UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2 1996 ÅRGANG 25





Samhandling – en faglig utfordring

Nr. 2. 1996

51 *Helge Worren*
Leder: Manglende samhandling – vårt største faglige hull?

52 *Per Hjortdahl*
Allmennlegen som koordinator

55 Utpostens 25-års jubileum

56 *Petter Øgar*
Regionalt helsenettverk

60 *Lars Lien*
I hvilke internasjonale fora deltar og presenterer norske samfunnsmedisinere seg?

62 *Anne-Tove Moe Carstens*
«Fra medarbeider til medarbeider»

64 *Nils Kolstrup, Arne M. Kummen, Per-Kristian Meum, Bjørg Helene Renaa, Tore W. Steen*
Klar til opptak?

66 *Anne Margrethe Rostad*
«Tidlig intervensjon i Nord-Trøndelag»

70 *Irene Hetlevik, Knut Arne Holtedahl*
Første internasjonale konferanse i forebyggende og helsefremmende arbeid i Europa, Santiago de Compostela, Spania, 23.–25. november 1995

72 *Njål Flem Mæland*
Et slags Sibir?

75 Smil i hverdagen

76 *Ellen Rygh*
Folkehelsekongress arrangert i Budapest i desember 95

80 *Bokmelding*
Fibromyalgi? En bok om muskelsmerter

81 *Bokmelding*
Kollegabasert læring av klagesaker

82 *Edb-spalten, Svein Gjelstad*
Se deg selv i kortene

84 *Bjarne Haukeland*
NSAMs forskningspris 1995 til Terje Johannesen

86 *Berit Østby*
Yoga – pust og avspenning

Forside: Svøufallet i Åmotan, Grøvudalen, Sunndalen
Fotograf: Øystein Søbye/Samfoto

UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

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

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

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

Betty Pettersen
Kræmmervikveien 5, 8373 Ballstad
Tlf. privat: 76 08 32 25
Tlf. arbeid: 76 06 02 64
Fax: 76 08 32 26

Eystein Straume
9550 Øksfjord
Tlf. privat: 78 45 81 18
Tlf. arbeid: 78 45 80 00
Fax: 78 45 80 01

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

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

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

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

Abonnement:
Kr 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



MANGLENDE SAMHANDLING – vårt største faglige hull?

Dagens helsetjeneste presenterer et broget og sammensatt bilde. De mange aktører innenfor de mange profesjoner og ulike nivåer, den store og komplekse kunnskapsmengde helsetjenesten forvalter og de mange tiltak og tjenester som utføres, setter evne til å tenke og handle helhetlig og å se nødvendige sammenhenger på en sterk prøve. Makter vi denne prøven eller blir samhandling, samarbeid og koordinering kun fagre honnørord ? Utfordringen er ikke unik for helsetjenesten. Den gjelder alle sektorer og ikke minst mellom sektorene. Temaet er omfattende og komplisert. Jeg velger å sette søkelyset på samhandlingen mellom allmennmedisineren og spesialistene i og utenfor sykehus. Jeg lar samtidig utfordringen gå til andre om å uttdype dette samt trekke frem andre viktige felt hvor slik innsats er påkrevd.

Allmennmedisinen har som et grunnelement i sin ideologi å tenke og handle helhetlig. Dette uttrykkes blant annet i det såkalte KOPF-prinsippet, såvel det som ble formulert i 1978 (1) – kontinuitet, omfattende, personlig, forpliktende – som det som ble fornyet i 1991 (2) – koordinerende, omsorg, prioritering, forebygging. Allmennmedisinen bør derfor se det som en av sine aller viktigste oppgaver å bidra til den samhandling og det samarbeid som gjør at helhetlige hensyn tas.

Per Hjortdahl skriver i dette nr. av UTPOSTEN om «Allmennlegen som koordinator» (3). Han skriver bl.a. : «Den største utfordring norsk allmennmedisin står overfor når det gjelder koordinering er etter min mening samhandling mellom 1. og 2.linjetjenesten.» Den sterke stilling norsk allmennmedisin har i norsk helsetjeneste bør derfor utnyttes positivt til å gå denne utfordring i møte.

God samhandling krever at allmennlegens koordinator-rolle gis høyeste prioritet. Evne til samhandling bør ses på som en faglig aktivitet på høyde med andre faglige gjøremål. Det er dårlig fagutøvelse å gjemme seg bort i sin lille nisje.

Mange spesialister har forankring i allmennmedisinen og har ikke glemt det. Spesialisten oppfattes imidlertid generelt å ha mye kunnskap i dybden på sitt spesialfelt. Tendensen til at det gås stadig mer i dybden («gren»- og «kvist»-spesialiteter) på bekostning av spesialfeltets bredde gjør at helheten lettere kan gå tapt og at spesialistens arbeidsfelt kan oppleves som fragmentarisk. Allmennmedisinerens kompetanse på tvers av spesialfeltene og mellom disse blir stadig viktigere i et helhetlig perspektiv. Dybde og bredde bør kunne forenes, men det krever et langt mer systematisk samarbeid og samhandlingsmønster mellom 1. og 2. linjetjenesten enn det som ofte er tilfelle. Mye positivt har imidlertid skjedd de senere år, dels pga. allmennmedisinens styrkede posisjon, dels i kraft av positive initiativ og tiltak fra såvel engasjerte allmennmedisinere som spesialister.

Viktige forutsetninger for bedre samhandling mellom allmennmedisinere og spesialister i og utenfor sykehus er

- at spesialister deler sin kunnskap og kompetanse med allmennmedisinere på en slik måte at vi kan videreføre arbeidet med pasienten
- at vi som allmennmedisinere gir av vår kunnskap og kompetanse på en slik måte at det er mulig å gi anvendelige råd og god veiledning
- at vi gjensidig viser respekt for hverandres egenart og arbeidsmåter.

Det er i konkretiseringen av disse forutsetninger at kilden til fruktbar samhandling og samarbeid ligger.

I en situasjon hvor mangfoldet og kompleksitet i kunnskap og tiltak er stor, kan valg bli vanskelig. Det som er riktig utfra en mer begrenset synsvinkel kan være direkte galt utfra et større perspektiv. Enhver situasjon er verdiladet. Samarbeid blir en viktig forutsetning for å kunne gjøre gode og etisk forsvarlige handlingsvalg.

Hvordan samarbeidet og samhandlingen skal skje, setter kun fantasien grenser for. Regelmessig møtevirksomhet, ansvarsgruppemøter, fellesklinikker mellom allmennmedisinere og spesialister, å trekke allmennmedisinere mer aktivt inn i sykehusene og omvendt : la spesialistene komme ut til oss – dette er noen av mange eksempler som kan nevnes. Det er viktig at slike tiltak systematiseres og at gode rutiner innarbeides. Det vil alltid være behov for spontane tiltak og adhoc initiativ, men dette bør heller være et forfriskende supplement enn selve bærebjelken i samarbeidet. Det vil trolig være lettere å få til gode ordninger i tilknytning til mindre lokalsykehus med oversiktlige nedslagsfelt (hvor f.eks. personlig kjennskap mellom 1. og 2. linjetjenestens utøvere ofte vil være tilfelle) enn f.eks. i tilknytning til større sentralsykehus. Det kan allikevel ikke være noen unnskyldning for å la utfordringen ligge. Samhandling og samarbeid dreier seg nemlig om kvalitetssikring, ressursforvaltning, optimalisering av tjenester.



Litteratur :

1. APLF, OLL, Tenkekomitèen. «Tanker om morgendagens primærlegetjeneste !» Oslo ; Den norske lægeforening, 1978.
2. APLF, Nblf, NSAM, OLL. «Primærlegen mot år 2000.» Lysaker ; Den norske lægeforening, 1991.
3. Hjortdahl, Per. «Allmennlegen som koordinator.» UTPOSTEN, 1996; 25 (2), s. 52–55.

Allmennlegen som koordinator

Tekst: Per Hjortdahl



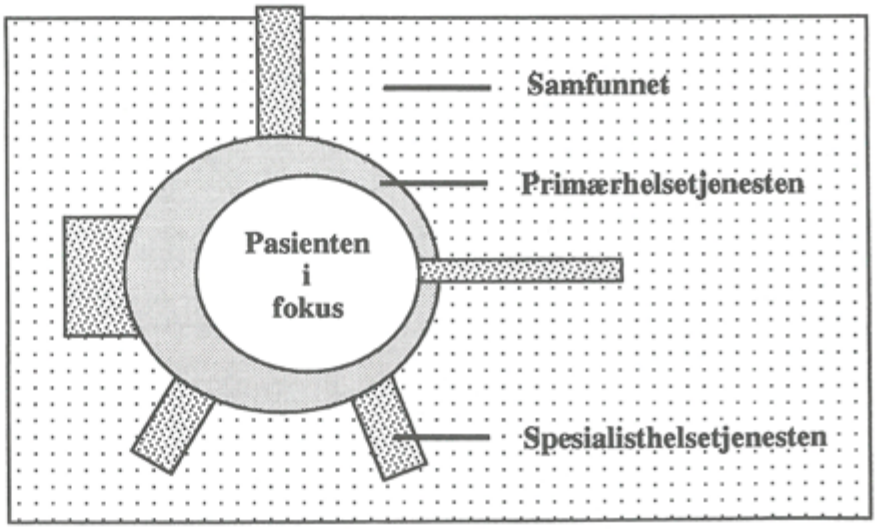
Jeg er født i Oslo i 1946 og har hele min medisinske grunnutdannelse fra USA. Begynte der på spesialiteten nevrokirurgi, men så lyset etter en stund og konverterte til allmennmedisin. Distriktslege på Værøy og Røst i 4 år, deretter bydelslege på Haugenstua og Lysejordet i Oslo om lag 15 år. Stipendiat ved Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Oslo, deretter 3 år som prosjektleder i Legeforeningen med ansvar for kvalitetssikring i primærhelsetjenesten. Det siste året professor i allmennmedisin ved Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.

Av spesielle interesser er a) lege-pasientforholdet, kommunikasjon og konsultasjonen, b) kvalitetssikring i allmennpraksis, c) Allmennpraktikerens laboratorium og diagnostiske hurtigprøver og d) øvre luftveisinfeksjoner i allmennpraksis.

Forøvrig er jeg glad i dampmaskiner og papegøyer, foruten kona mi og de to barna våre!

En tredel av alle norske leger er allmennpraktikere og vi håndterer om lag 14 millioner konsultasjoner årlig. En vesentlig del av dette arbeidet er knyttet til vår funksjon som samhandler eller koordinator på flere nivåer; med pasienten, med den øvrige helsetjenesten og med samfunnet. Denne koordineringsfunksjonen er en del av vår egenart, noe som vi ofte tar for gitt, men som vel egentlig ikke er en selvfølge. Hensikt med denne artikkelen er å oppfordre til diskusjon og bevisstgjøring om vår rolle som koordinator i det norske helsevesenet. Utfordringen er at *vi* først må vite hva *vi vil* som allmennpraktikere og deretter kommunisere vårt ambisjonsnivå til dem som har de besluttende myndigheter. Greier vi ikke det er jeg redd vi blir akterutseilt som flaggskip i vårt helsevesen.

Hva er utfordringen?



Eli Berg, allmennpraktiker i Kongsvinger, har illustrert vårt arbeid som koordinator på en oversiktlig måte (se figur). Her er pasienten satt i fokus. Befolkningen håndterer de fleste helseproblemer, uten støtte av det medisinske hjelpeapparat. Som et sikkerhetsnett rundt dette nukleus ligger primærhelsetjenesten, med allmennpraktikeren som et bærende element. Noen steder er denne sirkelen relativt tynnslitt, som i geografiske områder med mangelfull legedekning. Andre steder er sirkelen fyldig og velfungerende, gjerne da i områder med god kontinuitet i lege-pasient forholdet. Det er et tilbud plassert der pasienten er, i lokalsamfunnet, tilgjengelig over tid og for ulike typer helsebehov. Primærhelsetjenesten ivaretar over 80% av pasientenes behov for medisinsk faglig hjelp (1,2).

Utenpå dette kommer spesialisthelsetjenesten med sine stamme-, gren- og «kvist»-spesialiteter. Fra pasientens synsvinkel står disse ulike spesialitetene ofte langt fra hverandre og kommuniserer relativt dårlig seg i mellom når det gjelder den enkelte pasients sykdommer. Spesialisthelsetjenesten blir av befolkningen ofte sett på som et sporadisk og fragmentert tilbud, lokalisert til sykehus vekk fra det miljø hvor de selv bor eller arbeider (3). Det er naturlig å se på allmennpraktikeren som et koordinerende ledd, både i rom og tid, mellom de ulike spesialisters tilbud. I enkelte tilfelle kan det imidlertid være naturlig at spesialisten overtar styringen for syk-

dommer eller problemstillinger også over tid, som ved visse sjeldne, spesielt alvorlige eller kroniske sykdommer.

Allmennpraktikerens tredje grenseflate er mot samfunnet hvor han eller hun forvalter ressurser som økonomi og ulike helsetilbud.

Det primære ved modellen er i denne sammenheng at den synliggjør allmennpraktikerens koordinerende rolle og grenseflater i tre retninger; innover mot pasienten, utover mot spesialisthelsetjenesten og generelt mot samfunnet.

Som koordinator overfor den enkelte pasient

Å koordinere innebærer å ha oversikt og fordrer evne til samarbeid. Lege-pasientforholdet, en av hjørnestenene i primærlegearbeidet, er helt avhengig av et slikt samarbeid bygget på gjensidig kunnskap, tillit og respekt (4). En av våre viktigste oppgaver som primærlege er å fungere som veileder eller pedagog overfor den enkelte pasient slik at hun eller han er i stand til å ta viktige avgjørelser i forbindelse med egen helse. Oppgaven som pedagog og koordinator av informasjon overfor pasientene vil etter min mening bli en tiltagende krevende og viktig allmennpraktikerfunksjon, spesielt sett i lys av at pasientene blir stadig bedre informert og bevisste forbrukere av helsetjenester.

Til nå har denne grenseflaten mot pasienten vært kjennetegnet av et fritt primærlegevalg. Dette har vært på godt og vondt. Bortsett fra gjennom kommunehelsetjenesteloven har det de senere år vært et manglende formalisert primærlegeansvar for hele befolkningen. Enkelte pasientgrupper, som eldre og kronisk syke har flere steder i landet tidvis falt utenfor systemet og ikke fått nødvendige helsetjenester. I tillegg har det frie primærlegevalg i enkelte tilfelle medført doktor-hopping med urasjonell og til dels farlig bruk av helsetjenester. Det gode ved det frie primærlegevalg er at pasientene kan prøve seg frem til de har funnet «en lege som passer for meg». Som leger har vi også i en viss grad kunnet kvittet oss med pasienter vi ikke føler oss komfortable med. På denne måten har det bevisst og ubevisst vært unngått inkompatibilitetsproblemer mellom lege og pasient og påfølgende uheldige konfrontasjoner. Forbrukere har ved misnøye med tjenester, i følge den amerikanske forsker Hirschman, tre muligheter; «exit, voice or loyalty». I primærhelsetjenesten innebærer dette at pasienten stilltiende kan skifte lege, uttrykke misnøye, finne seg i det inntrufne, eller blandinger av dette (5). Ved eventuell fastlegeordning, som nå prøves i flere norske kommuner, kan et slikt legebytte bli formalisert og vanskeligere, og økt misnøye med allmennhelsetjenesten kan komme til uttrykk.

Som koordinator overfor de ulike spesialister

I 15 – 20% av sine konsultasjoner søker allmennpraktikeren hjelp fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten i eller utenfor sykehus. Dette gjelder ofte de mest utfordrende medisinske problemene og medfører behov for god samhandling mellom første og andrelinjetjenesten. En viktig faktor i dette samspillet er henvisningsplikten mellom disse ulike nivåene. I USA og flere europeiske land kan pasientene oppsøke spesialisthelsetjenesten direkte. Berettigelsen av henvisningsplikt diskuteres livlig internasjonalt (6) og blir nå viet gryende oppmerksomhet også i vårt land (7). Såvidt jeg har greid å bringe i erfaring er det ikke lovbestemt krav bak henvisningsplikten i Norge, men et politisk ønske om allmennpraktikeren som «portvakt» mellom befolkningen og den relativt dyre spesialisthelsetjenesten. Dette ønsket blir styrt ved økonomiske incentiver som krav til henvisning for å kunne bruke spesialist-takster i Normaltariffen.

Det foreligger få vitenskapelige studier om nytteverdien av henvisningsplikten, bortsett fra en større undersøkelse fra The Rand Corporation i USA (8). Her ble pasienter randomisert til to grupper, en hadde fri tilgang direkte til spesialister, den andre hadde en allmennpraktiker og det var innført henvisningsplikt. Pasientene fra primærlegegruppen var 40% sjeldnere innlagt ved sykehus og hadde signifikant færre «unødvendig» behandling når de først var innlagt på sykehuset. Ellers var det få forskjeller i de helseparametre som ble evaluert, bortsett fra at gruppen med primærlegekontakt ble av et ekspertpanel evaluert til å ha «overall better quality care». Konklusjonen er at primærhelsetjeneste med en portvaktfunksjon er billigere for pasienten og samfunnet, og gir kvalitetsmessig like god eller bedre helsetjeneste for pasienten.

Et annet forhold som ofte reises i debatten er om allmennlegen kan beskytte pasienten mot overivrige spesialister og unødvendig utredning og behandling. Spesialister, i allefall i USA, tar mange og ofte unødvendige prøver (6). Selv om en test er ufarlig i seg selv kan en falsk positiv prøve utløse en kaskade av dyre eller invasive prosedyrer. En artikkel fra Lancet indikerer at ultralyd screening av ovariene, som ofte gjøres hos gynekolog, ikke har innflytelse på overlevelse fra ovarie cancer, men fører til unødvendige laparoskopier grunnet påviste benigne tilstander (9). Et kasuistisk eksempel er en tilfeldig forhøyet amylaseverdi tatt uten at pasienten hadde abdominalsymptomer. Dette førte til en ERCP med påfølgende pankreatitt og dødsfall. Ved obduksjon ble det ikke funnet noe galt ved pancreas eller øvrige tarmtraktus.

Men portvaktfunksjonen har også sin omkostning. Den kan oppfattes som en passiv «vaktmesterfunksjon», en sløvende og lite utfordrende primærlegeoppgave i seg selv. Et annet viktig moment er

at portvaktfunksjonen kan føre til at primærlegen holder på pasienten for lenge før henvisning. En slik underbehandling kan være resultatet av økonomiske årsaker eller grunnet faglig inkompetanse. I en engelsk undersøkelse ble pasienter ved en diabetes poliklinikk randomisert til å gå tilbake til sin primærlege, eller til å fortsette ved klinikken. De som returnerte til sin allmennpraktiker ble sett sjeldnere og mer uregelmessig, fikk sine blodparametere evaluert sjeldnere og hadde en signifikant høyere mortalitetsrate enn de som fortsatte hos spesialistene (10). I en annen engelsk undersøkelse ble allmennlegene skolert til å ivareta denne pasientgruppen. Det ble da ikke påvist forskjeller i sykdomsparametre mellom pasienter fulgt opp av allmennpraktiker og av diabetolog (11). Dette illustrerer noen av de spesielle utfordringene ved å være koordinator mellom de ulike forvaltningsnivåene; det krever meget god allmenmedisinsk faglig kunnskap og et bevisst forhold til egne faglige begrensninger. Å være en god portvakt er en av de største medisinske utfordringer for primærlegen.

