnisk tilhørighet kunne vise at i løpet av vel 12 måneder hadde antallet muslimer i Prijedor, en by og distrikt i nordvest Bosnia, minsket fra 48.454 til 6.124, andre ikke-serbere fra 15.271 til 8.481, mens den serbiske befolkningen økte fra 47.745 til 53.637. Disse endringene er direkte resultater av mord, deportasjon og konsentrasjonsleire. Hvordan kunne vi la det skje? Tankene nedenfor ble skrevet mai 1995.

Husker du krigen i 1991?

Vi fikk se den på TV da den bare var fire dager gammel. De glatte, filmstjerneliknende reporterne bragte oss ekspertuttalelser, analyser og vurderinger. Men ingen lik. Ingen kropper, ingen gråtende, farløse barn. Ingen lemlestede mennesker, ingen hjerneskadede invalider.

Hvor er de nå, heltene fra Kuwait? De som flytt «mission after mission», for å avlevere sin «ordnance», sitt materiale. Og med klinisk eller rettere kirurgisk (hvilken misbruk av et godt ord) presisjon klarte de å unngå å treffe «laterals». «Laterals»? De som er ved siden av målet, de som befinner seg i nærheten het laterals.

Hvorfor beskyttes ikke FNs fredete områder? Hva er det med Goadze, Sebrednice og Sarajevo som gjør at man venter til det er for sent.

For sent for barna som var på skolen da granatene falt. For sent for kvinnene å komme i skjul for voldtekstmennene. For sent for de handlende på torget.

Det preventive diplomati skal få en ny sjanse sier generalsekretæren. Vi kan ikke angripe av hensyn

til dem som er i nærheten, «the laterals».

Hvor er beslutsomheten fra Desert Storm? Hvor er Schwartzkopf med sin ledelsefilosofi? Hvor er treffsikkerheten fra midtøsten? Var det bare oljen som bandt tropene sammen i Kuwait for tre år siden? Den voldtatte kvinnen hadde ingen sjanser. Det drepte barnet hadde bare et liv. Hvordan kan serberne se oss i ansiktet etter denne krigen? Hvordan skal vi se på hverandre etter dette sviket?

Dag S. Thelle
Institutt for allmennmedisin
Pb. 1130 – Blindern, 0318 Oslo



Om å være et medmenneske

Hva har utviklingen gjort med meg?

For mange år siden var jeg en verdikonservativ realist. Etterhvert bleknet det konservative i min selvbevissthet. Mitt verdisyn ble sterkt og ideelt. Hvitt var hvitt og godt var godt. Jeg fant få gråtoner og ingen mellomstadier mellom godt og ondt.

I de siste ti årene har jeg grånet, bokstavelig talt, og sitter igjen som en pragmatisk realist. De absolutte sannheter mistet deler av sin glød. Gråtonen var realiteten i det som skjedde og i det beste som kunne skje. Ideelle løsninger snakket ingen lenger om, heller ikke jeg. De var rett og slett ikke realistiske nok. Realiteten var pragmatiske halvsannheter, consensus om man vil: Flertallet mener at... Og flertallet bestyrer som kjent, makten – og sannheten.

Så kom kravet til effektivitet, til øket tempo, øket omsetning, reduserte kostnader, kort sagt: Tilpassing til markedsøkonomien også i omsorgen for medmenneskene. Det raste gjennom sykehusvesenet og etterhvert inn i primærhelsetjenesten. Vi fikk ikke lov å ha tid for medmenneskene... 20–15 minutters konsultasjoner, ikke mere.

«Du gir pasientene for mye tid. Du forvenner pasientene. Dette skal være et yrke på linje med andre yrker...» Jeg økte omsetningen. Jeg kjørte en hard linje gjennom det meste, gav mindre og sjeldnere av meg selv.

Vi så en video i veiledningsgruppen her om dagen fra en 7 år gammel konsultasjon. Den varte 30 minutter utenom de kliniske undersøkelsene. Mest snakket man om psykososiale problemstillinger, hvordan pasienten hadde det og hvordan hun organiserte og klarte hverdagen sin, langt mindre konkret om hennes angina og hjerte-svikt. Jeg spurte gruppen om noen i dag hadde slike konsultasjoner. Ingen hadde det. Heller ikke jeg har det... Og jeg skal liksom være veileder for nye allmennpraktikere.

Så kom det en svenske til Steigen. Samtidig har vi en norsk-amerikansk turnuskandidat. På et fagmøte for noen dager siden sa Bengt Lindblad: «Her er et enormt udekke behov for legetjenester i Steigen. Det dere gjør er bare å skrape i overflaten av pasientenes problemer. Dere tar dere aldri tid til å gå i dybden. En konsultasjon bør aldri være kortere enn 30 minutter i gjennomsnitt.» Bengt er ikke antropolog eller sosialpsykolog. Han er dosent i pediatri og har doktorgrad på vitamin B12.

Linda Reme Sagedal er overlege i gynekologi, men måtte ta norsk distriktsturnus før endelig norsk lisens og valgte mot alle odds Steigen kommune. På vårt møte delte hun Bengt Lindblads synspunkter fullt ut. Også hun fant et stort behov for en mer helhetlig holdning til pasientenes problemer.

I kveld ble jeg så konfrontert med en ny utfordring. Min svigerinne, som er sykepleier, sa til meg: Er det rart at menneskene søker paramedisinske tjenester? Legene har jo ikke lengre tid til å lytte til pasientenes innerste og mest grunnleggende behov –.

Det skulle altså en svensk dosent i pediatri, en norsk-amerikansk gynekolog og en relativt nyutdannet sykepleier til for å vitalisere det mest grunnleggende allmennmedisinske paradigma i min bevissthet: Et helhetlig menneskesyn.

Tar jeg feil eller det det bare min verdiforankring som er manipulert av markedsøkonomiens liberalisme?

I hvor stor grad skal allmennmedisin i fremtiden la sin fagutvikling styre av slike krefter?

Leines, den 1. desember 1995

Fred Andersen,
kommunelege 1

NY PRIS PÅ ABOONNEMENT

Utposten øker prisen på abonnement til kr. 325,-

Prisøkning på papir samt økte portoutgifter er årsaken til at UTPOSTEN nå dessverre må øke prisen på abonnement.



Dublin uten Grand Prix – går det an?

**EGPRW-høstmøte 12. – 15.10.1995,
Killiney Bay, Irland**

Ja, det går an å nyde Dublin uten å vaske i hele Europas låt-syngedame-herre-førstediivisjon med tilbehør og oppstyr. Men hele Europa var der, det skal være sikkert og visst. Tredve land fordelt på nesten nitti leger fra medisinens førstelinje – eller omvendt – var langt å foretrekke. European General Practice Research Workshop vokser. I tillegg til alle gamle kjente var seks leger fra Ungarn, to fra Polen og en fra Bulgaria med. Romania var meldt, men kom ikke. Og Tyrkia er med neste gang.

Albania hadde sendt en selvsikker og politisk scenevant økonom, helseministerens personlige talsmann, som la frem den albanske ministerens ambisiøse reformplan for primærmedisinen. Denne hadde blant andre oppgaver på listen av det man anser påkrevd for å få et fungerende helsevesen, å øke tilgang til vann fra 4-5 timer daglig til minst 8!! Hans videre utredning om tingenes tilstand i Albania var som følgende: Omtrent 80% av bygningene som huser helseinstitusjoner er ute av drift. Alt medisinsk-teknisk utstyr er mer enn 25 år gammelt og virker bare delvis. Regjeringen ønsker å privatisere helsevesenet, dog skal forebyggende tiltak og tannhelse for barn og ungdom inntil 18 år være en offentlig oppgave. Medikamentforsyningen skal også sikres ved at omsetningen privatiseres helt. Disse rammer skal gi bedre helse enn nå for en befolkning der hver tredje er under 15 år, bare litt mer enn fem prosent er eldre enn 65 år, forventet levetid for menn er

69 år og raten for spedbarnsdødeligheten er 39.7. Det hele skal ikke koste mer enn tre prosent av BNP.

Etter hans foredrag tenkte jeg – og det inrømmes med litt flauhet – at jeg ikke hadde orket å være lege i et land med slike forhold. Jeg har nok blitt en ganske bortskjemt skandinavisk allmennpraktiker som tar for gitt at best mulig faglig handling forutsetter ikke minimumsrammer men optimumstenkning.

A propos optimum: tenk dere en nydelig oktoberweekend i et nærmest mediterrant landskap med himmelhøye siccomoretrær i parken foran et hotell som speiler Dublin Bay og fascinerende soloppganger i alle vinduer, med rosor og nelliker i full blomst utenfor og irsk good style og god mat innenfor. Et språkvirvar med engelske overtoner så langt evnen rekker, og en storsmilende og litt rødmusset irsk kollega-vert, Frank Dobbs, som med tårer i øynene mottar min norske gratulasjon til årets Nobelpriis i litteratur tildelt Seamus Heaney (som bor et stenkast unna).

Jeg skjønte jo allerede på flyplassen at det ventet meg noe spesielt fordi min drosjesjåfør ble så respektfull i ansikt og kropp da jeg nevnte mitt mål. På veien dit fikk jeg høre navnene til alle de stjerner fra medie- og underholdningsverdenen som residerte der og som jeg til sjåførens rimelige forbløffelse ikke kjente. Han forsonet seg litt med sin utakknemlige oppgave å kjøre en så ignorant gjest da jeg fortalte at jeg hadde lest noen av Nobelprisvinnerens dikt mellom

Oslo og Dublin. Og da han hørte Oslo strålte han, for der skal jo være Grand Prix neste gang med en kvinnelig irsk halv-vinner. Jeg turde ikke si at jeg ikke kjente hennes navn.

Det faglige programmet på høstmøtet var tett. De ansvarlige for utvalg av abstracts hadde våget å utvide tidsrammen for hvert foredrag, slik at alle fikk tredve minutter. Mange brukte halvparten av tiden til å høre på tilhørernes mening, hvorved det ble mye debatt. Det skulle også bare mange når det overordnede tema var «metoder i allmennmedisinsk forskning». Men betegnende nok, i denne internasjonale rammen, som etter min erfaring også i vår nasjonale, begynner man med metode og ikke med den helt påkrevde klargjøring av valg av referanserammen for tenkningen. Verden var stort sett matematisk. Men så ga det seg som det måtte når tredve land og enda flere kulturer gjør like faglige handlinger på tredve ulike måter (for eksempel hvordan, for hva og hvor ofte går primærlegen på hjemmebesøk?). Så har matematikerne plutselig et kjempeproblem: *mangfold*. Og ikke bare det. Når tredve land begrunner sin praksis på hver sin måte som den eneste fornuftige, så er det neste kjempeproblem: *mangentydighet*. Prøver man å sammenligne de usammenlignbare og telle dem som om de var numerisk like, så blir det som å summere elper, pærer og selleri for så å si noe om tallighet mellom frukt og grønnsaker. Da er det plutselig åpenbart at sosialt liv og kultur

unndrar seg matematifiserende grep.