Et annet forhold er at vi kan oppfattes som om vi ønsker å isolere pasienten fra andre deler av helsetjenesten under dekke av kontinuitet og henvisningsplikt. Med økende antall spesialister som går ut i privat praksis mange steder i landet og med opplyste og markedsorienterte pasienter som betaler en stadig større direkte egenandel av sine helsetjenester, spørs det hvor lenge det går med denne «monopoliseringen». Disse pasientene vil som regel ha direkte tilgang til det som for dem oppfattes som den mest kompetente helsetjenesten; spesialisthelsetjenesten, uten å behøve å gå omveien om allmennlegen (12). Vi vil ganske sikker møte denne argumentasjonen i økende grad fremover, både fra våre spesialistkolleger, pasienter og politikere.

Som koordinator overfor samfunnet

I koordinatorrollen ligger også elementer av forvaltning av offentlig ressurser som økonomi og begrensede helsetilbud. En streng portvaktfunksjon blir mange steder sett på som en måte å spare penger på for det offentlige (6), det gjelder også i Norge selv om dette sjelden blir uttalt eksplisitt. Uttrykk som «lakeier for offentlig nihilisme og økonomisk besparelse» og «økonomisk politi» har vært brukt. Selv har jeg kjent det ubehagelig å kommer i klemme mellom disse to rollene; mine pasienters optimale behandling og min offentlige forvaltningsfunksjon. Som allmennpraktiker er det pasientens hensyn som kommer først, men det blir av og til en etisk konflikt. Dette er et dilemma, men jeg vet ingen som er bedre skikket til å integrere disse ulike hensyn enn primærlegen.

En variasjon over samme tema er forholdene i England hvor det har vært et sterkt politisk ønske om å skille ansvaret mellom dem som bestiller eller betaler for helsetjenester og dem som utfører og eventuelt tjener på disse («the supplier-provider split»). I dette systemet er hele befolkningen listeført hos allmennpraktikere, som har et helhetlig primærlegeansvar for sine pasienter. Mer enn 40% av allmennpraktikere i England er nå «Fundholders». Det betyr at de årlig får overført fra det offentlige en fast pengesum per person på sin liste. Disse pengene skal brukes til å kjøpe ulike spesialist-, sykehus- og sosiale tjenester og til dels medisiner for sine pasienter. Tankegangen er at de kjøper tjenester fra spesialister eller sykehus hvor det er billig og/eller kvalitet. Penger de ikke bruker kan de pløye tilbake i egen praksis, og på denne måten gjøre den mer lukrativ. Koordinatorrollen er utvidet til en kjøper-rolle, med egne økonomiske incentiver. Penger er makt. Noen allmennpraktikere liker dette, andre er bekymret. Det hevdes at det skaper unødvendig byråkrati og at det tar tid og krefter fra det som er essensielt i allmennmedisin; det medisinsk faglige, legepasientforholdet og konsultasjonen (13). Andre er bekymret fordi det lett oppstår problemer og uryddige forhold når portvaktsfunksjonen knyttes opp mot legens egen økonomiske situasjon. Går primærlegen for pris fremfor kvalitet, eller unnlater å henvise for å spare penger, bærer det galt av sted. Dette er engelskmennene selv klar over og eksperimenterer med måter å demme opp for dette. Problemstillingen med listepasienter og varianter av «Fundholding» kan være aktuell også i Norge i nær fremtid.

Hvor står vi nå?

Den største utfordring norsk allmennmedisin står overfor når det gjelder koordinering er etter min mening samhandlingen mellom 1. og 2. linje tjenesten. Mange steder i landet går dette greit. På enkelte små sykehus fungerer «trynefaktoren»; primærlegen hospiterer, det er samarbeidsmøter og det er lett å komme i kontakt med hverandre. Det oppleves som uproblematisk å få diskutert medisinske spørsmål om konkrete pasienter og det er ofte uformell ansvarsfordeling. Andre steder, med ofte skifte av leger, eller hvor det er store avdelinger og uoversiktlige forhold, kan det være vanskelig å oppnå slik nærhet . Det oppleves som om det er «vanntette skott» mellom 1. og 2. linje tjenesten. Samhandling, gjensidig respekt og nærhet krever et integrert miljø over tid. Dette er en spesiell utfordring: hvordan få til levende, dynamiske grenseflater uten å bli drept av byråkratiet? Her er det behov for eksperimentering og lokalt initiativ. Dette er kanskje noe av det viktigste vi kan utvikle i norsk primærmedisin i tiden fremover. Etter min oppfatning ligger fremtiden mer i vår evne til samhandling over de ulike grenseflatene, enn den noe mer passive rollen vi nå har som koordinator.

Hvem startet det hele?



Pionérene som startet UTPOSTEN i 1972 var samtidige distriksleger på Nordvestlandet:

Tore Rud ble senere psykiater. Han døde i 1995.

Harald Siem er nå Medical Director i IOM (i Genéve), International Organization of Migration.

Per Wium er ansatt som rådgiver i Statens Helsetilsyn med internasjonale spørsmål som spesialfelt.

Bevisstgjørings spørsmål

* Ønsker vi et generelt fastlegesystem?
* Ønsker vi en norsk variant av «Fundholding»?
* Bør vi holde på vår portvaktfunksjon?
  Hvis så, hvordan kan denne optimaliseres?
* Bør den konfliktfylte dobbeltrollen som pasientens talsmann, samtidig som vi skal være samfunnets vokter, avklares?
* Er vi klare for den utvidede rollen som pedagog og veileder for våre pasienter?
* Hvordan gjøre samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten så god som mulig?

Per Hjortdahl
Institutt for allmennmedisin
Pb 1130 – Blindern, 0450 Oslo

Litteratur

1. Grimsmo A. Fra å bli syk – til å bli pasient. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning, 1984.
2. Dietrich A, Nelson E, Kirk J, Zubkoff M, O´Connor G. Do primary physicians actually manage their patients´ fee-for-service care? JAMA 1988; 258: 3145-9.
3. Berg O, Hjortdahl P. Medisinen som pedagogikk. En studie av pasienters erfaringer med leger. Oslo: Universitetsforlaget, 1994.
4. Hjortdahl P. Continuity of care in general practice. Oslo: University of Oslo, 1992.
5. Hirscman AO. Exit, voice, and loyalty. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1970.
6. Franks P, Clancy C, Nutting P. Gatekeeping revisited – Protecting patients from overtreatment. N Engl J Med 1992; 327: 424-9.
7. Løken R. Port-åpner eller port-vakt? Legekunsten 1995; 4: 4.
8. Lohr K, Brook R, Kamberg C. Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment: diagnosis- and service-specific analyses in a randomized controlled trial. Med Care 1986; 24: 1-87.
9. Jacobs I, Stabile I, Bridges J. Multimodal approach to screening for ovarian cancer. Lancet 1988; 1: 268-71.
10. Hayes T, Harries J. Randomised controlled trial of routine hospital clinic care versus routine general practice care for type II diabetics. BMJ 1984; 289: 728-30.
11. Sing B, Holland M, Thorn P. Metabolic control of diabetes in general practice clinics: comparison with a hospital clinic. BMJ 1984; 289: 726-8.
12. Rees J. Where medical science and human behaviour meet. BMJ 1995; 310: 850-3.
13. Heath I. The mystery of general practice. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1995.

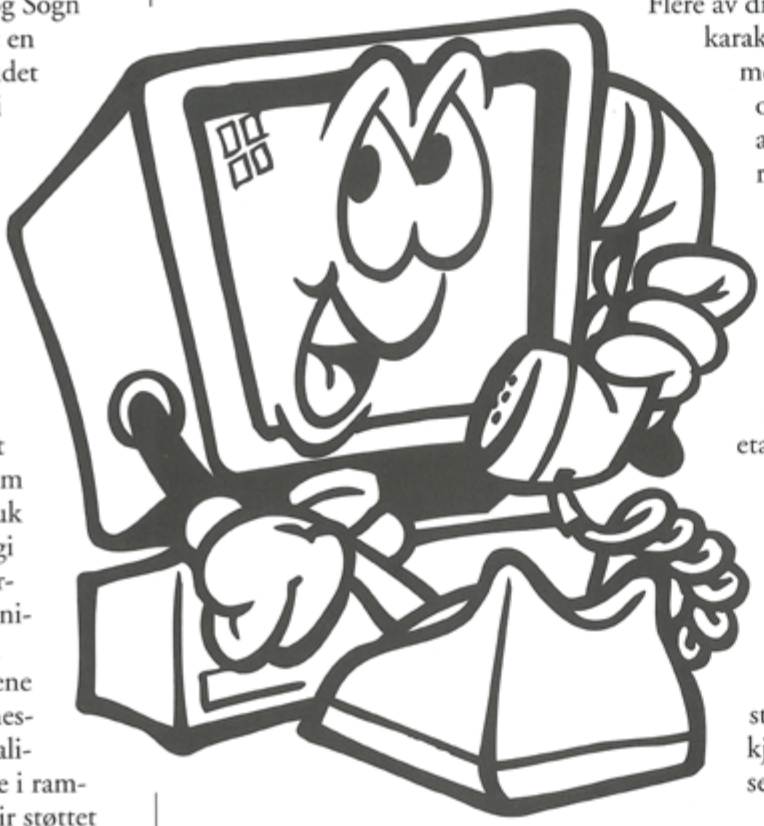
Regionalt helsenettverk

Av Petter Øgar

Stortingsmelding nr. 50 (93-94) om «Samarbeid og styring» legger stor vekt på nettverkssamarbeid i et helseregionalt perspektiv. Fylkestingene i Helseregion vest (Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane) har vedtatt en rammeplan for samarbeidet mellom helsetjenestene i regionen. Gjennom økt samarbeid skal fylkeskommunene oppnå bedre kvalitet på tjenestene, bedre service og økt brukervennlighet, samt bedre ressursutnyttelse.

Prosjektet *Regionalt helsenettverk* er forankret i rammeplanen. Gjennom storskala forsøk med bruk av informasjonsteknologi (elektronisk meldingsformidling) og telekommunikasjonstjenester mellom sykehusene i de tre fylkene og med primærhelsetjenesten, skal en forsøke å realisere visjonene og målene i rammeplanen. Prosjektet blir støttet økonomisk fra Sosial- og helsedepartementet, Kommunenes Sentralforbund (KS) og EU – i tillegg til fylkeskommunal egenfinansiering. Rikstrygdeverket (RTV) er også inne i bildet som en samarbeidspartner. Årlig stønadsbeløp er på omlag 4,5 mill. kroner. Hovedprosjektet skal gå i 3 år fra 1996. Det vil omfatte mange fag og brukermiljøer og skal være en storskala utprøving av telemedisinske tjenester og elektronisk meldingsformidling i helsevesenet. En venter at resultatene vil være av stor verdi både i et lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt perspektiv – gjennom sin tilknytning til EU.

Fra departementets side er prosjekt *Regionalt helsenettverk* knyttet til departementets eget program *Standardisering av informasjonsutveksling i helsesektoren* som skal legge grunnlaget for informasjonsutveksling i helsesektoren etter felles europeiske krav. Departementet



ønsker gjennom støtte til prosjektet bla. å få erfaring med en helhetlig standardisert informasjonsutveksling i en helseregion. KS har i regi av landets fylkeshelsesjefer gjennomført prosjektet *IT i fylkeshelsetjenesten – kartlegging av status, planer og potensiale for samarbeid.* En av prosjektets konklusjoner er behov for etablering og samarbeid gjennom elektronisk helsenettverk.

Forprosjekt

Det ble i 1995 gjennomført et forprosjekt for å vurdere hvilke aktiviteter som allerede var igang innenfor dette området i de tre fylkene, og hvilke aktiviteter som burde gjennomføres i hovedprosjektet. Ulike former for samarbeid med eksterne fagmiljøer og leverandører er etablert. Organisatoriske, tekniske, juridiske og økonomiske forutsetninger er klarlagt.

Flere av disse er av nasjonal karakter. For elektronisk meldingsformidling omfatter dette bla. bruk av felles rekvirentkoderegister, etablering av tilfredsstillende sikkerhetsløsninger, overgang fra eksisterende ikke-standardiserte løsninger til standardiserte. For telemedisin har det vært snakk om etablering av økonomiske oppgjørsordninger. Departementet og Statens helsetilsyn vil ta opp juridiske uklarheter. Det er etablert en begynnende telemedisinsk infrastruktur gjennom innkjøp av videokonferanseutstyr.

Telemedisin

Telemedisin (tovegs lyd- og billedkommunikasjon) er et av de virkemidlene som ofte blir nevnt for utvikling av helsesektoren i årene som kommer. Telemedisin er et område uten særlig stort erfaringsgrunnlag eller utbredelse. Prosjektet vil i første omgang prioritere innføring av telemedisinske tjenester innenfor kompetanseutvikling, telepatologi, teleradiologi, nevrofysiologi og psykiatri. Dette vil i det alt vesentlige være tjenester mellom sykehus og institusjoner. Andre områder kan komme til senere. Evalueringssaspektet vil være viktig for de telemedisinske tjenester som blir utprøvd.

Elektronisk meldingsformidling
Elektronisk meldingsformidling (EDI) omfatter elektronisk overføring av ulike prøvesvar, røntgensvar, henvisninger og epikriser, elektronisk post (nynorsk; straumpost) og søk i databaser. Gjennom samarbeid med RTV håper en å samordne dette med elektronisk overføring av legeregninger, sjukmeldinger og evt. etterhvert andre attester og legeerklæringer for trygden. Elektronisk overføring av resepter til apotek er også aktuelt. Det skulle være unødvendig å fortelle primærleger hvilket potensiale for kvalitetsforbedring og effektivisering som ligger i dette.

Konkret vil en i første fase av prosjektet gå løs på følgende oppgaver:

- Overgang til standardiserte kommunikasjonsløsninger ved sykehusene.
- Spesifisere krav til sikker oppkobling mot felles postkasseløsning for sykehusene i helseregionen.
- Overgang til standardisert kommunikasjon med legekontorene. Det er fortsatt usikkerhet med hensyn til hvilken teknisk løsning som bør velges (ISDN-løsning eller tradisjonelt modem) og finansiering. Det siste er et spørsmål om hvor mye RTV og fylkeskommunene vil bidra med ved utstyrsinvesteringene som er nødvendige ved primærlegekontorene. Svaret på dette vil ha avgjørende virkning på hvor mange primærlegekontor som kommer med i første runde og hvilken teknologi som blir valgt.
- Samarbeid med RTV om å anskaffe felles elektroniske postkasseløsninger for trygde- og helsesektoren.

Prosjektorgansiering
Prosjektet er underlagt regionalt helseutvalg i Helseregion vest. Det har en styringsgruppe med representanter for fylkeskommunene, sosial- og helsedepartementet, KS og en fylkeslege. Styringsgruppa skal utvides med en representant fra RTV og en fra kommunene. Prosjektet har knyttet til seg Kompetansesenter for informasjonsteknologi i helsevesenet (KITH) som stiller prosjektleder og fungerer som sekretariat. Det er opprettet prosjektgrupper for hvert av de to hovedområdene telemedisin og elektronisk meldingsformidling med representanter fra sentrale brukermiljøer. Disse står for mye av det praktiske arbeidet.

Fylkeslege Petter Øgar
Postboks 411
5801 Sogndal

WIN MED pasientjournalsystem for windows

Journalsystem for Windows

WinMed er et Windows-basert journalsystem for praktiserende leger. WinMed inneholder en rekke nye funksjoner som vi i dag er alene om å tilby. Med en logisk og oversiktlig oppbygging setter WinMed deg istand til å gjøre hverdagen mer effektiv og fleksibel.

Windows er operativsystemet som gjør PC-en til et effektivt og enkelt verktøy. WinMed utnytter det grafiske brukergrensesnittet fullt ut. Samtidig følger systemet konsekvent Windows standard slik at du vil kjenne deg igjen fra andre programmer.

Ta med deg dine gamle pasientdata. Vi konverterer alle pasientdata du allerede har på EDB. Disse blir fullt tilgjengelig i WinMed uten at noe går tapt. Be om tilbud på kryssoppgradering!

Legedata AS tilbyr totalløsninger på salg og support.
Vi leverer maskinvare fra flere kjente leverandører til gunstige priser. Videre garanterer vi full support på program og maskinvare.

Kontakt oss for en demonstrasjon.
Her vil du ved selvsyn konstatere funksjonaliteten og brukervennligheten i systemet. WinMed benyttes allerede ved flere legesentre. Vi formidler gjerne kontakt.

Ring eller send fax for ytterligere informasjon

Legedata AS
Dronningensgate 40
Postboks 545 Sentrum, 0105 Oslo
Tel 22 41 80.19 - fax 22 33 29 55

UTPOSTENS annonsører

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

PRISER:

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

Løse bilag koster kr. 8.500,–. Klebet bilag vil koste kr. 8.500,–, pluss kr. 0,85 pr. eksemplar. *Ved bestilling av annonser i hvert nummer, blir den siste annonsen gratis! Prisene er eks. mva.*

Tidsskrift nr.	Materiellfrist:
1996	
Nr. 3	12. april
Nr. 4	10. mai
Nr. 5	16. august
Nr. 6	13. september
Nr. 7	11. oktober
Nr. 8	1. november

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

MATERIELL:
Avtrykk, reprokopi eller negativ film med speilvendt hinneside.
Netto format: A4
Raster: 54 linjer
Trykkeri: Nikolai Olsens Trykkeri a.s, Kolbotn.

C **IMIGRAN «GLAXO»** ATC-nr.: N02C X04
Migrenemiddel

T **INJEKSJONSVÆSKE 12 mg/ml:** 1 ml inneh. Sumatriptan succinat respond. sumatriptan 12 mg, natr. chlorid 7 mg, aqua ad iniect. ad 1 ml.

T **TABLETTER 50 mg og 100 mg:** Hver tablett inneh. Sumatriptan succinat respond. sumatriptan 50 mg, resp. 100 mg, lactos. 207 mg, resp. 140 mg, constit. et color 50 mg: (E171), (E172), color 100 mg: (171) q.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Vaskulær 5HT1-reseptoragonist. Virkningsmekanisme: Selektiv 5HT1-reseptoragonist uten effekt på 5HT2- og 5HT3-reseptorer. 5HT1-reseptorer er funnet i hovedsak i carotis sirkulasjonen. Dilatasjon av disse kar antas å være den underliggende mekanisme ved migrene. Absorpsjon: Subkutan injeksjon: Rask og fullstendig. Klinisk effekt etter 10-15 minutter. Biotilgjengelighet: 96%. Tabletter: Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biotilgjengelighet: 14%. Proteinbinding: 14-21%. Halveringstid: Ca. 2 timer. Metabolisme: Metaboliseres hovedsakelig til et indoleddiksyrederivat av sumatriptan, uten 5HT1 eller 5HT2 aktivitet. Utskillelse: I urinen.

INDIKASJONER: *Injeksjonsvæske:* Akutte anfall av migrene med eller uten aura der symptomene er alvorlige og annen behandling ikke har ført frem. Cluster hodepine. *Tabletter:* Akutte anfall av migrene med eller uten aura der symptomene er alvorlige og annen behandling ikke har ført frem.

Δ **KONTRAINDIKASJONER:** Hypersensitivitet overfor innholdsstoffene. Ukontrollert hypertensjon. Sumatriptan må ikke brukes av pasienter med tidligere hjerteinfarkt, pasienter med ischemisk hjertesykdom eller Prinzmetal angina/koronar vasospasme. Samtidig bruk av preparater som inneholder ergotamin eller ergotaminderivater. Samtidig bruk av monoaminoksydasehemmere eller i 2 uker etter slik behandling.