Som det fremgår av det forut sagt vil jeg ikke skjule min glede over at åtte av 32 presenterte prosjekter var anlagt som ikke-reduksjonistiske, hvilket i Norge kalles «kvalitativt». Noen av dem som ikke var det, bød på problemer som ba om en tilnærming på ikke-kvantifisert måte. Det ble tydelig i debatten. To «kvalitative» kom fra Norge. Tor Anvik fra Bodø fortalte stillferdig hvordan han gjentatte ganger hadde opplevd at en pasient hadde gitt seg selv en presis diagnose på bakgrunn av en fysisk erfaring eller gjenkjennung som legen initialt betraktet. Så hadde pasienten rett. Undringer knyttet til denne indre kunnskap, og hvordan den ble bragt inn i konsultasjonen, ledet Tor Anvik inn i et prosjekt med 70 videoinnspilte konsultasjoner. Det henrev kollega Schillemann fra Antwerpen til utropet: «Du forvalter en skatt. Ta vare på den.»

To unge norske kolleger, Cecile Arentz-Hansen og Kåre Moen, gjorde furore med sin No.1 på årets norske fagbok-liste: Legevakt-håndboken. De inviterte europeiske kolleger til å samarbeide med dem for å tilpasse boken til andre lands forhold. De fikk mye oppmerksomhet. Spesielt de unge kolleger fra øst og sør var tydelig interessert i noe så praktisk og nytlig og gjennomtenkt for fagets hverdag.

Jeg må også nevne at kollegene Will Clayton og Paul Wallace hadde vært i Tromsø for å lære noe om telemedisin, hvilket gjennom norske briller ikke virket som en direkte innlysende nødvendighet å ta i bruk i lille og kompakte UK; men der tok jeg feil. Ikke geografi men økonomi var the point of departure, dessuten antok engelskmennene at telemedisin ville bli en markedsfaktor i kraft av seg selv, slik at en faglig vurdering av de mulige implikasjoner, etisk, juridisk, økonomisk, var ansett som «å være ute i tide» før teknikken tar

av og bestemmer selv. På tysk har vi et fint ord for slikt, som jeg forgives har prøvd å innføre i norsk: Sachzwang, hvilket betyr at Saken påtvinger oss handling og styrer denne.

Kollega Tom Fahey fra Universitetet i Bristol imponerte alle med sin glimrende sammenlignende analyse av foreliggende retningslinjer for behandling av hypertensjon. I en randomisert pasientpopulasjon ble retningslinjer fra UK, WHO, USA og Canada «testet» mot dem fra New Zealand som kategoriserer absolutt individuell risiko for cardiovaskulær hendelse innen påfølgende 10 år. Avstanden mellom gruppenes risiko kalkulert etter de forskjellige programmer var skremmende. Det blir enda mer skremmende, og selvsagt forvirrende, hvis man tenker at alle disse retningslinjer bygger på forskning som påberoper seg den samme grad av vitenskapelighet og gyldighet. Her savnet jeg tid og partnere til en dybdetenkning om kunnskapsproduksjonen i medisinen!

«Var det bare fag?», vil noen kanskje spørre. Nei, bevares. Én kveld ba Frank Dobbs oss på busstur, så besøkte vi en primærpraksis, og deretter kjørte og kjørte vi helt ut på landet og til enden av veien dypt i en park og fant: selv sagt, et lite slott. Der ble vi bespist og bevinet etter alle kunstens regler i dét huset, og de var av den gode, gamle og utsøkte sorten. Som det hør seg på slottet, så hadde jeg ved min venstre side en ekte tysk greve med admirals-aner, (jeg satt så å si i tysk historie i den irlske slottshistorien) og vis å vis to Malteserriddere av den litt yngre årgang som ikke hadde vært i Jerusalem i ellevehundreognoe og var noe så sivilt som allmennpraktikere. Ved nabobordet konverserte den helt Strassbourg-nyvalgte Euro-Wonca presidenten Frede Olesen fra Århus med Alexander fra St. Petersburg, Hava fra Tel Aviv og Theresa fra London. Verdenen var der hvor jeg var – for én

gangs skyld. På veien hjem sang fire menn fra Budapest iblandet en fra Gdańsk og to fra Rotterdam «In Dublin's fair city, where the girls are so pretty, I first caught a sight of sweet Molly Malone» bakerst i bussen som på skoletur i niende klasse der noen hadde fått tak i pils bak lærerens rygg. Særlig ungarerne var utrolig bevandret i irsk folklore.

Så var de også på heftig utkikk etter Molly Malone kvelden etterpå da hele EGP bega seg downtown Dublin, hvilket er nesten identisk med Trinity College, Yeats, Joyce, Guinness og Jameson. Jeg sier ikke hva de siste to navn står for, det er ulovlig i Norge. Men før vi fikk noe av det sistnevnte i akademi-historiske omgivelser under og innenfor Trinity, som forøvrig ikke lignet særlig på frokostkjelleren eller RF-kjelleren på Blindern, var hele Europa gjest hos The Lord Mayor of Dublin i Mansion House, der irsk eikepanel av flertoms tykkelse er prydet med gilde skjold av alle henfarne Lord Mayors som bar så beskjedne navn som Fitzgerald og Kennedy og lignende. Den nåværende het, blant mye annet siden man kan ta til seg navn i tillegg til slektsnavnet i Irland, også Loftus. Han fortalte om aner fra England og Amerika og bekjente å ha vært innom medisinstudiet hvilket var grunnen til at han hadde tatt seg selv tid til å møte oss allmennleger istedenfor å sende sin vice. Med den meg egne nysgjerrighet som ikke gir seg før ting stemmer tenkte jeg at Loftus, det måtte være Lofthus Hardanger, men hvordan da aner fra England og Amerika? Da det ble min tur til å ha en tête à tête med herren anbragte jeg først min hilser fra Norge, for så å spørre om han hadde vært i Lofthus i Hardanger ved kirsebærblomstrings-tid, siden jeg formodet at hans slektsnavn var derfra. Bingo! Hans tippoldefar kom fra Lofthus til England – og ble. Oldefaren derimot emigrerte til USA, hvorfra bestefaren kom til Irland iført irsk



Praktiske ferdigheter og prosedyrer

Kurs i mikroskopets bruk i allmennpraksis Bergen 25.-26.3.96

Det finnes i dag i Norge flere miljøer som arbeider med forskjellige emner innenfor feltet: »praktiske ferdigheter og prosedyrer». I Bergen er det opprettet et *Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger*. Vi består av en daglig leder og 3-4 allmennpraktikere på deltid som alle arbeider med utvikling av kursmodeller innenfor læring av praktiske kliniske ferdigheter herunder både praktiske, kommunikative og administrative prosedyrer. Kompetansesenteret har allerede utviklet og avholdt flere kurs i praktiske ferdigheter, bl.a. innenfor chirurgia minor, skulderlidelser, praktisk lungemedisin etc.

Det aktuelle kurset omhandler de viktigste områdene for mikroskopisk undersøkelse i praksis. Det er delt i 4 hoveddeler. Første dag omhandler gynekologisk og urologisk diagnostikk. Andre dag omhandler mikroskopi og hudsykdommer samt hematologi. Kurset søkes godkjent som emnekurset. Emnet anses å ha interesse i det mikroskopet idag dels kan erstattes av andre diagnostiske hjelpeinstrumenter. Spørsmålet er om alternativene er bedre. Det vil bli undervist i bruk av fasetkontrastmikroskopet som har vesentlige fordeler fremfor vanlig lysmikroskop. Først og fremst vil kurset være lagt opp med henblikk på innlæring av

nødvendige praktiske ferdigheter foran mikroskopet. Foreleserne er danske allmennpraktikere som har gjennomført flere slike kurs i Danmark tidligere. De har alt nødvendig utstyr til å gjennomføre kurset (mht billedmateriale, biologisk materiale etc). Kursene ledes profesjonelt. Det blir utdelt relevant, kortfattet skriftlig dokumentasjon til hvert enkelt emne.

Påmelding til Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger, Legenes hus, Kalfarveien 37, 5018 Bergen.

Hilsen Hans Braadland

kone. The Lord Mayors kone hadde allerede vært på rekognoscering i Hardanger og hadde vært betatt. Jeg inviterte ham like godt dit neste vår, i håp om at ingen har noe imot det.

På hjemveien i DART (som ikke betyr «rask flyvende pil man kaster» men Dublin Area Region Train) langs Dublin Bay med alle stasjonsnavn langs veien på irsk og gælisk og en gjeng unge med guitar og irske ballader bakerst i couléen tenkte jeg; hit skal jeg komme tilbake. Wonca-kongressen 1997 skal være i Dublin. I shall be there. Who else?

Forøvrig: EGPRW mai 96 er i Växjö, Sverige, med tema Kvinners helse, EGPRW oktober 96 er på Malta (de to riddere fra mitt ovale bord på slottet er vertskap), våren 97 er åpen ennå, St. Petersburg eller Gdansk har vært nevnt, og høsten 97 blir Barcelona. Kommer dere? Møtetimene teller i etterutdanning, Fond II betaler, deltakelse er gratis forutsatt medlemskap i EGPRW som koster for tiden 25 ECU året lik kr. 207, og presentasjon av ditt prosjekt i allmennmedisin er ønsket velkommen. Hvis det ikke blir kø fra Norge i fremtiden etter dette reisebrevet så

vet ikke jeg. EGPRW er en hyggelig klub der avskjeden tar lang tid fordi man skal klemme så mange, og i drosjen til flyplassen kan det hende at en hollandsk, tysk-norsk og gresk allmennpraktiker snakker om preminoiske gudinnestatuetter fra Kreta som om vi virkelig hadde en felles kulturell arv.

Anne Luise Kirkengen
Institutt for allmennmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo



Etterutdanning for medarbeidere i allmennpraksis

Etterutdanningen er kommet i stand på bakgrunn av et samarbeid mellom Almen praktiserende lægers forening (Aplf), Norsk Bioingeniørforbund (NOBI), Norsk Helse- og Sosialforbund (NHS) og Norsk Helsesekretærforbund (NHSF).

KURSETS MÅL: Å gi en faglig kompetanseheving av det daglige arbeid

MÅLGRUPPE: Medarbeidere i allmenpraksis (legekontor) uavhengig av tidligere faglig bakgrunn og geografisk tilhørighet

KURSAVGIFT FOR MEDLEMMER AV OVENSTÅENDE FORBUND:
kr 3 250,- pr. deltaker pr. år, sammen kr. 6.500,- + håndbok ca. kr. 300,-

KURSAVGIFT FOR IKKE MEDLEMMER:
Kr. 4.000,- pr. år, sammen kr. 8.000,- + håndbok ca. kr. 300,-

OPPSTART: Sommer/høst 1996

PÅMELDINGSFRIST: 20. MARS 1996.

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

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

For nærmere orientering, ring Norsk Helsesekretærforbund, tlf. 77 65 71 80 eller tlf. 22 05 36 66

Påmeldingsslipp:

Sendes: Norsk Helsesekretærforbund, Postboks 9202 Grønland, 0134 Oslo

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

Navn:

Adr.:

Postnr.: Poststed: Fylke:

Tlf.privat: Tlf.arbeid:

Arbeidssted/arbeidsgiver:

Medlem av hvilket forbund: Medlemsnr.:

Søkt tidligere (sett kryss) Ja Nei



Når nettene blir lange...