BIVIRKNINGER: Hyppige (>1/100): Smerte på injeksjonsstedet. Smerte, kribling, varme, tyngde, trykk eller stramninger i deler av kroppen, inkludert bryst og halsregion. Symptomene er hovedsaklig milde og kortvarige, men kan i enkelte tilfeller være intense. Disse symptomene kan forveksles med angina pectoris og kan i sjeldne tilfeller (< 1/1000) være forårsaket av koronarvasospasme. Forbigående rødme, svimmelhet og matthet. Tretthet. Døsighet. Forbigående blodtrykksstigning (10 mm Hg). Kvalme og oppkast. Mindre hyppige: Endringer i leverfunksjonsprøver. Hudutslett. Sjeldne (< 1/1000): Epileptiforme anfall, blodtrykksfall, bradykardi, overfølsomhetsreaksjoner (fra hudreaksjoner til sjeldne tilfeller av anafylaksi). Takykardi. Hjertebank. Kortvarig økning i perifer karmotstand. I ekstremt sjeldne tilfeller (< 1/10000) har det vært rapportert arytmier, forbigående iskemiske EKG-forandringer eller hjerteinfarkt ved bruk av sumatriptan.

FORSIKTIGHETSREGLER: Sumatriptan skal ikke injiseres intravenøst. Migrenepasienter kan være spesielt utsatt for cerebrovaskulære hendelser (f. eks. cerebrovaskulær skade, TIA) som i enkelte tilfeller kan forveksles med symptomer på migrene. Sumatriptan bør bare brukes i tilfeller hvor det ikke er tvil om diagnosen migrene. Ved tvil bør pasientene henvises til nevrolog. Sumatriptan bør ikke benyttes ved hemiplegisk, oftalmoplegisk eller basilaris migrene. Koronar sykdom må utelukkes før Imigran forskrives til pasienter hvor hjertesykdom kan mistenkes. Sumatriptan bør brukes med forsiktighet av pasienter med epilepsi eller andre forandringer i hjernen som senker krampeterskelen. Pasienter med kjent overfølsomhet overfor sulfonamider kan utvikle en allergisk reaksjon (fra hudreaksjoner til anafylaksi) ved bruk av sumatriptan. Sumatriptan må ikke tas tidligere enn 24 timer etter inntak av ergotamin, og tilsvarende må det gå minst 6 timer etter inntak av sumatriptan før ergotamin kan tas. Forsiktighet utvises hos pasienter med sykdom som kan føre til endret absorpsjon, metabolisme eller utskillelse av legemidlet, som f.eks. nedsatt nyrefunksjon. Lavere dosering bør vurderes til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Døsighet kan opptre som et resultat av migrene eller behandling av denne. Forsiktighet bør utvises hos pasienter ved bilkjøring, betjening av maskiner o.l. På grunn av begrenset erfaring, bør sumatriptan inntil videre ikke brukes av pasienter under 18 eller over 65 år. En tendens til økning av visse svulsttyper i dyreforsøk innen normal spontan forekomst er rapportert.

GRAVIDITET OG AMMING: Erfaring med bruk av sumatriptan hos gravide er begrenset. Det er forholdsvis lav margin mellom anbefalt klinisk dose hos menneske og doser som har gitt fosterdød i dyreforsøk. Bruk under svangerskap frarådes derfor. Sumatriptan utskilles i morsmelk hos dyr. Opplysninger om overgang i human melk foreligger ikke. Bruk av sumatriptan under amming anbefales derfor ikke.

INTERAKSJONER: Ergotamin. MAO-hemmere. Teoretisk mulighet for interaksjoner med litium og serotonin reopptakshemmere.

DOSERING: Til behandling av akutte anfall av migrene og cluster hodepine. Må ikke brukes profylaktisk. De anbefalte doser bør ikke overskrides. *Migrene:* Det anbefales å starte behandlingen ved de første tegn på migrene. Sumatriptans effekt er imidlertid uavhengig av hvor lenge anfallet har vart når behandlingen starter. *Voksne (18-65 år): Injeksjonsvæske:* Bare til subkutan injeksjon. Pasientene bes lese bruksanvisningen nøye og spesielt legge merke til håndtering av brukt sprøyte. En ferdig fylt sprøyte (6 mg) injiseres subkutant. Injeksjonsvæsken bør brukes til pasienter hvor rask innsettende effekt er nødvendig eller ved kvalme og oppkast. Dersom symptomene kommer tilbake, kan en ny dose gis i løpet av 24 timer. Det skal være minimum 1 time mellom dosene. Maksimum døgndose: 2 injeksjoner (12 mg). *Tabletter:* Vanlig dose er 1 tablett á 100 mg. En lavere dose (50 mg) vil være effektiv for noen anfall hos enkelte pasienter. 1 tablett á 50 mg bør benyttes dersom pasienten har nedsatt leverfunksjon eller dersom pasientens bivirkninger begrenser nytten av 100 mg tablettan. Dersom symptomene kommer tilbake kan behandlingen gjentas. Maksimum døgndose: 300 mg. Det skal være minimum 2 timer mellom dosene. Tablettene svelges hele med 1/2 glass vann. *Cluster hodepine: Voksne (18-65 år): Injeksjonsvæske:* Bare til subkutan injeksjon. Pasientene bes lese bruksanvisningen nøye, og spesielt legge merke til håndtering av brukt sprøyte. En ferdig fylt sprøyte (6 mg) injiseres subkutant ved hvert anfall. Maksimum døgndose: 2 injeksjoner (12 mg). Det skal være minimum 1 time mellom dosene.

OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Injeksjonsvæsken beskyttes mot lys.

PAKNINGER OG PRISER: Injeksjonsvæske: Engangssprøyter: Med GlaxoPen: 0,5 ml (6 mg pr. sprøyte) x 2 kr 552,70. Refill: 0,5 ml (6 mg pr. sprøyte) x 2 kr 533,90. Tabletter: 50 mg: 6 stk. kr 387,30, 100 mg: 2 stk. kr 241,70, 6 stk. kr 663,60, 18 stk. kr 1779,90.

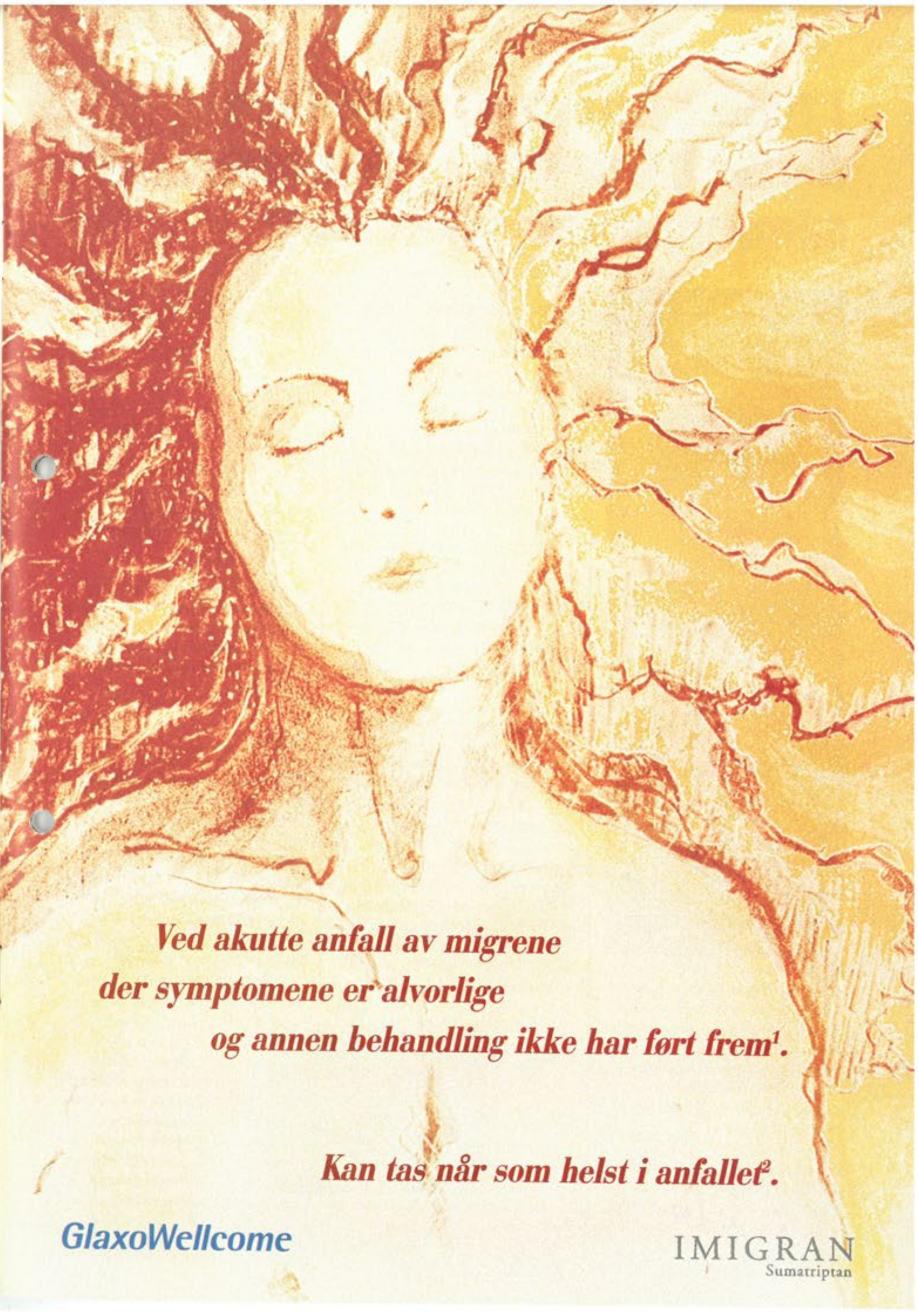
T:36
06.10.95

Referanser:

1. Felleskatalogen 1995/96
2. Ferrari MD et al; Treatment of Migraine attacks with Sumatriptan, New Engl J Med 1991; 325: 316-321.

GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome AS, Sandakerveien 114 A, 0402 Oslo
Telefon 22 15 19 45 - Telefax 22 15 67 61



Ved akutte anfall av migrene
der symptomene er alvorlige
og annen behandling ikke har ført frem[1].

Kan tas når som helst i anfallet[2].

GlaxoWellcome

IMIGRAN
Sumatriptan

I hvilke internasjonale fora deltar og presenterer norske samfunnsmedisinere seg?

Tekst: Lars Lien



Lars Lien, 35 år, cand.med fra Tromsø i 1987. Spesialist i samfunnsmedisin. Helsesjef i Lebesby kommune i 3 år. Ansatt i WHO fra 1991 til 1993 som rådgiver for helseministeriet i Namibia. Et års tjeneste i alderspsykiatri ved Oppland psykiatriske sykehus. Fra 1995 ass. fylkeslege i Hedmark. Flere perioder med trygdemedisinsk forskning. Spesielt interessert i internasjonalt helsearbeid, offentlig helse og forskning.

Offentlige legers landsforening som er Den norske lægeforenings spesialforening for samfunnsmedisin, hadde som en av to målsettinger for internasjonalt arbeid «…å sikre bedre utveksling av samfunnsmedisinske erfaringer over landegrensene» (1).

Målsettingene er gjengitt i arbeidsprogrammet for 1994 til 1995 hvor følgende tiltak/virkemidler skal bidra til å oppnå målet:

Land	Antall	Prosent
Sverige	119	61
Finland	20	10
Danmark	35	18
Norge	16	8
Island	4	3
Totalt	194	100

Tabell 1. Antall deltakere til den Nordiske sosialmedisinske kongress i Gøteborg, 1995, fordelt etter deltakernes nasjonalitet.

- Oppbygging av kontakten med søsterorganisasjoner i utlandet.
- Stimulering av internasjonal publisering av vitenskapelig og annen litteratur.
- Stimulering til deltakelse i internasjonale kurs, møter og kongresser.

Ut fra eget ståsted som samfunnsmedisiner med delvis forankring i fylkeslegeetaten og til et samfunnsmedisinsk universitetsmiljø, var det for meg to sentrale internasjonale samfunnsmedisinske kongresser i 1995, nemlig den nordiske sosialmedisinske kongress i Gøteborg i juni og European Public health associations kongress i Budapest i desember.

Som deltaker ved begge kongresser forbauset det meg hvor få deltakere det var fra det norske

Land	Antall	Prosent
Nederland	70	17
England	58	15
Ungarn	68	17
Øst-Europa	46	12
Vest-Europa	51	13
Tyskland	20	5
Norden	72	18
Utenfor E.	11	3
Totalt	396	100

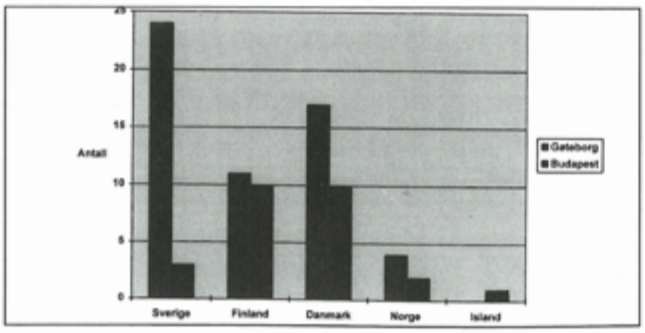
Tabell II. Deltakere til den Europeiske samfunnsmedisinske kongress i Budapest, 1995, fordelt etter deltakernes nasjonalitet.

samfunnsmedisinske miljøet. Jeg ønsket derfor å finne ut om Norge skilte seg ut i forhold til de andre nordiske landene med hensyn på antall deltakere og antall trykte abstrakter.

Metode

De offisielle deltakerlistene fra den Nordiske kongressen i sosialmedisin og fra European public health association er brukt som basis for opptelling av deltakernes hjemland. Samtlige deltakere hadde nasjonalitet oppgitt i deltakerlisten. Til sammen var det 194 deltakere på den nordiske kongressen og 396 deltakere på europeiske, hvor av 72 var fra de nordiske land.

Alle publiserte abstrakter fra



Figur 1. Antall deltakere til de samfunnsmedisinske kongresser i Gøteborg og Budapest i 1995, fordelt etter deltakernes nasjonalitet.

Institusjon	Gøteborg	Budapest
Institutt for samfunnsmedisin, UIP	4	1
Fylkeslegeetaten	1	2
Statens helsetilsyn	3	0
Heltef., Akershus	2	3
Folkehelsa	2	1
Andre arbeidsplasser	4	3
Totalt	16	10

Tabell III. Oversikt over deltakende norske institusjoner til de samfunnsmedisinske kongresser i Gøteborg og Budapest, 1995.

Land	Antall	Prosent
Sverige	24	43
Finland	11	20
Danmark	17	30
Norge	7	7
Island	0	–
Totalt	56	100

Tabell IV. Fordeling av abstrakt etter førsteforfatters hjemlandsadresse til den Nordiske sosialmedisinske kongress i Gøteborg, 1995.

Land	Antall	Prosent
Nederland	40	21
England	41	21
Ungarn	26	14
Øst Europa	18	10
Vest Europa	16	9
Tyskland	11	6
Norden	26	14
Utenfor E	5	3
Land ikke opp	3	2
Totalt	187	100

Tabell V. Fordeling av abstrakt etter førsteforfatters hjemlandsadresse til den Europeiske samfunnsmedisinske kongress i Budapest, 1995.

Nordiske kongressen i sosialmedisin og fra European public health association kongress ble gjennomgått. Adressen til førsteforfatter av abstratet ble registert som det landet undersøkelsen hører hjemme i.

Til sammen var det 56 abstrakt fra den nordiske kongressen og 187 fra den europeiske hvor av 26 fra de nordiske landene. Fire av abstraktene fra den europeiske kongressen manglet forfatterens adresse. Til sammen 243 abstrakter er med i undesøkelsen.

Resultater

Deltakelse

Åtte prosent av deltakerne til den nordiske sosialmedisinske kongressen var fra Norge. Til sammenligning var henholdsvis 2 og 18 prosent av deltakerne fra Finland og Danmark. Sverige som arrangørnasjon stilte med over 60% av deltakerne, mens Island stod for de resterende tre prosent (tab. 1).

Til den europeiske samfunnsmedisinske kongressen var det 72 deltakere fra de nordiske landene. Sverige og Danmark deltok med 22 deltakere hver noe som tilsvarer tilsammen 62% av deltakerne fra de nordiske landene. Finland hadde 17 deltakere (24%) og Norge 10 (14%), mens Island hadde en deltaker (tab. 2).

Norske kongressdeltakeres arbeidsplass er gjengitt i tabell 3. Under kategorien andre arbeidsplasser finnes arbeidssteder som kun hadde en deltaker til en av kongressene og inkluderer Senter for sosialt nettverk og helse, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Fysioterapihøgskolen, annet samfunnsmedisinsk institutt, Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning, samt en prosjektleder og en bydelslege.

Abstrakt

Norge bidro med 4 av 56 abstrakter i den nordiske sosialmedisinske kongressen, noe som tilsvarer en andel på 7%. Sverige hadde den største andelen med 43%, mens Danmark og Finland utgjorde henholdsvis 30 og 20% hver. Island var ikke representert med abstrakt (tab. 4).

Under den europeiske samfunnsmedisinske kongressen var det trykt 2 abstrakt fra Norge av til sammen 187 (1%). Danmark og Finland hadde to abstrakt hver (5% hver), mens Sverige hadde tre og Island et abstrakt. Til sammen stod de nordiske land for 14% av alle abstrakt til denne kongressen (tab. 5).

De to dominerende land med hensyn til abstrakt til den europeiske kongressen var England og Nederland med 41 og 40 abstrakt hver (21% hver). Deretter fulgte Ungarn med 26 (14%) og Tyskland med 11 (6%). Andre østeuropeiske og vesteuropeiske abstrakt utgjorde henholdsvis 9 og 10% av abstraktene.

Diskusjon

Antagelsen om at Norge deltar i mindre grad enn de øvrige nordiske land, med unntak av Island, ved de undersøkte samfunnsmedisinske kongresser både som ordinære deltakere og med abstrakt, ser ut til å være reell (fig. 1 og 2).

Årsaken til at Norge er dårligere representert enn de andre nordiske land kan være flere. De kongresser som denne undersøkelsen baserer seg på er nødvendigvis ikke representativ for de internasjonale kongresser som norske samfunnsmedisinere oppsøker. Det neste spørsmålet blir da i hvilke fora de er tilstede?

En annen mulighet er at norsk samfunnsmedisin ikke oppfyller de målsettinger som OLL hadde satt seg i arbeidsprogram for 1994 til 1995. Det betyr da enten at de trives best hjemme eller at forholdene ikke er lagt til rette for at samfunnsmedisinere kan delta på internasjonale kongresser.

Lars Lien
Fylkeslegen i Hedmark
Postboks 83
2301 Hamar, og

Seksjon for trygdemedisin
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisinske fag
Postboks 1130 Blindern
0317 Oslo

Kontaktperson: Lars Lien,
telefon 62 53 00 33,
fax 62 53 18 33.