UTPOSTENs edb-spalte

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

Kontaktperson:

John Leer, 5305 Florvåg.

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

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

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

PROSEDYREPERMER – IGJEN

Vi vurderte to forskjellige hypertextprogram og to elektroniske prosedyrebøker – for Telemark og for Møre- og Romsdal i denne spalten for et par år siden (6/93 og 1/94).

Tilteksten av nye prosedyrebøker har gått ganske tregt. Rogaland laget sin i 1994 i «Hyperwriter» og har hatt en revisjon i 1995. Resultatet er etter min vurdering meget bra.

Det er flere som håper at arbeidet med prosedyrebøker skal fullføres i alle fylkene. For å komme et steg videre burde det bli enighet om en standard for produksjon av bøkene. Her må Oll, Aplf, NSAM og Dnlf på banen, og de må utfordre Helsetilsynet og Fylkeslegene.

Dnlf har nå etablert prøvedrift av egen web-server (<http://www.legeforeningen.no>).

Standard dokumentformat i www (world wide web) er Hyper-Tekst Markup Language (HTML). Dette er et hypertextformat som leses av Netscape og de andre webbrowserne (web-leseprogram). Netscape osv. kan brukes på enhver PC med Windows (3.1, 95 og NT) installert, og på Mac.

HTML-formatet er i utgangspunktet UNIX-basert og kan selvfølgelig leses også fra en UNIX-maskin. HTML-formatet er lett å lære, og det dukker stadig opp oversettere som kan lage html-dokumenter direkte fra de vanligste tekstbehandlingsprogrammene.

Jeg kunne tenke meg følgende som løsning for prosedyrebøkene:

Dnlf, Aplf, Oll og NSAM stiller seg bak en nasjonal prosedyrebok som vedlikeholdes på Dnlf's web-server. Til denne lages det grenbøker for hver region og for hvert fylke. Skulle enkeltkommuner ønske sine spesialgrener, kan den kobles til, og det samme kan den enkelte lege eller legekontor gjøre. En slik sentral organisering av arbeidet ville gjøre vedlikehold og oppdatering svært enkel og oversiktlig, og alle leger kunne laste ned ny versjon og korrekjoner til egen maskin. I den daglige bruk ligger prosedyreboken på din lokale PC og leses med feks. Netscape.

HTML fungerer slik at det er enkelt å klippe ut og lime inn elementer, lage hypertextlinker, sette inn illustrasjoner, tabeller – til og med lyd og video når det måtte bli aktuelt. I www finnes en rekke søkeredskap, og Dnlf-serveren er etablert med WAIS-søkemulighet hvilket gir anledning til søking på ord og uttrykk (fulltekstsøk). Hva sier dere?

De prosedyrebøkene som allerede er ferdige behøver bare å bli oversatt til HTML og er så klare til bruk og kan fungere som mal for nye som kommer «tuslende» etter. Det ville fungere med en «sjefsredaktør» på nasjonalt nivå og «underredaktører» på fylkesnivå. Når redaksjonskomiteene har bestemt endringer, kan sjefsredaktøren logge seg på til web-serveren og foreta oppdateringen direkte og samtidig sende ut en felles e-mail

til alle brukere om at oppdatering er foretatt og at ny versjon kan lastes ned til egen maskin. Enkelt, raskt og billig.

Vi håper på synspunkt og diskusjonsinnlegg i framtidige nummer.

Askøy 31/10-95
John Leer



Videreutdanning i folkehelsevitenskap (Public Health)