Litteratur

1. Offentlige Legers Landsforening. Arbeidsprogram for 1994–95. Lægeforeningen, Lysaker. 1994.

Sammendrag fra foredrag «Fra medarbeider til medarbeider»

– fra en veileder i medarbeidergruppe

Tekst:
Anne-Tove Moe Carstens



Anne-Tove Moe Carstens Født: Tyrens tegn i 1945. Avsluttet legesekretærutdanning i 1976. Fortsatte som journalskriver og postsekretær på RST. Fra 1977 til -87 legesekretær ved Kroken helse- og sosialsenter. 1987 til 1990 legesekretær ved Kroken sykehjem. Har i tillegg hatt styreverv i KFO og lokalavd. I, NHSF. Ca. 2 år hovedtillitsvalgt KFO, Tromsø kommune. Fra 1990 til d.d. ansatt ved Stakkvollan Bedriftshelsetjeneste. Startet veiledergruppe i 1994.

Modellen til etterutdanning for medarbeidere ble tatt fra Aplf. Flere yrkesorganisasjoner innen helsefag fattet interesse, og de praktiske forberedelser startet våren 1992. Norsk Bioingeniørforbund, Norsk Hjelpepleierforbund og Norske Legesekretærers Forbund innledet samarbeid for videre utforming og planlegging av programmet.

Etterutdanningsprogrammet for medarbeidere var klart høsten -93 og ble presentert i de tilhørende fag-tidsskrifter. Medlemmene ble orientert om etterutdanningens innhold og målsetning. De fikk tilbud om å søke på kurs og opplæring for å bli veiledere, og starte egen medarbeidergruppe. Det ble valgt ut 40 veilederkandidater fordelt over hele landet.

Veilederopplæringa besto av to 5-dagers kurs. Det første kurset startet januar 1994 og neste i januar -95. Det ble opprettet koordinatorkontor for å svare på henvendelser fra veiledere og interesserte medlemmer, og det hele var i gang.

Oppstarten i medarbeidergruppen var noe famlende og usikker. Som fersk veileder og uten Veilederboka hadde jeg lite konkret å bidra med. Men jeg fikk prøve å samle de 10 gruppemedlemmene som hadde meldt sin interesse for å høre deres mening. Som innledning var det viktig for meg og gruppa, å avklare hva veilederrollen innebar: Jeg var ikke «lærer» og den enkelte medarbeider måtte yte betydelig egeninnsats for å oppnå ønsket resultat. Alle måtte delta aktivt i: Planlegging, møteledelse, referatskriving og oppgaveløsning.

Gruppemedlemmene presenterte seg, og fikk spørsmålene: Hvem er jeg/vi – Hva kan jeg/vi – Hvorfor har jeg/vi meldt oss på etterutdanning – Hva forventer jeg/vi? Gruppemedlemmene virket åpne og ærlige, men jeg forlot det første møtet noe spørrende og spent. Hvor mange ville møte opp på neste møte? Hvilke tanker hadde gruppemedlemmene?

Neste møte: Gleden var stor, samtlige 10 gruppemedlemmer møtte fram, ringen var sluttet og kunne begynne å rulle. Alle hadde motatt Veilederboka og var kjent med innholdet. Boka har vist seg å være et svært viktig arbeidsredskap i opplæringa.

Etter 1 1/2 år med etterutdanning er veilederens erfaringer postive. Medlemmene har deltatt aktivt i gruppeprosessen, noe som har hatt betydning for den enkeltes personlige utvikling. Det har hele tiden vært stor interesse for deltakelse på gruppemøtene og engasjement i arbeidsfordelinga. Veileders personlige erfaring må uttrykkes som krevende og «tøff». Denne form for etterutdanning er ikke målrettet, den utvikles underveis, og kan til tider skape usikkerhet på hvor mye det enkelte gruppemedlem sitter igjen med.

Evaluering underveis er en viktig veiviser.

Spesielt for etterutdanningsformen er at medarbeidernes eget engasjement og interesse til å ivareta og utvikle ansvarsnivå og tillit i yrket blir ivaretatt.

Oppsummering fra 10 innkomne evalueringsskjema for medarbeidere i allmennpraksis etter 1 år

FAGLIG UTVIKLING

Har læringsmåten blitt som forventet?

Svar: – Fin læringsmåte. Stiller krav til egeninnsats. Godt utbytte av meningsutvekslinger.

Var stoffet/emnene som forventet?
Svar: – Mer enn forventet. Stoffet glir godt inn i den daglige jobb. Utvider perspektivet på de daglige rutinene. Lært mer om emner som vi hadde ønske og behov for.

Har det gått for fort/smått med emnene?
Svar: – Framdriften i emnene har vi stort sett alle vært med på å bestemme. Enkelte emner kunne vi gått mer inn i.

Hvordan har tidsbruk/ planlegging fungert?
Svar: – Tidsbruken har vært bra, og har fungert på en grei og demokratisk måte.

PERSONLIG UTVIKLING
Hvordan opplever du arbeidsformen?
Svar: – Tidkrevende men givende. Trivelig og utviklende. Lærerikt at alle etter tur tillegges møteleder-/referentansvar. Stor egeninnsats gir stort utbytte. Fordel med flere fra samme arbeidsplass pga. organisering i felles studier/oppgaver.

Hvilke egne opplevelser/ utviklingsmuligheter har du hatt?
Svar: – Lært mye fra andres erfaring, spesielt ut fra forskjell i praksis mellom by- og distrikts-kontor. Utvikler trygghet i jobben. Henter inspirasjon fra andre. Personlig og faglig utvikling.

Hvordan opplever du de andre gruppemedlemmene?
Svar: – Positive og fine gruppemedlemmer. Sammensveiset gruppe med felles innsats og mål. På enkelte møter kan det skille på styrke og svakhet i stemmebruken blant medlemmene.

Egne synspunkter
Svar: – Spennende og lærerikt. Blir rusket opp i gamle vaner og rutiner. Ønske om flere foredragsholdere. Flere ekskusjoner.

VEILEDERROLLEN
Hvordan synes du veilederrollen bør fungere?
Svar: – Ikke som lærer, men som styrer av læringa. Koordinator og fast holdepunkt for gruppemedlemmene. Veilede gruppa, uten å styre gruppemøtene. Komme med forslag og råd, tilrettelegge møtene. «Hank inn» diskusjonene dersom de går for langt utover temaet. Har fungert bra i vår gruppe.

Har du forslag til endringer i veilederfunksjonen?
Svar: – Veilederfunksjonen har fungert bra i vår gruppe.
– Skaffe foredragsholdere ved spesielle emner/temaer.

Anne-Tove Moe Carstens
Tønsvik
9022 Krokelvdalen





Klar til opptak?

Om bruk av video i veiledningsgrupper

Artikkelens forfattere er veiledere i allmennmedisin. De har alle erfaringer fra bruk av video i veiledningssammenheng. Artikkelen er resultat av et gruppearbeide under Veilederkurs trinn III allmennmedisin 4.-8. September 1995.

Innhold:

1. Bakgrunn
2. Feedback som læringsredskap
3. Metoder for feedback
4. Video som feedback
5. Arbeidsgruppens anbefalinger

Vedlegg:
A. Forslag til samtykkeskjema
B. Forslag til evalueringsskjema

1. Bakgrunn

Konsultasjonen er en hjørnesten i allmennpraksis. Den vanligste kritikk fra pasienter er at de ikke blir forstått, eller at de ikke forstår hva legene sier. Hvordan kommunikasjonen i konsultasjonen skal forbedres, er derfor et viktigt spørsmål.

I veiledningsgruppene står konsultasjonen sentralt. Gruppe-virksomheten gir mulighet for å se på egen virksomhet i en trygg sammenheng.

2. Feedback som læringsredskap

I mange spesialiteter er det lang tradisjon for at kolleger gir hverandre feedback som et vesentlig element i læringen.Dette blir en naturlig følge av arbeidssituasjonen i fag som f. eks. kirurgi og indremedisin, der undersøkelse og behandling ofte blir foretatt av flere leger samtidig.

I allmennmedisin er konsultasjonen mer privat, ved at en lege undersøker en pasient («det lukkede rom»). Feedback er mindre direkte og mindre strukturert enn i en sykehussituasjon.

Feedback gir økt innsikt i egen virksomhet, og dermed mulighet for utvikling.

3. Metoder for feedback

I den allmennmedisinske hverdag er feedback ofte tilfeldig og usystematisk, (eks. epikriser, kommentarer fra pasienter, legesekretærer og turnuskandidater, mediaomtale, klager til fylkeslegen). Men det finnes også systematisk, kollegabasert, jevnbyrdig feedback. Eksempler på dette er kollegiale diskusjoner om konsultasjoner, rollespill, praksisbesøk, video.

Vi mener at video har kvaliteter som gjør den særlig velegnet i veiledningssammenheng.

4. Video som feedback

Video gir unike muligheter for refleksjon i forhold til egen praksis. Video er objektiv og reproduserbar. Både verbal og nonverbal kommunikasjon registreres. Videoen er lydløs og forstyrrer ikke konsultasjonen. Man kan enkelt starte eller stoppe opptaket når man vil.

Video kan også brukes som dokumentasjon for praktiske prosedyrer. Dette er imidlertid et eget tema som vi ikke går nærmere inn på her, men som gruppene selv kan diskutere.

Våre erfaringer fra veiledningsgruppene viser at «videovegring» ikke sjelden forekommer. Noen kan ha praktiske innvendinger mot bruk av video, eks. prisen på utstyret, eller problemer med betjeningen. Noen mener at videoopptak er uforenlig med taushetsplikten. Noen, særlig de med lang praksis, føler at deres konsultasjonsform er noe privat som har funnet sin endelige form. Andre har mer følelsesmessige innvendinger. Å vise en videokonsultasjon med seg selv i en gruppe oppleves som truende, man er redd for å bli kritisert eller å bli ledd av. Dette er et reelt problem.

«Videovegring» er overkommelig. Praktiske råd

Man kan bruke et privat videokamera, eventuelt kan praksisen kjøpe et, eller kamera kan leies. Dersom man skal kjøpe et nytt kamera, er det en fordel med fjernkontroll, zoom, løs mikrofon (gir mulighet for bedre lyd) og stativ. Kamera bør plasseres så diskret som mulig, for eksempel i et hjørne, men uten å være skjult. I søkeren må man få med både pasienten og legen. Man bør unngå kraftig motlys. Ekstra belysning er ikke nødvendig. Eventuell løs mikrofon bør plasseres mellom legen og pasienten.

Pasienten må informeres på forhånd, og det må foreligge skriftlig samtykke i to eksemplarer (ett til pasienten, ett til arkiv – se vedlegg A)

Opptaket startes når konsultasjonen begynner, og avsluttes når pasienten går ut. Unngå å filme avkledde pasienter (dvs. mer enn

Vedlegg A.

SAMTYKKEERKLÆRING FOR VIDEOOPPTAK

Jeg deltar i videreutdanningsgruppe for leger, i regi av Den Norske Lægeforening.

Som ledd i vår utdanning er vi pålagt å gjøre videoopptak av egne konsultasjoner.

Opptaket vil kun bli vist for en gruppe leger, og det vil bli slettet etter bruk, senest om tre måneder.

Opptaket kan avbrytes når som helst under konsultasjonen eller slettes umiddelbart etter konsultasjonen, dersom du ber om det.

Dato ..... (legens sign)

Jeg samtykker i at det gjøres videoopptak under mitt legebesøk i dag.

Dato ..... (pasientens sign)

Vedlegg B.

EVALUERINGSSKJEMA FOR VIDEOVISNING

Før visning: *Kort orientering om konsultasjonen fra gruppemedlemmet*

Etter visning: *Dette var bra ved min konsultasjon*

Dette var bra ved konsultasjonen (minst en positiv kommentar fra hvert gruppemedlem)

Oppklarende spørsmål fra gruppemedlemmene
Mine øvrige refleksjoner

Gruppemedlemmenes kommentarer (kun en av gangen: Dette ville jeg ha gjort annerledes/bedre/forandret)

vanlig strandavkledning). Erfaringsmessig bør man filme 5-6 sammenhengende konsultasjoner.

Visning i gruppen
Gruppen må være etablert med en viss basal trygghet før veileder fremmer forslag om videobruk. Videoopptak er aktuelt å vise som en del av temaet «møtet mellom pasient og lege», etter at gruppen har hatt ett eller flere møter omkring konsultasjonen. Legeforeningens video «Konsultasjonen i fokus» og veiledningen til denne bør gjennomgås.

Dersom video føles vanskelig for gruppens medlemmer, kan man desensibilisere gruppemedlemmene ved at de f. eks. viser «ufarlige» opptak (eks. man presenterer seg selv på video). Eventuelt kan man filme deler av et veiledningsmøte eller et rollespill i gruppen.

I løpet av veiledningsperioden bør hvert enkelt gruppemedlem vise 2-5 opptak av egne konsultasjoner, spredt over perioden. Den enkelte velger selv ut hvilke(t) opptak som skal vises. Man bør begynne med en «vellykket» konsultasjon. Videoen av en enkelt konsultasjon bør ikke være over 10 minutter lang.

Veileder må styre gruppen omhyggelig i forhold til vedlagte evalueringsskjema som deles ut før visningen (se vedlegg B). Veileder skal unngå unødig negativ detaljfokusering og sørge for at medlemmets integritet og selvfølelse blir ivaretatt.

Valgfri eller obligatorisk video?
Vi mener video bør være obligatorisk, da den er det beste pedagogiske hjelpemiddel vi kjenner til for innsyn i konsultasjonen og bevisstgjøring i forhold til egen praksis. Alle gruppens medlemmer må vise videooptak av egne konsultasjoner.

Omkostningen ved at video gjøres obligatorisk kan være at noen kolleger faller fra. Vi mener imidlertid at fordelene oppveier denne ulempen.

5. Gruppens anbefalinger

Videoopptak av egne konsultasjoner skal gjøres obligatorisk for alle gruppemedlemmer i veiledningsgrupper i allmennmedisin.

Bruk av video må komme inn som obligatorisk del av veilederutdanningen.

Nils Kolstrup
Arne M Kummen
Per-Kristian Meum
Bjørg-Helene Renaa
Tore W Steen

Bjørg Helene Renaa
2050 Jessheim

«Tidlig intervensjon i Nord Trøndelag»

Tekst:
Anne Margrethe Rostad



Anne Margrethe Rostad er utdannet Cand.Psychol ved Universitetet i Oslo 1993. Arbeidet hos Fylkeslegen i Østfold 1794-75. Har siden arbeidet i Nord Trøndelag med utredning og oppfølging/veiledning av funksjonshemmede barn, både i spesialskole, i HVPU og habiliteringstjenesten for barn. Spesialist i klinisk psykologi i 1991. Har siden 1991 vært leder av habiliteringsteam for barn i Nord Trøndelag. Fra 1987 leder for prosjektarbeidet. Har i mange år deltatt i fagutviklingsarbeid i Norsk Psykologforening og er for tiden leder av fagutvalg i psykologisk habliltering. Sitter i en tverrfaglig nasjonal arbeidsgruppe for barnehabilitering.

Bakgrunn

Prosjekt «Tidlig intervensjon» har vært i en kontinuerlig utviklingsprosess siden 1987. Prosjektet har vært nært knyttet til et klinisk utredningsmiljø, habiliteringsteam for barn ved Innherred sykehus i Levanger. Dette har bl.a. ansvar for utredning/diagnostisering av sped- og småbarn med eller i risiko for skjevutvikling. Samtidig har også dette miljøet ansvar for veiledning og oppfølging, samarbeid med familien og de lokale hjelpeinstansene rundt et barn med særskilte behov (helsestasjon, PP-tjeneste, barnevern, fysioterapeuter med mer). Fokus er satt på å veilede barnets nærpersoner og på tilrettelegging nærmest mulig barnet. Det legges særlig vekt på å forebygge vansker hos barn med ulike funksjonshemninger.

Fagpersoner som i en årrekke har arbeidet i grenselandet mellom 1.- og 2. linjetjenesten i habiliteringsfunksjonen ved Innherred sykehus har etablert et miljø for utviklingsarbeid og forskning. Prosjektgruppen har knyttet seg til Folkehelsa i Verdal.

Prosjektgruppe

Prosjektgruppen er tverrfaglig og har bestått av fysioterapeut, helsesøster, pediater, pedagog, datamedarbeider og psykolog. 1. amanuensis Harald Martinsen ved psykologisk institutt, Universitetet i Oslo er faglig veileder for prosjektet. Undertegnede som er psykolog har vært leder for prosjektet siden oppstarten. Overlege Sigurd Børsting har fra starten deltatt i såvel planleggingsarbeid, tilrettelegging og gjennomføring av prosjektarbeidet.

Han har også vært leder i styringsgruppen for prosjektet. Leder for styringsgruppen siste år har vært Klinikkleder Ivar Haarstad.

Under oppfølgingsundersøkelsene er pedagog fra Ekne Kompetansesenter kommet med i prosjektgruppen.

Målsetning

Målsettingen for prosjektet har vært todelt:

- å utvikle en metode for å sikre tidlig registrering av spedbarn med tegn på utviklingsavvik eller i risiko for utviklingsvansker
- å sikre tidlig hjelp (intervensjon) til barn med tegn på utviklingsavvik eller overfor barn som er i risiko for utviklingsvansker.

Metoden må tilfredsstille visse krav: den må være rask å gjennomføre, ikke koste mer eller kreve større kompetanse enn det en allerede finner i føde-/barselavdelingene og helsestasjonene. Bruk av metoden skal indirekte medføre økt interesse og kompetanse hos foreldre.

Metodeutvikling

Metoden som er utviklet baseres på tidligere studier av Prechtl, Touwen og flere (1964, 1968). Disse har benyttet optimalitetsbegrepet når de har forsøkt å utvikle hjelpemidler for å predikere senere utvikling ut fra tidlig obstetrisk og/eller nevrologisk risiko. Med optimal tilstand menes den best tenkelige tilstand. Med nonoptimal tilstand menes en tilstand som ikke er så god som ønskelig.

For vårt formål har vi laget tilsammen 11 skjema. Her blir opplysninger fra svangerskap og fødsel registrert. Opplysninger om medi-

sinske og nevrologiske forhold, om motorikk, samspill, visuell oppmerksomhet, språk- og lydproduksjon, uro, initiativ, omsorgsmiljø osv. blir innhentet gjentatte ganger i tiden fra barselperioden og opp til 7 måneders alder. Opplysninger fås ved å stille spørsmål til foreldre og ved observasjon og undersøkelse av barnet. De samme forhold blir vurdert ved 5 ulike tidspunkt fra 0-7 måneders alder.

Det er lagt vekt på at dertaljerte opplysninger skal dokumenteres på en rask og lik måte for alle barn.

Prosjektet har hatt ulike faser: et forprosjekt (1988-89) hvor metoden ble utviklet og prøvd ut på 76 barn. Metoden ble deretter evaluert. Variabler som ble tatt med i 2. utgave av skjemaene tilfredsstilte bestemte kriterier (ikke for høy baserate, spørsmålene lot seg innpasse i en praktisk arbeidssituasjon, ikke for høg forekomst av «missing» osv.). Nye spørsmål ble føyd til.

Utprøving av metoden

Den evaluerte metoden ble prøvd på alle barn født i perioden 1.8.90-31.7.91 fra 18 kommuner i Nord-Trøndelag. Tilsammen omfattet undersøkelsen 1221 barn (deltagerprosent 97,6). Alle barn fikk beregnet en kumulert skåre for nonoptimalitetet. Barn som i nyfødtperioden medisinsk sett ble vurdert til å være i stor risiko for senere skjevutvikling ble henvist habiliteringsteam for oppfølging. For øvrig ble barn med spesielle behov henvist aktuelle instanser på vanlig måte. Henvisninger og intervensjoner som ble igangsatt er blitt registrert.

Oppfølgingsundersøkelser

Det er utviklet og gjennomført en 2-årsundersøkelse for ca. 850 av barna i populasjonen. Foreldre har besvart et spørreskjema om språk, temperament, sykdom, mat, søvn osv. Helsesøster har vurdert helse, motorikk, sosial adferd, språk, uro, osv.

I løpet av 1994 og 1995 ble det gjennomført et vidt spekter av undersøkelser av barna da i en alder av 4 – 4 1/2 år. Informanter er foreldre, helsesøstre, leger og fysioterapeuter. Et utvalg av barna er testet med formelle tester (MAP, WPPSI-R).

Foreløpige resultater fra undersøkelsene i spedbarnsalder

Ved 7 måneders alder var det ca. 7 % av hele populasjonen som hadde fått en høg skåre for kumulert nonoptimalitet (skåre >40). Av disse var 80 % henvist en eller annen instans, og det var satt igang tiltak for barn i 60 % av tilfellene. Det vises til arbeidsrapport nr. 1 for nærmere beskrivelse av resultater. Det foreligger et stort datamateriale som viser forekomster i en normalpopulasjon med hensyn til ulike medisinske, nevrologiske, motoriske, sosiale, samspillsmessige og adferdsmessige variabler.

Hypotesen om at nonoptimale forhold synes å kumulere hos barn med utviklingsavvik ser ut til å bli bekreftet.Ulike nonoptimale forhold synes å forekomme samtidig, eller nært opp til hverandre i tid. Dette gjelder ulike områder som: forhold i svangerskapet, sosiale forhold i familien, nevrologiske forhold hos barnet og ulike samspillsmessige forhold i familien (for eksempel foreldrenes evne til å fange opp barnets signaler og reagere konsekvent på disse osv.). Enkelte nonoptimale forhold, for eksempel medisinske, hvis de opptrer isolert, synes å få en minimal effekt i et langtidsperspektiv. Nærmere sammenhenger gjenstår imidlertid å dokumentere. Dette vil bli gjort når alle opplysninger ved fire år foreligger.

Resultater fra 2-årsundersøkelsen

Resultatene fra 2-årsundersøkelsen synes å peke i retning av at barn som har høg nonoptimalitetsskåre ved 7 måneder også synes å ha en høg non-optimalitetsskåre ved 2-årsundersøkelsen. Tilsvarende synes barn med lav skåre ved 7 måneder å ha en lav skåre ved 2 år. Resultatene er kun foreløpige da data ikke er ferdig analysert. Skjema som ble utviklet for dette prosjektet er foreløpig ikke validert og standardisert. Dette vil bli gjort etter at resultater fra 4-årsundersøkelsen foreligger.

Brukerundersøkelse

Alle fagpersoner i føde- og barselavdelingene og i helsestasjonene ble spurt om å vurdere metoden. Ca. 80 % av helsestasjonspersonalet som deltok i spørreundersøkelsen ga uttrykk for at metoden førte til at barn med særskilte behov fikk tidligere hjelp enn det som var vanlig. Kun 2 % mente at det ble satt igang unødvendige tiltak, mens 65 % mente at tiltakene var nødvendige. 70 % av fagpersonene som deltok i undersøkelsen mente at metoden bør videreutvikles og gjennomføres i den norske helsestasjonen, mens 30 % mener at metoden kan benyttes slik den er i dag. 6 % ga uttrykk for at metoden tok for lang tid.

Problemstillinger i forbindelse med utprøving av metoden

De standardiserte undersøkelsene som er benyttet ved 4-årsundersøkelsen, med stor evne til prediksjon av senere utviklingsvansker, gjør det mulig å si noe om metodens holdbarhet. En vil kunne få svar på om de barna som fikk høge skårer for nonoptimalitet og som viste klare kumulert kurver for nonoptimalitet faktisk synes å være identiske med barn som senere viser utviklingsvansker. Vi vil få rede på metodens spesifisitet og sensitivitet. Før en kan si noe om brukbarheten i den framtidige helsestasjonen, må slike spørsmål være avklart. Følgende problem-

stillinger er sentrale for oppfølgingssundersøkelsene:

1. Kan metoden predikere skjevutvikling/funksjonshemning?
2. Kan metoden predikere funksjonelle vansker ved 4 år?
3. Kan metoden predikere funksjonelle vansker ved 8 år?(Det er et håp om å gjennomføre en ny undersøkelse av hele populasjonen når barna er 8 år.)

På grunn av de gjentatte registreringer som er gjort vil det i tillegg være mulig å få svar på spørsmål om hvor stor stabiliteten er hos barn med hensyn til samspillsvansker, uro, konsentrasjon, motoriske problemer, sykelighet osv.



Formidling

I prosjektperioden har det vært stor etterspørsel etter informasjon. Forespørslene er kommet fra ulike fagmiljøer (medisinske, pedagogiske, psykologiske, fysioterapeutiske, i fra barnevern, helsestasjoner og PPT). Det har også vært stor etterspørsel etter å få ta metoden i bruk. Det synes å være et stort behov for bedre egnede, mere sensitive og spesifikke metoder for å skille ut barn i risiko for skjevutvikling. Interessen har vært sterk både i fra nasjonalt hold, men også fra nordisk hold er det kommet forespørsler.

Pågående arbeid

Den pågående 4-årsundersøkelsen har krevd det meste av tiden i 1994 og 1995. En metodebok er under utarbeidelse og det er stor etterspørsel etter denne. Det er også gjentatte forespørsler om videofilm i forbindelse med instruksjon/veiledning av hvordan spedbarn bør undersøkes når en skal legge vekt på samspill, oppmerksomhet, initiativ og motorisk funksjon. Videre er det kommet forespørsler om å utvikle små, enkle opplysnings- og veiledningshefter til bruk overfor enkelte grupper av barn, for eksempel for tidlig fødte barn, barn med dårlig samspill, barn med Down`s syndrom og barn med forsinket motorisk utvikling. Henvendelsene kommer hovedsakelig fra kliniske miljøer. Det er et håp at vi skal greie å utarbeide enkle og instruktive veiledere som for eksempel kan være til praktisk bruk. Dette arbeidet vil skje i samarbeid med habiliteringstjenesten for barn i Nord-Trøndelag.

Prosjektgruppen arbeider for tiden med dokumentasjon og rapportering av resultater. På grunn av arbeidspresset har dette vært vanskelig å få til tidligere. Det har vært påkrevet med stor aktivitet og pågåenhet fra prosjektgruppen i alle faser for å sikre en god gjennomføring av prosjektet og for å skaffe de nødvendige økonomiske ressurser. Det arbeides med å ferdigstille en metodebok som skal gjøre det mulig også for andre å benytte metoden i framtida.

Videre utprøving av metoden

Et nytt prosjekt er i gang hvor 4. reviderte utgave av skjemaene prøves ut i 3-4 kommuner i andre deler av landet. (I Hole og Ringerike kommune vil ca.1200 nye barn delta i en 2-årsperiode). Vi har utviklet et dataprogram som skal være en støtte i det kliniske arbeidet hvor metoden benyttes på helsestasjonene. Programmet prøves ut med PC i helsestasjonen. Sumskårer, individuelle kurver for nonoptimalitet og fortløpende utlisting av alle nonoptimaliteter kan hentes ut på enkle måter. Hensikten er også å prøve ut hvordan metoden kan være til praktisk hjelp når barn blir vurdert og når de skal henvises til ulike instanser. Vi har store forhåpninger om at systemet skal hjelpe til med å sikre mer presis informasjon mellom de kommunale instanser og mellom ulike nivåer i helsetjenesten.

Praktisk nytte av prosjektarbeidet

Samtidig som det arbeides med å utvikle sikrere systemer med hensyn til å oppdage skjevutvikling er det også viktig at det arbeides for å heve kompetansen innen tiltaksområdene. At det finnes nyere metoder innen tidlig intervensjon er i dag velkjent. I kjølvannet av prosjektarbeidet har vi i Nord-Trøndelag fått til et nært samarbeid med Fylkesmannens Sosial- og familieavdeling. Det er gjennomført et større opplæringsprogram i MarteMeo for fagpersoner innen 1. og 2. linjetjenesten.

Innen Habiliteringstjenesten i Nord-Trøndelag arbeider vi med mere systematisk oppfølging av risikobarn som et resultat av prosjektarbeidet. Dette gjelder for eksempel overfor barn som er født for tidlig. For barn med diagnostiserte utviklingsvansker arbeides det systematisk med tidlig og familiestyrt intervensjon. Videre

legges det vekt på å utvikle habiliterings-planer i forbindelse med å sikre helhetlige tiltak i et livslangt perspektiv.

Økonomisk støtte

Ulike forskningsinstanser har siden 1988 bevilget midler til prosjektet. Disse er: Nasjonalforeningen for Folkehelsen, Norges Forskningsråd (NORAS), Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter, Fylkeslegen i Nord-Trøndelag (Samlet Plan), Samordningsrådet (SOR), Norsk senter for barneforskning, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, Fylkeshelsesjefen i Nord-Trøndelag, Helsetilsynet, Sosialdepartementet, Barne- og Familiedepartementet, Ekne Kompetansesenter og Nord-Trøndelag krets av Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS). Innherred sykehus har gjennom mange år tilrettelagt og gjort prosjektarbeidet mulig å gjennomføre.

Publikasjoner fra prosjektet

1. Rostad, A.M., 1992; Er det mulig å finne barn med «infantil autisme» i løpet av det første leveåret – og hva kan vi i tilfelle gjøre med det? Autisme i dag . Bind 19. nr 1 s.27-42
2. Rostad, A.M. 1993; Non -optimality in pregnancy, delivery, and the early neonatal period. A population study. In Children at risk: Selected papers. K.Ekberg & P.E. Mjåvatn (Red). Norsk senter for barneforskning. Univ. i Trondheim.
3. Rostad A.M.,1993; Occurrence of communication problems in a population study of 1220 children in age 0-7 months. Paper Presented i III European Congress of Psychology .
4. Rostad, A.M., Øvrelid, M., Martinsen, H., Eilertsen, D.E., Aas, S., Jermstad, E. 1995; Tidlig intervensjon i Nord-Trøndelag. Målsetning, bakgrunn og metoder. Deltagelse og foreløpige resultater. Folkehelsa Verdal.
5. Rostad, A.M., 1995; Tidlig identifikasjon av autismeliknende tilstander i det første leveåret. Om å lete etter nåla i høystakken. Autisme i dag nr 1.
6. Rostad A.M., Øvrelid, M., 1995; Kumulert nonoptimalitet som metode til hjelp i tidlig identifikasjon av utvikliklingsvansker i spedbarnsalder.Metodebok. Folkehelsa Verdal /Innherred sykehus.
6. VitaMin 3. 1994; Å finne alarmgrensene. Omtale av prosjekt tidlig intervensjon i Nord Trøndelag.
8. Aas, S.; 1995; Prosjekt tidlig intervensjon i Nord Trøndelag. Flintnytt nr 1. Fylkeslegen i Nord Trøndelag.
9. Øvrelid, M. 1992; Habilteringsteamet for barn i Nord Trøndelag. Barnestafetten nr 17.

Disse fagpersonene arbeider i prosjektgruppa for tiden:

Helsesøster Sigrid Aas, Habilitringsteam for barn, Innherred Sykehus, 7600 Levanger

Datamedarbeider Erling Gjermstad, Habiliteringsteam for barn, Innherred Sykehus, 7600 Levanger

Fysioterapeut Marit Øvrelid, Ekne kompetansesenter, 7624 Ekne

Pedagog Grete Hoven Ekne Kompetansesenter, 7624 Ekne

Adresser

Samfunnsmedisinsk forskningssenter (Folkehelsa), Verdal, Neptunvn. 1, 7650 Verdal, tlf. 74 07 71 44, Fax 74077095

Habiliteringsteam for barn, Innherred sykehus, 7600 Levanger, tlf. 74 09 83 02, Fax 74098013

SATS

SEKRETARIAT FOR UTVIKLING AV ALLMENNMEDISINSKE KVALITETSINDIKATORER
ALMENT PRAKTISERENDE LÆGERS FORENING • NORSK SELSKAP FOR ALLMENNMEDISIN

Påmelding av kollegagrupper

SATS er et kvalitetssikringsprosjekt basert på lokale kollegagrupper, med varighet ca. ett år.

Prosjektgruppen tar imot påmelding av kollegagrupper med 4–8 (maks. 10) deltakere med tanke på oppstart i første halvår 96. Grupper kan velge ett eller flere av fire emner: Diabetes mellitus, migrene, sår hals, bruk av laboratoriet. Hvert fullført emne er godkjent som klinisk emnekurs i etterutdanning for allmennmedisin.

Brosjyre med presentasjon er sendt til alle medlemmer av Aplf og OLL.

Kontakt prosjektleder i din helseregion:

Region 1: Jo Telje, 2640 Vinstra, tlf. 61 29 20 02/61 29 01 00, faks 91 29 20 02.

Region 2: Tor Carlsen, GRUK, Nedre Hjellegt 1, 3724 Skien, tlf. 35 52 19 00, faks 35 52 19 15.

Region 3: John Cooper, 4130 Hjelmeland, tlf. 51 75 05 69/51 75 07 00, faks 51 75 06 40.

Region 4: Hans Michael Waaler, Stokkmovn 42e, 7500 Stjørdal, tlf. 74 82 14 41, faks 74 82 55 55.

Region 5: Tor Claudi, Skogsvn 22, 8021 Bodø, tlf. 75 56 22 30/75 58 60 10, faks 75 56 16 70.

Første internasjonale konferanse i forebyggende og helsefremmende arbeid i Europa

Santiago de Compostela, Spania 23.–25. nov. 1995

Av Irene Hetlevik og Knut Holtedahl

Helt siden middelalderen har pilgrimer fra hele Europa reist til Santiago de Compostela, St. Jakobs by i Galicia, nordvest i Spania. Som valfartsby med religiøs betydning for pilgrimer overgås den kun av Roma og Jerusalem, og i glansperioden i det 11. og 12. århundre søkte en halv million pilgrimer årlig til byen. Byens godt bevarte katedral, som stod ferdig i 1128, gjør et overveldende inntrykk. I den gamle delen av byen ligger også et av Europas første renessanseuniversiteter. Vi fikk en god fornemmelse av å være på historisk grunn.

Her ble den første internasjonale konferanse i forebyggende og helsefremmende arbeid arrangert i november 1995. Det galisiske helse- g sosialministerium var verter og betalte reise og opphold for delegater fra 30 land i Europa. Dette ble gjort i samarbeid med WHO og SEMFYC, det spanske selskap for allmennmedisin. De europeiske selskaper for allmennmedisin var invitert til å sende en delgat hver, i tillegg var WHO eksperter invitert.

Bakgrunn for konferansen

Mange land i Europa er inne i en prosess med reorientering av helsevesenet mot større grad av primærhelsetjeneste. Det er behov for å betrakte ulike oppgaver for allmennpraktikere (AP) og familieleger (FL). Man ønsker å: Identifisere AP/FLs rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid. Fremme involvering av AP/FL på alle politiske nivåer der helseforebygging defineres (Nasjonale, regionale, lokale).

Vurdere om det er adekvat skolering i forebyggende helsearbeid blant AP/FL og andre grupper som arbeider med helseforebygging.

Identifisere «evidence based» forebyggende tiltak i allmennpraksis.

Utvikle godt fundamenterte kliniske retningslinjer for å la diagnostikk, terapi og forebygging bli likeverdige elementer i konsultasjonen.

Definere forebyggingsområder der det bør satses på forskning i primærhelsetjenesten.

Arbeidsform

En del foredragsholdere var invitert til å holde innlegg om emner relatert til gruppearbeidene. Gruppearbeid og diskusjoner omkring dette utgjorde hoveddelen av konferansen. Deltagerne meldte seg på en av følgende arbeidsgrupper:

1. Helseopplæring og -rådgivning
2. Vaksinasjon
3. Cancer screening
4. Forebygging av kardivaskulære sykdommer
5. Gjennomføring av forebyggende aktiviteter i primærhelsetjenesten

Hver gruppe bestod av 8–18 personer. Gruppelederne hadde på forhånd utarbeidet et dokument som dannet utgangspunkt for arbeidet. Gruppene laget etter endt arbeid et dokument som ble presentert og diskutert i plenum. Disse fem dokumentene skal en mindre gruppe arbeide videre med, det satses på at dette skal være en arbeidsgruppe i regi av WONCA, Europa. Endelig resultat skal foreligge innen tre år. Det arbeides for regelmessig, kanskje årlig, avvikling av en internasjonal konferanse i forebyggende og helsefremmende medisin i Europa.

Vi deltok i gruppe 4 (IH) og 5 (KH) og vil her gi noen inntrykk fra disse.

Forebygging av kardiovaskulære sykdommer

Naturlig nok var det variasjon mellom de ulike land med hensyn til strategi i forebygging av hjerte- og karsykdommer. Lovregulering av røyking ble sett på som nødvendig der dette manglet. Å oppdage og behandle høyt blodtrykk ned mot lave grenser er fortsatt et satsingsområde i mange land. Mange representanter viste imidlertid en stor vilje til å vurdere kritisk måten kardiovaskulær risikointervensjon har vært utført på bl.a med medikamentell intervensjon på stadig lavere blodtrykk. Det ble påpekt nødvendigheten av å se kritisk på hva man har oppnådd og presentere kunnskap på forståelig måte både for leger og pasienter med muligheter for personlige valg. Dette er helt i overensstemmelse med at NSAMs styre i en toårs periode nå har satt risikointervensjon på dagsordenen (2).



Følgende hovedmomenter fra gruppens arbeid refereres:

Primærhelsetjenesten har en viktig rolle i forebygging av hjerte- og karsykdommer.

Pasienter med høy risiko må identifiseres og behandles kostnadseffektivt.

Pasienter med etablert hjerte- og karsykdom må behandles optimalt.

Legene må tenke på effekten av eksempelets rolle.

Intervensjonen på pasientnivå må støttes opp av sterk politisk vilje til å fremme sunne matvaner, fysisk aktivitet og røykereduksjon.

Effekt av intervensjonen på individnivå er begrenset og må brukes kostnadseffektivt. Dette må vurderes opp mot andre prioriterte helseoppgaver.

Det er nødvendig å fokusere på mulig skade og etiske konsekvenser av det å identifisere risiko. Anbefalinger skal være «evidence based» og gjøres forståelig for behandlere på en måte som fremmer at de blir tatt i bruk.

Det må legges vekt på personlige faktorer som fremmer helse. Legenes kunnskap i epidemiologi og kritisk tenkning må bedres, likeledes ferdigheter i kommunikasjon og rådgivning med tanke på atferdsendring. Forebyggende arbeid tar tid, omorganisering av praksis kan være nødvendig. Legen må fremskaffe pålitelig informasjon om målinger, klinisk undersøkelse og livsstilsfaktorer og informasjonen må følges opp ved kontroller. Behandling må tilpasses individets karakteristiska og personlige ønsker, og det må tilstrebes en felles forståelse av behandlingens mål. Legen skal støtte opp under at pasienten deler ansvar for egen behandling.