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

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

Ett-semesters videreutdanning i folkehelsevitenskap

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

Ett-årig videreutdanning i folkehelsevitenskap

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

Folkehelsevitenskap er kunnskap om og meto-

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

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

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

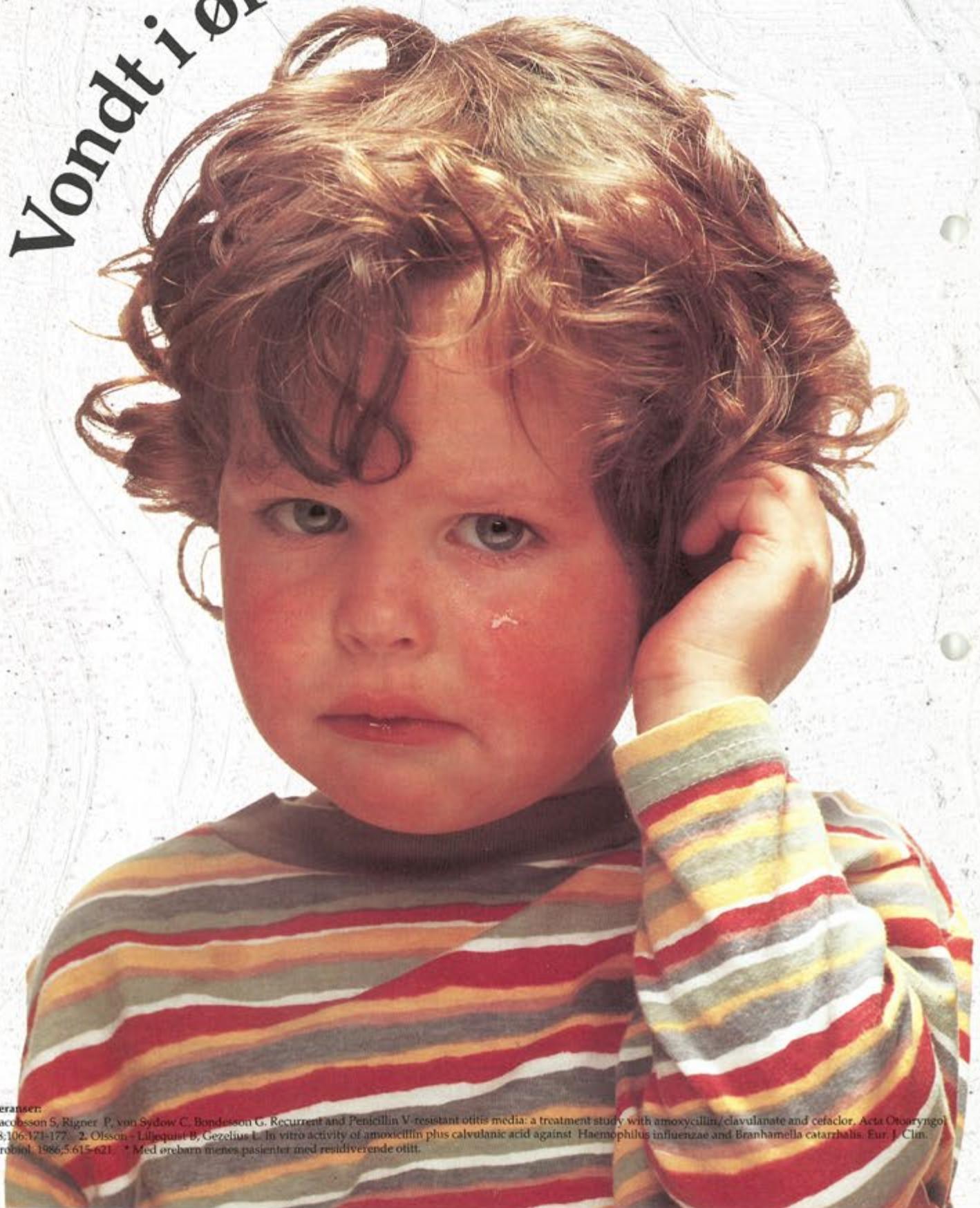
Søknadsfrist: 20. februar 1996

Nærmore opplysninger:

FH-utdanningen, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø.

Tlf. 77 64 48 16/77 64 48 24 eller fax 77 64 48 31.

Vondt i øret igjen?



Referanser:

1. Jacobsson S, Rigner P, von Sydow C, Bondesson G. Recurrent and Penicillin V-resistant otitis media: a treatment study with amoxicillin/clavulanate and cefaclor. *Acta Otoconjunctivologica* 1988;106:171-177. 2. Olsson-Liljequist B, Gezelius L. In vitro activity of amoxicillin plus calvulanic acid against *Haemophilus influenzae* and *Branhamella catarrhalis*. *Eur. J. Clin. Microbiol.* 1989;5:615-621. * Med ørebarn menes pasienter med residiverende øitt.

NYHET



Ørebarn* behandles
effektivt⁽¹⁾ med

Bremide®

(amoxicillin + clavulansyre)

Residiverende otitt kan skyldes
at pasienten har en infeksjon
forårsaket av penicillinresistente
Haemophilus Influenzae eller
Moraxella Catarrhalis. Bremide
har god effekt på disse mikrobene.⁽²⁾

Bremide er en kombinasjon av
amoxicillin og clavulansyre.
Clavulansyre er en betalaktamase-
inhibitor. I Bremide er clavulan-
syrens oppgave å inaktivere
betalaktamasen, slik at amoxicillinet
får full effekt på bakteriene.