Gjennomføring av forebyggende aktiviteter i primærhelsetjenesten

Det er store variasjoner i allmennpraktikeres engasjement i forebyggende aktiviteter. I mange land er det andre aktører i primærhelsetjenesten som ivaretar de fleste forebyggende oppgaver overfor lokalbefolkningen. Allmennpraktikerens arena er først og fremst konsultasjonen og sykebesøket. I moderne pasientsentrert arbeid er det akseptert at andre tema enn pasientens presenterte problem kan tas opp og være en naturlig del av helheten i konsultasjonen. Målsettingen må være å la dokumenterte helsefremmende og forebyggende aktiviteter få en like naturlig plass i konsultasjonen som auskultasjonen og reseptskriving.

Til dette kreves videre- og etterutdanning i kommunikasjonsferdigheter og endel tekniske ferdigheter. Det kan disuteres i hvilken grad man skal satse på periodiske undersøkelser som for eksempel anbefalt av Canadas Task Force on the Periodic Health Examination. Et uavhengig og bredt sammensatt panel av klinikere og epidemiologer vurderer her det

Forts. side 79.

Et slags Sibir?

Tekst: Njål Flem Mæland

Njål Flem Mæland er født i 1968 har studert medisin i Bergen og i Trondheim. Han har vært et år som turnuskandidat ved Sentralsykehuset i Fredrikstad og er for tiden i ferd med å avslutte sin distriktsturnus i Loppa kommune.

Russerne sender sine indre fiender til det folketomme Sibir. Vi sender turnuskandidatene til distrikts-norge. Etter syv år i sykehusmiljøet, seks som student og ett som journalslave, forlot jeg kjæreste, postmodernistiske kafeér og neonfargede kjøpesentre. Jeg ble tvangssendt til Loppa, en avfolket kystkommune i Finnmark. Jeg fikk møte almenpraksis for første gang. Jeg fikk selvstendig legeansvar i todelt vakt. For første gang skulle jeg leve uten storbyens tilbud og anonymitet. Hvordan det gikk? Her følger en følelsesladet reiseskildring.

Den 31. juli får jeg for første gang øye på den forlengst nedlagte sildeoljefabrikken i Øksfjord. Det er intet vakkert syn, rustne og vindskjeve ståltanker ønsker meg velkommen. Jeg hadde kjørt to tusen ensomme kilometer for å se dem. Etter som jeg nærmet meg økte angstnivået, kilometer for kilometer. Det er plass til mange tanker på så mange kilometer. Tanker om det å skulle beherske en ny og krevende jobb, tanker om det å bosette seg blandt fremmede.

Nå har jeg vært her i Loppa i et halvt år. Nesten hele denne høsten har jeg gått todelt vakt. Det betyr en masse jobbing. Og rett nok, når jeg tenker tilbake kan jeg huske mange frustrasjoner; vanskelige vurderinger, telefonen som aldri gir meg fred, de ensomme konsultasjoner, angsten etterpå: Gjorde jeg en riktig vurdering?, maset om sykemeldinger, missforholdet mellom de enorme symptomene og de sjeldne funnene og mellom forventninger og det mulige, papirbunken som vokser, de ufattelig mange høye kolesterolverdiene, det håpløse skjemaveldet, det tunge ansvaret ved å være alene i kommunen i dagevis, kveldene som ble ødelagt av en uventet tur til Hammerfest. Men likevel, når jeg tenker på arbeidsdagen jeg skal ha i morgen er det andre ting jeg kommer på først. Jeg ser fram til morgenmøte med kaffe (koke-!), smilet i korridoren, de morsomme pasientene, den vanvittige humoren til helse og omsorgssjefen (absolutt 100% utenkelig fra en leder sørpå), den lune atmosfæren i lunsjpausen. Og dertil kommer en ting som lyser over alle andre arbeidsdager jeg har hatt så langt på min livsveg: Utekontordagene!

Loppa kommune er unik p.g.a. de mange avsidesliggende småstedene hvor det har gjemt seg mennesker. Øksfjord er det eneste «veifaste» sted i kommunen. Vi må bruke båt for å nå de øvrige, som også ligger helt isolert fra hverandre. Derfor har vi i alt 8 utekontor i en kommune med 1500 mennesker. Disse besøkes jevnlig, fra en gang i uken til en gang i måneden. En utekontordag starter med båtturen ut og slutter med båtturen inn igjen. Båtturen er en friplass, her kan ingen nå meg. Jeg kan slappe av og nyte selskapet med ambulansebåt-førerne. Stemningen ombord er avslappet og samtalen går fritt. Her er det mye snadder for en som samler på gode replikker. Hver tur er forskjellig, avhengig av årstid og vær; tåkedotter, kuling, flat sjø, store bølger, krappe bølger, høstfarger, sne i høyden, orange mørketidslys over snekledde fjell. Fjellene og breen i det fjerne – ikke to dager er de like. Vi ser niser, havørn, rein, lunde, lom, skarv, sel, oter, havmelle. Daglig splintrer vi flokker av måker. Når vi passerer små skall av fiskebåter tar Knut gjerne en prat med dem over VHF'en. Da spraker det i høytaleren i flere minutter mens fiskeren synes å nærmest holde enetale med seg selv. De eneste ordene jeg kan oppfatte er «fæsk», «småsei» og «svart hav». Så blir det stille, Knut tar over og har tilsynelatende oppfattet som ord alt det som for meg bare var knatring. Han kommenterer, i saftige ordlag, alle de forskjellige emner fiskeren har vært inne på. Så er samtalen over. To replikker, ti tema. Disse samtalene er det mest nordnorske jeg kan forestille meg.

De åtte utekontorene er forbløffende forskjellige fra hverandre. Hver og en har de sin egen karakter, sin egen grunntone og sine egne helt særegne over- og undertoner. Det oppleves totalt forskjellig å være lege det ene stedet fra det andre. Legesøkningen er også helt anderledes på disse stedene enn i Øksfjord. Man skulle kanskje tro at helse og sykdom var det samme i to nabofjorder, men nei, slik er det på ingen måte. Dette temaet lar seg ikke uttdype skikkelig i et kort artikkel som dette, ganske enkelt fordi det fortjener en avhandling, minst! Felles for utestedene er imidlertid at pasientene har vikarierende motiv for å møte opp på kontoret, ofte kommer de mest av alt for å se et nytt ansikt, for å føle kontakt med verden utenfor, for å slå av en prat.



Det passer meg utmerket, vi kan prate om krigen og om fiskeriene, jeg får høre bygdesladder og jakthistorier. Helt sikkert mere helsebringende enn å snakke om haemoroider og analkløe – i alle fall for legen! Egentlig fortjener hvert enkelt sted sin egen fyldige omtale, jeg får nøye meg med å gi noen bilder fra noen av dem. Det vakreste er Bergsfjord, med ville fjell, blåis innerst i dalen, omlag femti fargesterke hus omkring en hesteskoformet og lun bukt med gresskledde holmer og skjær utenfor. Her er det rituale å spise matpakken hos Ingolf når jeg tar TT-prøve. Det er ganske så unødvendig å ta den hver annen uke, men ingen har hjerte til å kutte ned på hyppigheten. Til det er det alt for åpenbart hvor stor pris han setter på å få besøk. På Skavnakk hadde jeg en gang åtte navn på listen. Det er ganske bra når vi er her hver måned og det bare bor åtte mennesker der. Det mest spesielle på Brynilden er legekontoret. Det ligger i lærerværelset på den nedlagte skolen. Et stort rom med et lite respateksbord under den ene langveggen. Her møtes pasient og lege under et digert maleri, malt direkte på veggen. Det forestiller den berømte latinamerikanske frigjøringshelten og anarkisten Che Chevuera. Det ble malt av en ung lærer som jobbet på skolen rett før den ble nedlagt, den gangen nystuderte lesete Maos lille røde. Presten holder to ganger i året gudstjeneste her, med respaktksbordet som alter, under bilde av Opprøreren. I Langfjordhamn har jeg bare vært to ganger. En gang for å hente en syk, et bittelite, grått menneske som har en helt fantastisk livshistorie å berette, men hun forteller den helt sikkert ikke. Det ville ligne for mye på en klage. Brystsmertene hennes vekket meg midt på natten på en av mine først vakter. Hun fikk oppleve morfinens velsignelse, liggende på en madrass i sitt miniatyrkjøkken, i sitt miniatyrhus, omkranset av noe av det mest ville og ugjestmilde Norge kan by på av natur. For meg ble dette øyeblikket skjelsettende: Jeg følte omsorg for henne. Etter et år på et travelt sentralsykehus, hvor brystsmerter var en ting som kom i antall og pasienter var noe brysomt som sprengte budsjetter og fylte opp korridorer, var dette en rystende opplevelse. Jeg var fuktig i øynene da jeg bak alle de latinske ordene på innleggelsesskrivet til Hammerfest sykehus føyde til «Ta godt vare på henne». Den neste gangen jeg var i Langfjordhamn var kjæresten min med. Det var en blendende vakker dag, en av de roséfargede, etter at snøen har kommet, rett før mørketiden setter inn. Bare å være der var et eventyr av en opplevelse. Vi møter en vennlighet som kanskje er en læstdadiansk arv, vi blir budt inn på kaffe og kaker og varme ord hos mater familias Ingrid Fossmo. To uker senere treffer jeg henne igjen i Øksfjord, hun har vært og handlet. Hun trekker fram et par votter

og ser beskjedent ned: «Å, ho e nydelig ho jenta di, ho som va me dæ i Lanfjordhamn! Nei du må hils te ho, veit du æ syns ho va som ei dokke! Æ la mærke te at ho har små hender, så æ har no strikka no votta te ho. Æ veit no ikkje, men æ trur dæm vil passe. Æ håpe dæm passe, for æ vil bli så glad viss ho vil bruk dæm!» Man får, og man får.

Før jeg dro hit ble jeg advart mot at folk kan være fæle til å prate, og at de ikke er fri for saftige replikker. Mest har jeg hørt gode ord, slik som dem Ingrid Fossmo brukte. Harde ord hører man også, men oftest er dette bare en talemåte som er til for forlystelsens skyld. Den størst fortelleren jeg har møtt er Knut Olsen. Han jobber på ambulansebåten og er et oppkomme av historier. Han lyser av fortellerglede, slik barn kan gjøre det når de sitter inne med en stor opplevelse de oser av trang til å gi videre. Bak fortellergleden ligger livsgleden og livsbegjæret, det å se det store og underfundige i det små og hverdagslige. Men i motsetning til barn har han den voksne fortellerens evne til å snakke mest gjennom det usagte, og til å skape spenning gjennom å gjemme poengene. Slik kan Knut gjøre det hverdagslige til noe magisk og det fantastiske til virkelighet når han forener livserfaring, språk, gnistrende øyne, levende ansikt og malende bevgelser. Slikt lar seg naturlig nok ikke gjenskape skriftelig, men noen replikker har jeg lyst til å gi videre. Knut: «Kjæm ho Ingrid te hælga? Ja da må vi husk å slå av seismografen, ellers ryk batterian!». Den helt friske pasienten som tror han feiler alt: «Æ e redd for å bli sånn dær rullestolmissbruker» (Da er det vanskelig å holde seg alvorlig!). Den lille gutten jeg treffer igjen på gata, på spørsmål om hvordan han har det: «No e æ forælska – men det går no vel over av sæ sjøl!». Under diskusjon om hvorhvidt fisk kan føle smerter: »På fiskerifaghøyskolen lærd dæm oss at fisken ikkje har følelse – men det har han jo!». På en lapp jeg fikk av en pasient: «Ønskeliste: Kan legen undersøke hjert, lever, nyrer samt endetarmen viss det er tilrådelig. Ærbødigst O.S.» De fleste gode replikkene jeg har hørt her er for saftige i ordbruken til at jeg tørr spre dem i et forum som dette, men jeg forsøker meg likevel med noen. Sint Loppaværing drømmer om hevn: «Æ ska slå han over ræva med ein flisat wire og dask han over kuken med ein frosen auar!». Kanskje Chlamydia-positiv: «Viss at kallen min ha vært utro så ska æ faen mæ ta å puss peisen hass me sannpapir te berre urinrøret står igjen!» Selv har jeg hatt én replikk som jeg syns er verd å minnes. Det var den første helgen jeg var her, jeg var ute på Loppakroa sent en lørdag. Da kommer en temmelig påseilet ung dame og setter seg på fanget mitt mens hun sier høylydt: «Du ska undersøke underlivet mitt på mandag!», hvorpå jeg svarer: «Må vi vente helt til mandag?»

Viktig for livet her er den gode samtalen over en kopp kokekaffe, og det mangler ikke på kaffeinvitasjoner. På vei fra helsesenteret og hjem blir det gjerne en samtale eller to, og kanskje en snøballkrig med noen unger. Folk treffer man også på fest, enten hjemme hos dem, på Loppakroa eller på samfunnshuset. På sistnevnte sted er medbrakt forbudt, denne regelen praktiseres meget strengt, men i fortolket versjon: Medbrakt er forbudt over bordet, i plastposer under bordet har alle hjemmekokt blandevann. Det kan gå temmelig viltert for seg på slike fester, og det er en opplevelse enten man som søring velger å leke antropolog, eller man legger av seg sine egne hemninger og tar aktivt del i det viltre. Forøvrig er tilgangen på rimelige hemningsbremser god. Når jeg først snakker om mennesker i Øksfjord må jeg si at jeg har møtt en enestående gjestfrihet, og det både fra tilflyttede og innfødte. Forventningene om ensomme, mørke kvelder fylt av savn etter dem sørpå har blitt gjordt til skamme. Jeg satt nettopp og tenkte tilbake på den siste uka og fant ut at fire av ukens dager har jeg spist middag hos noen. Ikke som invitasjoner avtalt dagevis og ukevis i forvegen, det bare blir sånn der og da, det er like enkelt som å si ja takk. Og hva har jeg fått å spise? Ikke noe knussel: Fårikål, stekt kveite, ovnsbakt kveite og finnbiff! Og best av alt: En følelse av å være velkommen, og den gode samtalen rundt bordet.

Så langt har jeg skrevet mye om folkelivet her. Men det som gjør like storslagent inntrykk er naturen. Med så få mennesker på et så lite område blir det mye natur på hver, massevis av uberørte perler. Her byr hav og fjell, breer og innsjøer på store muligheter. Sett i forhold til den lille fritiden jeg har hatt har jeg forsynt meg relativt grådig av disse godene. Min gode følgesvenn gjennom høsten har vært en kajakken, det har vel blitt en to-tre turer de fleste ukene. Kajakken har jeg fått låne av en som hadde hørt av noen at den nye kandidaten var interessert i å padle. Lange turer har det ikke vært, og i et begrenset område, men det har virkelig gitt mersmak å lunke avgårde på denne måten. Snakk om avkobling; helt alene glir jeg over fjorden, lydløst. Bølgene leker med kajakken, og jeg leker med dem, en fugleflokk flyr opp eller noen niser vaker avgårde i det fjerne. Den fineste turen er å krysse fjorden og dra inn til Tverrfjorden. Her er det alltid smult vann, og det er helt grunt slik at jeg kan se bunnen passere under meg. Helt inne i fjorden er det en idyllisk bekk, den bringer smeltvann fra breen som jeg kan se velte seg ut langt oppe i dalen, omkranset av spisse egger. En dag jeg padler slik langs land kommer plutselig flere hundre rein gående langs fjordkanten, de passerer meg på noen titalls meters hold uten å la seg affisere av kajakken. Det er senhøstes og de er på veg til vidda. Det bor noen familier her inne, og

dersom jeg har tid og lyst er jeg alltid velkommen på en kopp kaffe – «Gå du bare rett inn!». «Æ vil paddle kajakk når æ bli stor!», sier yngstesønnen i huset.

Men jeg har også forsynt meg av naturen på andre måter. I fjellvannene er det rikelig med ørret, rekorden er tredve stykker på en tur. Virkelig matauk må man på sjøen for å få, flere fisketurer fra land og fra båt har det blitt, to av dem kunne nok alene ha hold meg med fisk hele denne høsten. Jakt har jeg ikke fått prøvd meg på, men til gjengjeld har jeg to flotte dykk i frisk tareskog, med med masse liv omkring meg. Og, ikke minst, jeg har vært til fjells, både lunkne turer over vidden og villere turer på noen utvalgte få av de mange spisse tinder som omkranser Øksfjord. Mulighetene her synes ubegrenset, og jeg har allerede planlagt turer nok for de neste tre årene!

I morgen i matpausen kommer Unni til å slokke taklampen på pauserommet for å slippe inn det lille dagslyset vi har. Så sitter vi i halvmørket og spiser matpakkene våre. Det er andakt over slikt – har du tenkt over det, at for å se lys må du ha det mørkt? «Det fine med mørketiden er lyset!», hørte jeg noen si en gang, og slik er det!

Om noen flyktige uker må jeg sette meg på hurtigruten og vinke Øksfjord farvel. Jeg kommer til å stå på øverste dekk, i middagsnatten, og vinke med en vott og tørke tårer med den andre. Det siste jeg vil se av Øksfjord er sildeoljefabrikken med sine spøkelseshus, forfallne og vindskjeve stålmonstre. En gang tenkte jeg at dette er det styggest sted jeg har sett, nå blir jeg varm ved synet av de samme bygninger. En gang kom jeg hit alene og var redd for å føle meg ensom, nå drar jeg fra venner.

Njål Flem Mæland
Øksfjord helsesenter
9550 Øksfjord



Gudmund Hernes er fersk i stolen som helseminister. Noen har stilt spørsmål ved hans kvalifikasjoner, siden han ikke har helsefaglig bakgrunn. Selv var han relativt tidlig ute med å tilkjennegi sine kvalifikasjoner da han sa omtrent dette:

«Jeg har nå i flere år som kirkeminister hatt ansvar for kirkegårdene, og jeg har lurt på hvor de kommer fra de som har havnet der.»

Aner vi her en forkjemper for det forebyggende arbeid?

Folkehelsekongress arrangert i Budapest i desember 95



Fra venstre: Marianne Hagestad, Kristian Hagestad, Ellen Rygh, Marie Anbjørg Foten, Ole Morten Rønning, Bård Paulsen.

European Public Health Association (EUPHA) ble dannet i Paris i 1992, og har hatt årlige fagmøter. Det siste ble arrangert i Budapest 14.–16. desember, og temaet var Public Health Research, Policy and Practice and Health Care Reforms.

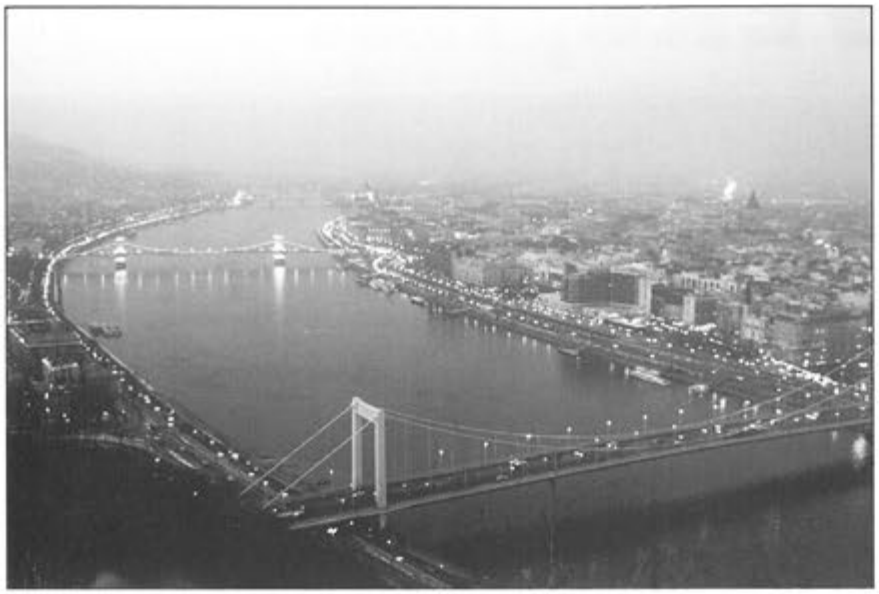
Organisasjonen favner bortimot 25 medlemsland, og har ca. 10 000 medlemmer representert gjennom nasjonale organisasjoner. Norge er foreløpig ikke medlem, men Oll vurderer medlemskap. I Budapest var det ca. 400 deltagere fra 30 land. Norge hadde kun ni deltakere, mens de øvrige nordiske land var langt sterkere representert, både med hensyn til antall deltaker og faglige innlegg på kongressen.