C Bremide® "Astra" ATC-nr.: J01C A04
MIKSTUR 25 mg/ml og 50 mg/ml: 1 ml mikstur innneh: Amoxicillin trihydr. respond. amoxicillin 25 mg resp. 50 mg, kal. clavulan. respond. acid. clavulan. 6,56 mg resp. 13,1-mg, aspartam. 2,5 mg, aroma, constit. aqua purif. q.s. **Egenskaper:** Klassifisering: Den antibakteriell virksomme substansen er amoxicillin - et penicillin. Virkningsmekanisme: Amoxicillin har baktericid effekt, og er aktivt mot grampositive kokker og staver, gramnegative kokker, samt et stort antall gramnegative staver. Bremide inneholder foruten amoxicillin også beta-laktamase-inhibitoren clavulansyre. Clavulansyre har evnen til å inaktivere et stort antall beta-laktamaser som forekommer hos gramnegative bakterier og stafylokokker. Clavulansyre viser spesielt god effekt mot de klinisk viktige plasmidmedierte enzymene som er årsak til at bakterier utvikler resistens mot penicilliner og cefalosporiner. Clavulansyre beskytter dermed amoxicillin mot nedbrytning. I kliniske doser har clavulansyre liten eller ingen antibakteriell aktivitet. Ved å kombinere amoxicillin med clavulansyre utvides det antibakterielle spektrum til også å omfatte betalaktamasesproduserende bakterier. Følsomheten for amoxicillin øker (lave MIC-verdier) hos beta-laktamaseproduserende stammer av *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus mirabilis*, *Neisseria gonorrhoea* samt *staphylococcus* spp. God følsomhet ses også hos mange stammer av *Bacteroides fragilis* og *Proteus vulgaris*. *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus morganii* og rettigere, visse Enterobacterarter samt *Providencia* er resistente, liketan meticillinresistente stafylokokker. **Absorpsjon:** Absorpsjonen for både amoxicillin og clavulansyre er god etter peroral tilførsel. Serumnivåene for amoxicillin og clavulansyre følger hverandre bra i minst 4 timer. Hos barn med infeksjoner oppnås (mean) maksimal plasmakonsentrasjon for både amoxicillin og clavulansyre etter mellom 45 og 60 minutter. Samtidig matintak påvirker ikke absorpsjonen. **Halveringstid:** Den biologiske halveringstiden i serum er for amoxicillin 1,5 time og for clavulansyre 1,4 timer. **Proteinbinding:** Proteinbindingsgraden ca. 17% resp. 20%. **Utskillelse:** Ca. 55-70% amoxicillin og 30-40% clavulansyre utskilles i aktiv form i urinen innen 6 timer. Samtidig tilførsel av probenecid forhindrer den renale utskillelsen av amoxicillin men ikke av clavulansyre. **Indikasjoner:** Otitis media hos barn der det er begrunnet mistanke om at infeksjonen er forårsaket av beta-laktamasedannende bakterier. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet mot penicillin. Tidligere amoxicillin-clavulansyreassosiert leverpåvirkning. Pga. aspartaminholdet må preparatet ikke ges til barn med Follings sykdom. **Bivirkninger:** Alvorlige overfølsomhetsreaksjoner, som anafylaktisk sjokk og urticaria kan forekomme, men er sjeldne med peroral penicillinterapi. Hudreaksjoner: Exanthem og eosinofili kan forekomme. Ved infeksjonsmononukleose er frekvensen av exanthem høy. En forhøyet exanthemfrekvens er også observert ved leukemi. Enkelttilfeller av Toksisk Epidermal Nekrolyse (TEN) er rapportert. **Gastrointestinale:** Gastrointestinale ubehag med uvelfølelse, bækninger, og løs avføring er rapportert i høyere frekvens enn for amoxicillin alene. Løs avføring er vanligere etter den høye dosen. Gastrointestinale ubehag kan reduseres ved å ta dosen ved starten av måltid. Leverpåvirkning, vanligvis av kolestatisk type, men i visse tilfeller hepatocellular eller blandet, med eller uten ikterus, er rapportert i høyere frekvens enn for amoxicillin alene. Tegn på leverpåvirkning oppstår vanligvis tidlig i behandlingsperioden, men kan i visse tilfeller også oppstå flere uker etter avsluttet behandling. Leverpåvirkningen er vanligvis reversibel. **Forsiktighetregler:** Kryssallergi mot penicilliner og cefalosporiner forekommer. Ved kjent cefalosporinoverfølsomhet skal preparatet om mulig unngås eller anvendes med stor forsiktighet. Forsiktighet bør utvises ved bruk til pasienter med betydelig nedsatt leverfunksjon. **Graviditet/Amming:** Da sikkerheten for Bremide under graviditet ikke er tilstrekkelig dokumentert, bør Bremide inntil videre kun ges til gravide i unntakstilfelle. Amoxicillin passerer over i morsmilk, men risiko for påvirkning på barnet synes usannsynlig i terapeutiske doser. Foreløpig vet man ikke om clavulansyre passerer over i morsmilk. **Interaksjoner:** Samtidig tilførsel av probenecid hemmer den renale utskillelsen av penicilliner. **Dosering:** Markert nedsatt nyrefunksjon medfører en forlenget halveringstid for amoxicillin i serum, antall doseringer pr. døgn bør i slike tilfelle reduseres. Nedsatt leverfunksjon bør overvåkes regelmessig, og doseringen vurderes i forhold til denne. Bremide kan tas uavhengig av måltid. **Barn:** Ved moderate infeksjoner: Normaldose til barn er 20 mg/kg kroppsvikt pr. døgn med hensyn på mengden amoxicillin, fordelt på 3 doser (se doseringsskjema nedenfor). Ved alvorlige infeksjoner anbefales 40 mg/kg kroppsvikt pr. døgn med hensyn på mengden amoxicillin. Normalt anbefales 7-10 dagers behandling.

Mikstur Bremide 25 mg/ml (1 ml mikstur = 25 mg amoxicillin)

Kroppsvikt	Dugndosering	
	20 mg/kg	40 mg/kg
5-6 kg	1,5 ml 3 ggr daglig	2,5 ml 3 ggr daglig
7-9 kg	2 ml 3 ggr daglig	4 ml 3 ggr daglig
10-12 kg	2,5 ml 3 ggr daglig	-

1 måleskje = 5 ml = 125 mg amoxicillin

Mikstur Bremide 50 mg/ml (1 ml mikstur = 50 mg amoxicillin)

Kroppsvikt	Dugndosering	
	20 mg/kg	40 mg/kg
7-9 kg	1 ml 3 ggr daglig	2 ml 3 ggr daglig
10-12 kg	1,5 ml 3 ggr daglig	2,5 ml 3 ggr daglig
13-19 kg	2 ml 3 ggr daglig	4 ml 3 ggr daglig
20-30 kg	3,5 ml 3 ggr daglig	7 ml 3 ggr daglig
> 30 kg	5 ml 3 ggr daglig	10 ml 3 ggr daglig

1 måleskje = 5 ml = 250 mg amoxicillin.

Andre opplysninger: Miksturen leveres til apotek som pulver til mikstur. Miksturen tilberedes ferdig på apotek. **Oppbevaring og holdbarhet:** Ferdig tilberedt mikstur skal oppbevares i kjøleskap og er da holdbar i 7 dager. **Pakninger og priser:** 25 mg/ml: 100 ml kr. 116,30. 50 mg/ml: 100 ml kr. 193,10. (Pr. 1.12.95)

© Astra Norge AS, 1995. Preparatomtalet er opphavsrettslig beskyttet i henhold til lov om opphavsrett til åndsverk m.v. av 12. mai 1961.
Godkjent av SLK 31.08.95.

ASTRA
Astra Norge

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

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: Spesialitetsprislisten 1. januar 1995
 * Orudis Depotkapsler

Priser for NSAID's som doseres en gang daglig.

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

Kilde: Spesialitetsprislisten 1. januar 1995

Referanser

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

Produsert på lisens fra CHIESI ITALIA

Brexidol®
 Piroxicam-β-cyclodextrin

NYCOMED
 PHARMA

BREXIDOL® NYTT NSAID! NYTT PRINSIPP!

-like rask effekt som injeksjon! (1-7)

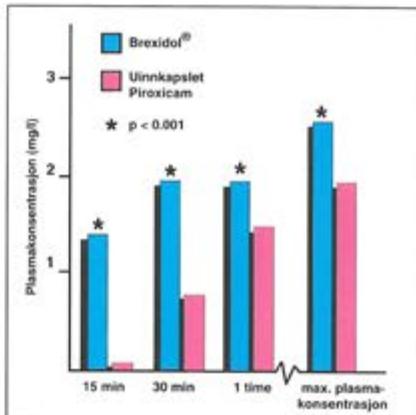


Fig. 1.
 Plasmakonsentrasjoner etter Brexidol® og unikapslet piroxicam. Etter 3)

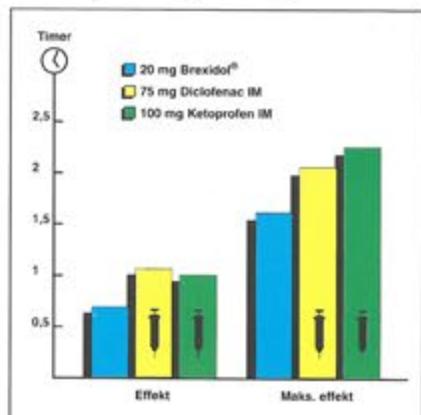


Fig. 2.
 Analgetisk effekt. Latenstid og tid til maksimal effekt etter Brexidol® og intramuskulære NSAIDs. (6)

Krystaller

Vanlige NSAID's består av krystaller med sterke bindinger som må opplyses før stoffet inntar molekyler og absorberbar form.
 Absorberes langsomt.

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

T DOSEPUHLER 20 mg: Hvert dosepulver innehåller Piroxicam - β-cyclodextrin, aqvg. piroxicam, 20 mg, Sorbitol 2,68 g, aspartam 15 mg, constit. q.s.

T TABLETTER 20 mg: Hver tablet innehåller Piroxicam - β-cyclodextrin, aqvg. piroxicam, 20 mg, lactos. 102 mg constit. q.s.

INDIKASJONER: Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, mb. Bekhterev, artrosen. Akutte inflammasjonsstilstander i muskel-skelettsystemet. Primær dysmenoré.

KONTRAINDIKASJONER: Aktivt ulcer pepticum og gastrointestinal blodning. Overfølsomhet for preparatet. Kryssreaksjon med acetylsalicylsyre eller andre antiflogistika mulig. Skal ikke gis om disse har ført til slike symptomer på astma: nesepolypper, angioneurotisk ødem eller urticaria.

Kontraindikert i 3. trimester. Dosepulver: Pasienter med fenyliketonuri pga. aspartam.

BIVIRKNINGER: Gastrointestinal (vanligst): Dyspeptiske plager som kvalme, epigastriske smertier, fordøyelsesbesvær, stomatitt. Gastro-intestinal blodning, perforasjon og ulcer former. Fatal tilsellet er rapportert med piroxicam. Sentralnervøse: Smimelhet, hodepine, sovnloshet, depresjon, hallusinasjoner og paresester er sett.

Kardiiovaskulære/renale: Palpitasjoner, ødem, spesielt ankelødem, reversibel forhøyelse av BUN og kreatinin er rapportert, hematuri. Dermatologiske: Klee, utslitt, fotoallergisk reaksjon, alopecia. Meget sjeldent: Onycholyse, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse (Lyell syndrom), vesicobulløse reaksjoner.

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

Hematologiske: Reduksjon i hemo-globin og hematokrit ikke-relatert til synlig gastrointestinal blodning. Trombocytopeni, ikke-trombocytopenisk purpura (Henoch Schonlein), leukopeni og eosinofili er rapportert. Meget sjeldent aplastisk og hemolysisk anemi. Lever: Enkelte tilfeller av forhøyet transaminasenivå. Ikterus og hepatitt er rapportert. Oye/ore: Tinnitus. Hørselsnedsettelse i sjeldne tilfeller. Tåkesy og øyeirritasjon. Andre: Hypo- og hyperglykemi, neseblødning, dyspne er rapportert. Sjeldne tilfeller av positiv ANA-test.

FORSIKTIGHETSREGLER:

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

Molekylær innkapsling

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

pasienter med koagulasjonsdefekter. Antiflogistika kan forårsake reversibel nedsettelse av nyre-gjennomblokkning 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 leverfunktionsprøver eller kliniske tegn på leveresykdom. 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 tilhengelsesprosesser, inklusive frakturtilhelning. Det er videre mulig at artroser kan vise rask progressjon også under kontinuerlig behandling med antiflogistika.

GRAVIDITET/AMMING:

Kontraindikert i 3. trimester. Teratogen effekt er ikke vist i dyreforsøk. Anbefales ikke til gravide eller kvinner under amning da sikkerheten end gratidet ikke er dokumentert.

Overgang i mormelk: Koncentrasjon i melken ca. 1-3% av koncentrasjon i serum.

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

DOSERING:

Doseringen er den samme for tabletter og dosepulver. Dosepulveret utøres 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 doses redusert til 10 mg daglig, mens enkelte kan ha behov for opp til 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 inflammasjonsstilstander i muskel-skelettsystemet: 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 begynnelsen menstruasjonsbesvær.

OVERDOSERING/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. 92,80, Boks: 100 stk. kr. 374,50. Dosepulver 20 stk. kr. 92,80 T: 3, 17, 35