Min erfaring er at dette er et forum hvor det er mye å hente for kolleger med interesse for samfunnsmedisin og folkehelse. Det var anmeldt 270 abstracts, hvorav 160 var antatt. I tillegg var det ca. 35 posters. Det var bare en norsk presentasjon; en til var påmeldt, men falt bort pga. sykdom. Sverige, Finland og Danmark hadde ganske mange innlegg.

Temaene omfattet generell epidemiologi, sosialmedisin, helsetjenestereformer, forebyggende og helsefremmende arbeid, allmennpraksis og bruk av helsetjenester, livskvalitet og sosioøkonomiske forskjeller i helse, helsepolitikk og medisinsk teknologivurdering. Miljømedisin var imidlertid nesten helt fraværende på denne kongressen.

I tillegg til de kortere presentasjonene i parallellsesjoner, var det daglige hovedforelesninger i plenum, som bla. omfattet status for folkehelse og helsereformer i vertslandet Ungarn, i EU og i USA.

I motsetning til Vest-Europa, hvor forventet levetid er økt med 2,5 år siden 1980, har tidligere østblokkland i Sentral-Europa opplevet en stagnasjon i levetidsutvikling, og for enkelte land og grupper har det endog vært markert forverring i dødelighetsratene.



Utsikt fra Gellerthøyden.

For vertslandet Ungarn beskrives situasjonen som en «health crisis». Forventet levealder for menn har falt til ca. 64 år, mot 67 i 1975, trass i at raten for spedbarnsdød er redusert i perioden. Den uheldige dødelighetsutviklingen viser seg allerede i tidlige tenår i Ungarn. Viktigste dødsårsaker er kreft og hjerte-karsykdommer, men også cirrhose og ulykker bidrar til utviklingen. Det ble påpekt at denne alvorlige utviklingen har skjedd tross økende helsetjenestetilbud og samtidig med at landet har opplevd demokratisk utvikling og økonomisk oppgang. Situasjonen i Ungarn er spesiell i forhold til naboland i Sentral-Europa, selv om det også der er problemer. En har ikke forklaring på hvorfor Ungarn har hatt den mest alvorlige utvikling i dødelighetsrater. Et spesielt trekk er at dødeligheten er større i rurale områder enn i tett befolkede strøk. Det ble i diskusjonen pekt på at man bør forske mer i sammenhengen mellom psykososiale faktorer og dødelighet.

Budapest var en vakker by, tross preg av luftforurensning. På det lokale markedet var det overflod i tilbud av mat og andre varer, til rimelige priser for våre øyne. På den sentrale turisthandlegaten var det stort tilbud av vestlige varer og moderne merkeklær til vestlige priser. Et trekk som slo oss, var utstrakt bruk av arbeidskraft til oppgaver som vi vest forlengst har rasjonalisert vekk. F.eks. var restauranter utstyrt med minst to kelnere til hver jobb, og i gatene ble snørydding foretatt manuelt. En ungarsk helsesøster på konferansen fortalte likevel at de opplever at samfunnet rasjonaliseres og at arbeidsløsheten stiger. Etter siste valg er de nå en sosialistisk regjering igjen i Ungarn. Den samme helsesøster fortalte at hun i sitt arbeid gjorde oppsøkende, forebyggende virksomhet som var slående likt vårt system. Hun så forøvrig med gru fram til at hennes gamle, trofaste Traban kunne bryte sammen og at reservedeler ville være umulig å fremskaffe. Mye av bilparken vi observerte i sentrum av Budapest var ny og av vestlig opprinnelse.

Det er spennende å reise, og kongresser i andre land gir mulighet for å oppleve litt av landet i tillegg til det faglige utbyttet. Neste kongress i European Health Association blir i London 12.–14. desember 1996. Temaet blir Evidence based Public Health Policy an Practice. Frist for påmelding av innlegg eller posters er 31.05.96. Møtet i 1997 blir i Spania.

Arendal 3. januar, 1996
Ellen Rygh



NYTT, NYERE, KESTINE



Antihistaminet med nye fordeler

- Kestine gir pålitelig effekt ved normal dosering, 1 tablett (10 mg) 1 gang daglig[1,3]. Effekt kan forventes etter 1 time og varer over 24 timer[1].
- Kestine gir ingen sedasjon i terapeutiske doser[1,2,4].
- Kestine kan trygt doseres dobbelt (20 mg) for ekstra effekt når det trengs, uten at det påvirker sikkerhetsprofilen[1,3]. Kestine er det eneste antihistaminet som har godkjent dobbel dosering ved mer uttalte symptomer[1].
- Kestine har god sikkerhetsprofil[1,4].

Kestine®
ebastin



- allergikerens beste venn

Referanser: 1) Preparatomtale/SPC. 2) O'Hanlon, Ramackers. Antihistamine effects on actual driving performance in a standard test. a summary of Dutch experience, 1989-94. Allergy 1995: 50: 234-242. 3) P. Gehanno. A double-blind, randomized study comparing ebastine 20 mg, ebastine 10 mg and cetirizine 10 mg in adult seasonal allergic rhinitis. (In press). 4) K. A. Brookhuis et. al. «Acute and subchronic effects of the H1-histamine reseptor antagonist ebastine in 10, 20 and 30 mg dose, and triprolidine 10 mg on car driving performance». B. J. Clin. Pharmac. 1993; 36: 67-70.

RHÔNE-POULENC RORER

FISONS Pharmaceuticals

Postboks 33, 1345 Østerås
Tlf. 67 14 99 92

Kestine®
ebastin

KESTINE «Fisons» ATC-nr.: R06A X
Antihistamin
TABLETTER 10 mg: *Hver tablett inneh.:* Ebastin 10 mg, lactos., const. q.s. Filmdrasjert.
Egenskaper: *Klassifisering:* Selektiv histamin H_1-reseptor antagonist uten antikolinerg effekt. Har i kliniske studier ikke gitt sederende virkning ved anbefalt dosering. Potenserer ikke effekten av alkohol og diazepam. *Virkningsmekanisme:* Virkningen inntrer 1 time etter tablettinntak og varer mer enn 24 timer. *Absorpsjon:* Ebastin absorberes raskt og omdannes gjennom første-passasje metabolisme til den aktive metabolitten carebastin. Maksimal plasmakonsentrasjon av aktiv metabolitt nås etter 4-6 timer etter peroralt inntak av 10 mg ebastin. Ved gjentatt inntak av 10 mg daglig oppnås steady-state av carebastin på 130-160 ng/ml innen 3-5 dager. *Proteinbinding:* Både ebastin og carebastin er sterkt proteinbundet, henholdsvis 99,5 og 98%. *Fordeling:* Hverken ebastin eller dets metabolitter passerer blod-hjernebarrieren. *Halveringstid:* For den aktive metabolitten er halveringstiden 14 ± 2 timer. Hos pasienter med redusert lever- eller nyrefunksjon er halveringstiden for den aktive metabolitten 23-27 timer. *Utskillelse:* Mer enn 70% av stoffet utskilles i urinen, hovedsaklig som konjugerte metabolitter. Det er ikke sett endret farmakokinetikk hos eldre.
Indikasjoner: Allergisk rhinitt og konjunktivitt. Histaminutløst hudbesvær.
Kontraindikasjoner: Kjent hypersensitivitet overfor ebastin eller øvrige innholdsstoffer.
Bivirkninger: Hyppige (>1/100): hodepine, munntørrhet og døsighet. Døsighet er rapportert med lik hyppighet som ved placebo. Sjeldne (<1/1000): pharyngitt, magesmerter, dyspepsi, asteni, neseblødning, rhinitt, sinusitt, kvalme og insomni er rapportert.
Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved bruk hos pasienter med redusert lever- eller nyrefunksjon og ved samtidig behandling med ketoconazol eller erytromycin.
Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Ebastin går ikke over i placenta hos rotte. Erfaring hos gravide mangler, og preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet. *Overgang i morsmelk:* Er ikke undersøkt og bør derfor ikke brukes under amming.
Interaksjoner: Ketoconazol og erythromycin forårsaker henholdsvis 3 og 2 gangers øking av AUC for carebastin. Omfattende kliniske studier har ikke vist signifikant endring i QT-intervallet eller fremkallelse av alvorlige hjertearytmier. Inntil ytterligere kliniske studier foreligger bør forsiktighet utvises ved samtidig behandling med ketoconazol eller erythromycin.
Dosering: ***Tabletter 10 mg: Voksne og barn over 12 år:*** *Allergisk rhinitt og konjunktivitt:* 1 tablett (10 mg) 1 gang daglig om morgenen sammen med frokost. Ved mer uttalte symptomer kan dosen ved behov økes til 2 tabletter (20 mg) 1 gang daglig. *Histaminutløst hudbesvær:* 1 tablett (10 mg) 1 gang daglig. Erfaring med langtidsbehandling er begrenset.
Overdosering/Forgiftning: I studier utført med høye doser (opptil 80 mg daglig), er det ikke observert symptomer på overdosering. Det finnes ingen spesifikk antidot for ebastin. Symptomatisk behandling bør igangsettes.
Pakninger og priser: Tabletter: 10 mg: Enpac: 10 stk. kr. 56,80, 30 stk. kr. 140,60, 100 stk. kr. 369,30.

FISONS Pharmaceuticals
RHÔNE-POULENC RORER
Postboks 33, 1345 Østerås
Tlf. 67 14 99 92

Forts. fra side 71

faglige fundamentet for forskjellige tiltak, med særlig vekt på spørsmålet: vil denne forebyggende handlingen resultere i mer nytte enn plage når den foretas hos en person uten symptomer? Anbefalinger i regi av den kanadiske gruppen er alltid kjønns- og aldersspesifiserte, på samme måte som Harald Siems norske anbefalinger fra 1979 (3).

Det finnes en rikholdig litteratur om hva slags handling som kan føre til adferdsendring. For allmennpraktikeren er det viktig at aktiv lytting, oppklarende spørsmål og oppfølging av en eller annen art er like viktige elementer som forklaringer og råd. Det som tilbys av slikt må være enkelt og lettforståelig, ikke for mye av gangen og det kan gjerne repeteres. Utgangspunktet for en pasientent med symptomer er annerledes enn hos en asymptomatisk pasient, og strategiene må også være forskjellige. Handlingsprogrammet fra NSAMs referansegruppe i helseopplysning er her i landet en fin veiledning som tar utgangspunkt i pasientens motivasjon (4).

Konferansens gevinst

En konferanse der representanter for allmennmedisinske miljøer i 30 europeiske land møtes, gir en spesiell mulighet for å utveksle kunnskap og erfaring og å erkjenne at forskjellige helseproblemer kan dominere fra land til land. Allmenn- og familiemedisinens rolle kan uansett styrkes ved at felles problemstillinger i forebyggende helsearbeid drøftes og forhåpentligvis medfører større grad av likhet i valg av strategier. Retningslinjer for denne type arbeid har i alle land i stor grad vært preget av spesialistkunnskap. Det er nødvendig at primærhelsetjenesten får en større rolle, det er her pasientene behandles og virkeligheten oppleves. Hverdagsmedisin er ikke sammenlignbart med klinisk kontrollerte forsøk. En felles internasjonal forståelse av primærhelsetjenestens rolle som premissleverandør øker vår gjennomslagskraft.

Hvordan bringes så informasjonen tilbake til de respektive land? Dette var det foreløpig ingen klar strategi for. Som angitt skal det arbeides videre med dokumentene fra de fem gruppene. Allerede nå foreligger det fra WHOs side en publikasjon (1) som omhandles bakgrunn, muligheter og praktisk gjennomføring av endel viktige forebyggingstiltak i europeisk allmennpraksis.

Dette referat er et forsøk på å gi informasjon tilbake til allmennpraktikermiljøet om denne prosessen. Det blir også spennende å se om det følges opp med årlige konferanser – det finnes vel kanskje ikke så mange land som vil spandere så mye på utenlandske kollegaer som Galicia, Spania. Tiltaket virker imidlertid så viktig at det antagelig både er vilje og evne i de europeiske allmennmedisinske selskaper til å være representert i et slikt arbeid.

Irene Hetlevik
Seksjon for allmenn- og adferdsmedisin
Kreftbygget
7006 Regionsykehuset i Trondheim
Knut Arne Holtedahl
Institutt for samfunnsmedisin
9037 Universitetet i Tromsø

Referanser:

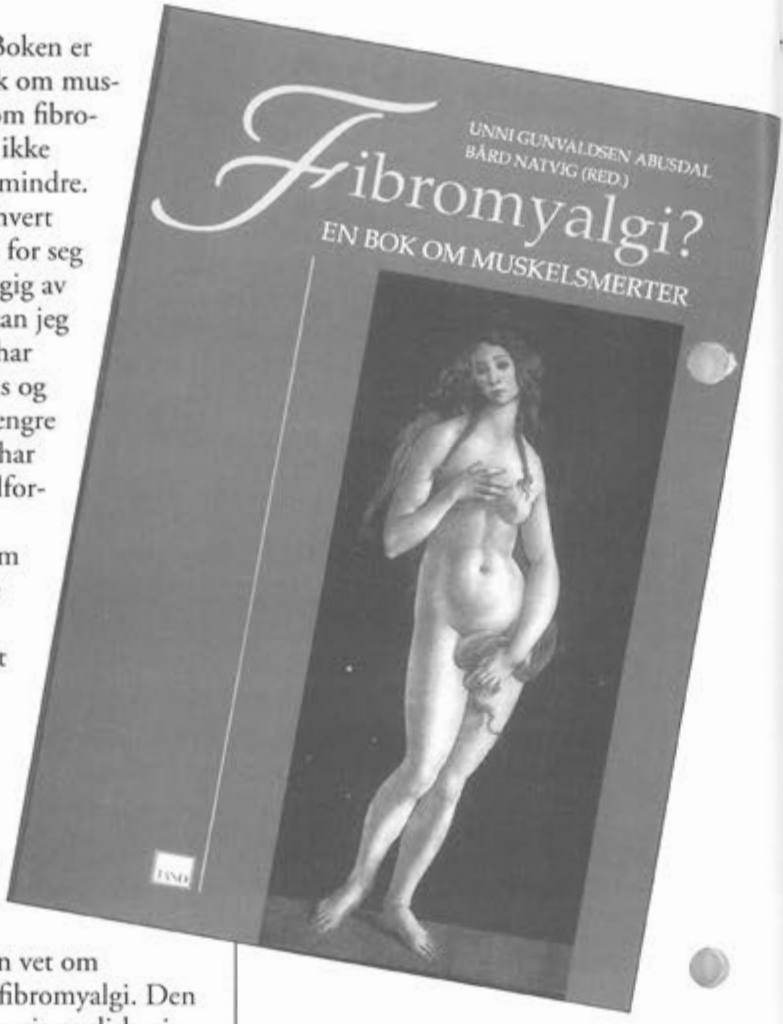
1. CINDI 2000. Prevention in primary care. Recommendations for promoting good practice. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 19995.
2. Brekke, M. Hva er risikabelt? Tidsskr Nor Lægeforen 1994;114:2643.
3. Siem H. Masseundersøkelser og helsekontroller. Oslo: Institutt for allmennmedisin, 1979.
4. Mjell J, Natvig B, Thorsen O, Winge O. Risiko og motivasjon. Den forebyggende hesesamtalen. Oslo: TANO A/S, 1994.



UNNI GUNVALDSEN ABUSDAL, BÅRD NATVIG (RED.):

Fibromyalgi? En bok om muskelsmerter

Unni Gunvaldsen Abusdal, Bård Natvig (red.):
Fibromyalgi? En bok om muskelsmerter
Tano 1995
162 sider
Kr. 168



Fibromyalgi. Få diagnoser frustrerer allmennmedisinere mer. Diagnosen provoserer fordi den setter vår mestring på prøve. Vi føler lett avmakt. Fibromyalgidiagnosen utfordrer vår diagnosekultur og vårt sykdomsbegrep, bl.a. fordi objektive kriterier omtrent er helt fraværende. Det er i seg selv et dristig vågestykke å skrive noe som helst om dette. Redaktørene av denne boken sier i sitt innledningskapittel: «Helsevesenet har ikke hatt noen heldig hånd med fibromyalgi.» Videre skriver de i samme kapittel: «Vi har først og fremst skrevet denne boken for helsepersonell, i håp om at vi kan gi denne gruppen bedre forståelse for fibromyalgi.» Ambisiøst. Makter de dette?

Med seg på skriveferden har redaktørene skaffet seg noen av de fremste navn innen feltet muskelsmerter/fibromyalgi: Peer H. Staff, Håkon Lie, Arne Tjølsen, Holger Ursin, Dag Bruusgaard, Petter Ekern, Sigrid Bunkholt Sandsberg, Berthold Grünfeld. Emnene spenner vidt: fra smertefysiologi til fibromyalgi og trygd, fra funksjonstesting av fibromyalgi og behandlingsstrategier til fibromyalgi og kommunikasjon – for å nevne noen hovedoverskrifter. Boken er delt i 3 hovedbolker: 1) Om fibromyalgi, 2) Kroniske muskelsmerter i samfunnsperspektiv og 3) Kroniske muskelsmerter i biologisk perspektiv. Boken er vel så mye en bok om muskelsmerter som om fibromyalgi. Det gjør ikke ambisjonsnivået mindre. Det heter seg at hvert kapittel kan leses for seg og tildels uavhengig av hverandre. Det kan jeg bekrefte. Boken har vært lest stykkevis og kapittelvis over lengre tid uten at dette har svekket min totalforståelse.

Selv for en som har prøvd å følge med på feltet og som ikke har hatt lang arbeidsavstand til den ene av redaktørene, lærte hvert kapittel meg noe nytt. Leseren blir ført helt til frontlinjen på hva man vet om de ulike sider av fibromyalgi. Den makter å problematisere diskusjonen og gjør også hederlige forsøk på å gjøre stoffet mest mulig tilgjengelig.

Blir man klokere av boken? Får man bedre forståelse av fibromyalgi? Blir vi bedre til å takle våre fibromyalgipasienter? Klokskap har med å se helheter og sammenhenger å gjøre. I så måte gjør boken et tappert og godt forsøk på å gi et helhetlig perspektiv. Om man forstår fibromyalgi bedre, er jeg i tvil om. For mange vil nok alle bitene i puslespillet skape mer forvirring. Det kunne være fristende å bruke sitatet: «Don't confuse me with facts. I've made up my mind!». Så enkelt er det imidlertid ikke.

Forståelse av fibromyalgi kan til tider være like vanskelig som å forstå livet selv. Det blir et eksistensielt preg over hele problemkomplekset. Hvis det å være en god doktor bl.a. har med det Kierkegaardske «å se det pasienten ser» (og opplever) å gjøre, da tror jeg denne boken har klart å komme et godt stykke på vei. Jeg vil velge å ha boken nær min allmennpraktikerpult. Det er den beste anbefaling jeg kan gi.

Helge Worren



NILSEN, BERG, ESKERUD, HOFTVEDT, KLEPPE

Kollegabasert læring av klagesaker

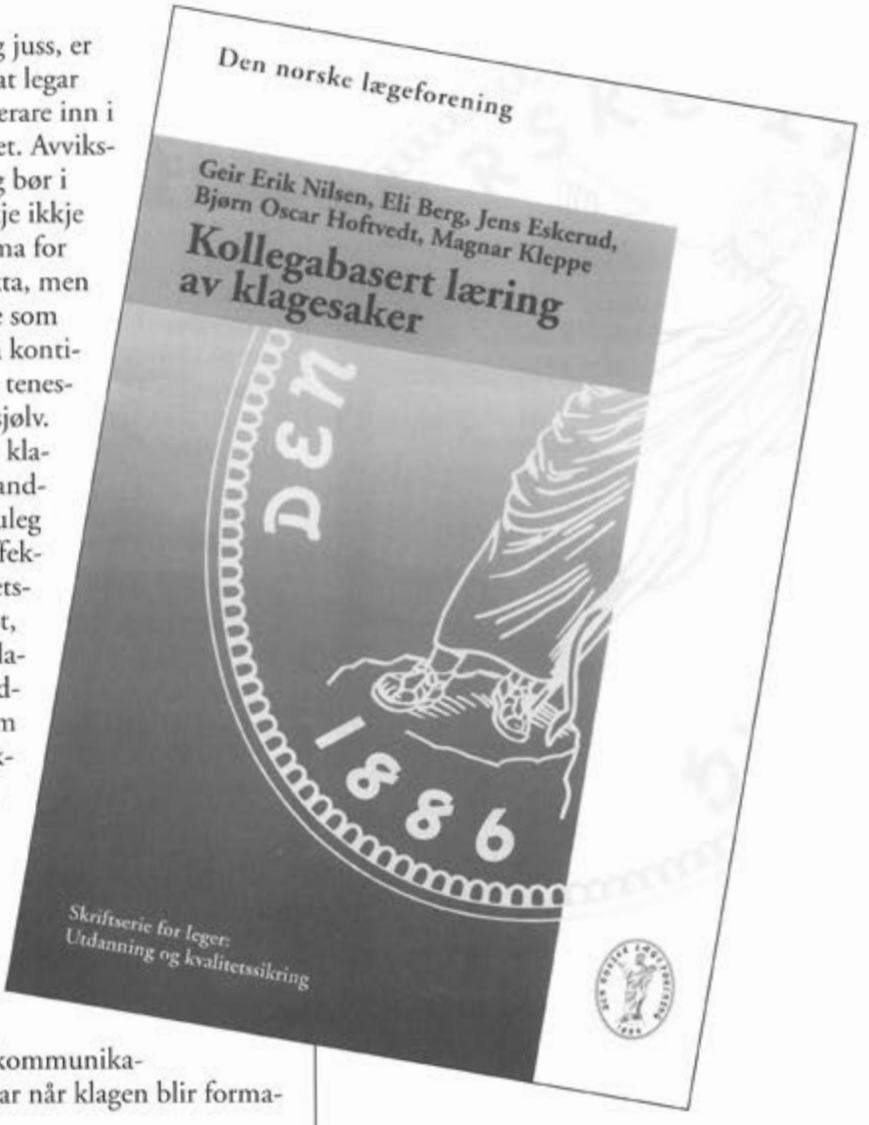
Meld av Geir Sverre Braut

Den norske lægeforening, 1995
38 sider, gratis.

Statistisk sentralbyrå har no lært oss at dei fleste familiar med små barn ikkje har noko å utsetje på den hjelpa dei får av legen når barna er sjuke (1). Det er vel og bra at mellom 72 og 87 prosent er nøgde i slike tilfelle. Likevel er det grunn til å dvele litt ved dei som ikkje er tilfreds med legekontakten. Det er nett dette som er utgangspunktet for det føreliggjande heftet i Legeforeininga sin eminente serie innan utdanning og kvalitetssikring.

Heftet presenterer eit studieopplegg med pedagogisk rettleiing for legegrupper som ønskjer å gå nærare inn i problematikken kring klagesaker. Til heftet høyrer eit sett med anonymiserte, autentiske klagesaker som skal nyttast som utgangspunkt for gruppearbeidet. Heftet går inn på formelle sider ved klagesaksbehandlinga til tilsynsmakta. Det inneheld opplysningar om kor legen som får ei klagesak retta mot seg kan søkje hjelp. Mellom vedlegga er det også eit svært bra kapittel om kommunikasjon i klagesaker.

Klagesaker blir ofte sett på som noko utelukkande negativt. Men når det ein gong er slik at folk stundom er misnøgde med den hjelpa dei får, er det nødvendig for eit truverdig tenestesystem å ha prosedyrar for å handtere klagar på ein forsvarleg måte. Dette er ein del av «avvikshandteringa», for å nytte eit moderne omgrep. Dersom klagesakene ikkje berre skal bli øvingar i grenseflata mellom medisin og juss, er det viktig at legar flest går nærare inn i dette emnet. Avvikshandtering bør i første rekkje ikkje vere eit tema for tilsynsmakta, men eit område som blir sett på kontinuerleg av tenesteytarane sjølv. Den eigne klagesaksbehandlinga er truleg eit meir effektivt kvalitetsinstrument, enn den klagesakshandteringa som tilsynsmakta føretek. Ikkje sjeldan opplever ein at all fornuftig kvalitetsforbetrande kommunikasjon stoggar når klagen blir formalisert!



Heftet er ei svært konkret rettleiing i korleis ein kan gå laus på det «ekle» emnet som klagesaker eigentleg er på ein fagleg forsvarleg og rimeleg fordomsfri måte. Måtte det berre føre til legar flest får eit noko meir avslappa (men ikkje slapt) forhold til klagesaker! Eg trur det kan bli tilfelle dersom mange nok nyttar heftet som utgangspunkt for slike gruppediskusjonar som dei her viser til.

Litteratur:
1. Finnvold JE. Småbarnsfamiliers erfaringer med helsetjenesten: Når barna er syke. Samfunnsspeilet 1995; 4(95):13-18.



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

SE DEG SELV I KORTENE...

Tekst: Svein Gjelstad



Svein Gjelstad f. 1954. Arbeidet i allmennpraksis 3 år i Kongsvinger. Solopraksis i Semsbyen, Tønsberg kommune siden -87. Spesialist i allmennmedisin -93. Teknisk nysgjerrig fra barnsben av. Selvlært datafreak.

Har du noen gang hatt glede av å bla i lister og tabeller over et interessant tema? Kunne du tenke deg å bla i lister og tabeller med data hentet fra ditt eget EDB baserte journalarkiv, diskutere tilsvarende tabeller med kolleger? Tror du dette er mulig i dag, med minimal datateknisk innsikt? «Rapport for allmennpraksis» er et enkelt EDB-program som etter få tastetrykk starter en automatisk analyse av dataene i ditt EDB baserte journalsystem. Resultatet blir presentert på skriver og i en tekstfil i form av en 35-50 siders rapport. Denne artikkelen omtaler bakgrunnen for programmet og presenterer selve produktet i korte trekk.

Selvevaluering – kvalitetssikring

Automatisert uthenting av opplysninger fra kartoteket har vært lite påaktet, til tross for de enorme mengder interessante data som ligger tilgjengelig i arkivene. Enkelte programleverandører har vært sparsomme med muligheter for uthenting av data, da det har vært hevdet at fagmiljøet selv må sette standarder for hva som skal hentes ut. Andre har laget gode rapporteringsverktøy, men har latt det bli opp til brukeren å sette kriteriene for rapportene. Ut fra egen hverdag og erfaring finner jeg det urealistisk at hver enkelt lege skal bruke time etter time på å hente ut opplysninger, som det da til over-

```
Totalt antall diagnoser i løpet av perioden ..............: 4616
Totalt antall pasienter som har fått diagnose ............: 1163
Antall diagnoser dividert på antall konsultasjoner .......: 1.3
Antall diagnoser dividert på antall kontakter ............: 0.8

Prosentvis fordeling ICPC bokstavgruppe mot kjønn (n=4616):

                          KJOENN
ICGR        |     K      M      U  | Total
------------+-------------------------+------
          ! |   0.0    0.1    0.0  |   0.1
          A |   1.9    2.0    0.0  |   3.9
          B |   0.2    0.4    0.0  |   0.5
          D |   2.9    2.3    0.0  |   5.2
          F |   1.1    0.7    0.0  |   1.8
          H |   1.5    1.5    0.0  |   3.0
          K |   4.0    4.3    0.0  |   8.3
          L |  17.9   10.2    0.0  |  28.1
          N |   2.3    1.7    0.0  |   4.0
          P |   3.6    2.2    0.0  |   5.7
          R |   6.5    6.0    0.0  |  12.5
          S |   5.0    3.2    0.0  |   8.2
          T |   2.7    1.0    0.0  |   3.7
          U |   1.7    1.1    0.0  |   2.8
          W |   6.7    0.0    0.0  |   6.7
          X |   3.6    0.0    0.0  |   3.6
          Y |   0.0    1.1    0.0  |   1.1
          Z |   0.4    0.4    0.0  |   0.7
------------+-------------------------+------
      Total |  61.9   38.1    0.0  | 100.0
```

Figur 1. Utdrag fra presentasjon av diagnosefordeling.

KARTOTEK	Pasientfordeling etter alder, kjønn, kommune. Nytilkomne pasienter i rapportperioden.
TAKSTER	Fordeling kontakter på kjønn, alder, kommune. Fordeling pasienter som har hatt kontakt, kjønn, alder. Konsultasjonsversikt-/økonomi. Fullstendig oversikt benyttede takster med antall, og på antall pasienter. Oversikt takstøkonomi.
KONTAKTREGISTER	Fordeling kontakter på kjønn, alder, kommune. Fordeling pasienter som har hatt kontakt, kjønn, alder. Fordeling av henvisninger fysioterapi, innleggelser, poliklinikker, privatspesialister, røntgen, på alder og kjønn.
LABORATORIUM	Fordeling prøvetakinger på kjønn og alder. Prøvetakingsfrekvens fordelt på kjønn og alder. Oversikt over analysepraksis med antall av hver analyse, antall pas. som analysen er tatt på, prosentvis andel av hvert prøvesvar markert patologisk.
DIAGNOSER	Fordeling av ICPC diagnosegrupper på kjønn og alder. Fordeling av symptom, tiltak, sykdomsnummer innen ICPC-grupper. Fordeling på ny, kontroll, kronisk innen ICPC-grupper. 4 siders opplisting av mest benyttede diagnoser.
SYKMELDINGER	Totalt antall hele sykmeldingsdager, fordelt på ICPC-grupper og alder/kjønn. Varighet av avsluttede sykmeldingsperioder innen hver diagnosekode.
MEDIKAMENTER	Oversikt totale forskrivninger. Spesiell analyse av forskrivning av benzodiazepiner og kodeinholdige midler med alders/kjønns- fordeling av definerte døgndoser. Listeoversikt over forskrivninger av alle medikamenter i perioden. Antall forskrivninger, reitereringer og antall pasienter for hvert utskrevet medikament.

Tabell 1. Oversikt over presenterte data.

mål ikke finnes noe sammenligningsgrunnlag for. En automatisert rapport som er enkel å kjøre, og som for hver lege inneholder sammenlignbare opplysninger, kan danne et godt grunnlag for gruppediskusjon om egen virksomhet.

Først og fremst er hensikten med programmet å hente data til egen fagutvikling. Den er ikke tiltenkt funksjon som en standard rapport til administrasjon og myndigheter. Dette bør likevel ikke hindre deltagerne i å diskutere hvilke data som kan være aktuelle å presentere for lokal helseadministrasjon, dersom dette er ønskelig. I kvalitetssikringsøyemed kan rapporten benyttes til å påvise problemområder, gi gjenstand for fagdiskusjon om tiltak, og etter en periode kjøres igjen for å undersøke om adferden er endret.

```
FORSKRIVNING AV DE VANLIGSTE BENZODIAZEPINENE

MEDIKAMENT  - Handelsnavn oversatt til generisk, og samlet i gruppe.
MG          - Tablettstyrke i mg. (Mikstur og stikkpiller ikke medregnet.)
ANTALL      - Antall utskrevne tabletter.
FORSKR      - Antall forskrivninger.
ANT_PAS     - Antall pasienter som har fått forskrevet medikamentet.
DDD         - Forskrevne definerte døgndoser
PR.PAS      - DDD pr. pasient (tallet i ANT_PAS kolonnen)
PR.1000_PAS - Definerte døgndoser pr.1000 pasienter som har hatt kontakt.
KDDD%       - Prosent av DDD forskrevet ved konsultasjon.

Definerte døgndoser er omregnet fra utskrevne milligram på følgende vis:

      DIAZEPAM:       1 DDD = 10 mg
      OXAZEPAM:       1 DDD = 50 mg
      FLUNITRAZEPAM:  1 DDD =  1 mg
      NITRAZEPAM:     1 DDD =  5 mg


MEDIKAMENT     MG  ANTALL FORSKR ANT_PAS DDD    PR.PAS PR.1000_PAS KDDD%
-------------- --- ------ ------ ------- ------ ------ ----------- -----
DIAZEPAM        2    370      8       4     74     18          61  45.9
DIAZEPAM        5   4890     90      44   2445     56        2002  27.5
OXAZEPAM       10   3075     25       7    615     88         504  23.6
OXAZEPAM       15   4285     47      16   1286     80        1053  23.9
FLUNITRAZEPAM 0.5   2160     34      20   1080     54         885  13.9
FLUNITRAZEPAM   1   5040     82      34   5040    148        4128  32.9
NITRAZEPAM      5   2930     37      16   2930    183        2400  18.1
```

Figur 2. Utdrag fra presentasjon av medikamentforskrivning

Gruppens betydning

Opplegget er først og fremst tenkt benyttet i en gruppe allmennpraktikere, som alle kan ta sin rapport med i en gruppediskusjon. Det er viktig å presisere at vi oftest vil mangle idealmål på de tallene som presenteres. En faglig diskusjon med grunnlag i egen virksomhet vil være middelet som kan føre til nye faglige målsettinger og endret adferd. Gruppebasert læring er den metoden som har best resultater å vise til når det gjelder å endre adferd. Som et «biprodukt» får du et verktøy for å sammenligne egen virksomhet fra år til år, og et oppslagsverk for visse sider av virksomheten.

Utviklingen

«Rapport for allmennpraksis» er finansiert av DNLF's kvalitetssikringsfond I. For å få fram et produkt innen rimelig tid, var det viktig i denne omgang ikke å lage et altfor stort apparat for høringer og diskusjon. I tillegg til Per Hjortdahl som veileder, har flere allmennpraktikere i Tønsberg vært med på utprøving og diskusjon, og det er kommet mange gode innspill derfra. I løpet av utviklingen

```
Oversikt henvisninger i forhold til praksisaktivitet:

ANTALL .......: Antall henvisninger.
ANTALL_PAS ....: Antall pasienter innen hver gruppe henvisninger.
PR.PAS .......: Gjennomsnittlig antall henvisn. pr. henvist pas.
PR.1000_KONT ..: Antall henvisninger pr. 1000 kontakter.
PR.1000_PAS ...: Antall henvisninger pr. 1000 pasienter med kontakt.

HENVISNING      ANTALL ANTALL_PAS PR.PAS PR.1000_KONT. PR.1000_PAS.
--------------- ------ ---------- ------ ------------- ------------
ANDRE               79         69    1.1            14           65
FYSIOTERAPI        227        170    1.3            41          186
INNL. SYKEHUS        3          3    1.0             1            2
KURBAD/REKHJEM       2          2    1.0             0            2
POLIKLINIKK        199        179    1.1            36          163
PRIVAT SPES.        59         59    1.0            11           48
RØNTGEN            366        294    1.2            67          300
--------------- ------ ---------- ------ ------------- ------------
```

Figur 3. Utdrag av henvisningsdelen

har rapporten vokst til noe langt mer enn opprinnelig planlagt. Programmet er dessverre kun tilgjengelig for brukere av Profdoc, da denne databasen er den eneste av de store som er tilgjengelig med ytre EDB-verktøy. Håpet er at lignende rapporteringsmuligheter kan bli tilgjengelig for de som benytter annen programvare. Den tekniske utviklingen går fort, programleverandørene arbeider nå med neste generasjons programversjoner i Windows. Forhåpentligvis kan tilsvarende automatiserte rapporter implementeres i nye systemer.

Programbeskrivelse

Programmet er basert på analysedelen av Epi-Info, en integrert programpakke med tekstbehandler, statistikk, og rapportprogram, utviklet av Center for Disease Control i USA. Programmet er omtalt i Utposten nr. 7/95. Epi-Info kan kopieres og distribueres fritt. Programmeringen jeg har utført, gjør Epi-Info i stand til å hente, analysere og presentere data automatisk. Tabell 1 viser hvilke data en får ut.

Det meste av arbeidet med programmet ligger i «rensing» og sortering av dataene som presenteres. Selve presentasjonen er enkel, bl.a. er det ikke utnyttet grafikkmuligheter, da dette vil være mer teknisk komplisert og utstyrsavhengig. Eksempler på utskrifter er vist i figurene 1-3. Produktet må ses på som et førstegenerasjons verktøy. Det er valgt endel ulike måter å presentere data på, og dette kan legge grunnlaget for en diskusjon, både på hvilke data som bør presenteres, og måten de bør presenteres på. Blant annet er det ofte dobbelt opp med fordelingstabeller, da absolutte tall er mest interessante for den enkelte bruker, mens prosentvis fordeling oftest gir det beste grunnlaget for sammenligning kolleger imellom.

Rapport for allmennpraksis distribueres gratis til interesserte Profdocbrukere ved innsending av skriftlig bestilling eller telefax til forfatteren. Sammen med disketten følger et hefte med detaljerte bakgrunnsopplysninger. Husk å oppgi ønsket antall hefter, dersom det kommer fellesbestilling fra flere kolleger.

Svein Gjelstad
Postboks 119
3170 Sem.
Telefaks 33 33 30 16.

NSAM Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

NSAM's forskningspris 1995 til Terje Johannesen

Det gleder oss å kunne gratulere Terje Johannesen med NSAM's forskningpris for 1995.

Prisen er tildelt ham som honnør for hans utrettelige arbeid for faget allmennmedisin, både som fagutvikler, forsker og underviser.

Nidaroskongressen har forlengst etablert seg som en merkestein innen allmennmedisinsk videre- og etterutdannelse, og fungerer som et unikt forum for fagfordypning og fagfornyelse for norske allmennpraktikere.

Vi vil også berømme hans innsats innen forskning; hans evne til å bygge opp forskningsmiljø, miljøets internasjonale profilering, og ikke minst innsatsen for å gjøre allmennmedisinsk forskning respektert innen andre kliniske miljøer.

Det står også stor respekt av hans abeid med den nye studieplanen i medisin i Trondheim, der hans innsats har vært sentral i å sikre allmennmedisin den plass faget med rette tilkommer. Innsatsen hans har fungert som inspirasjon i arbeidet med andre innenlandske studieplaner.

Vi håper prisen vil være den velfortjente oppmuntringen han fortjener etter det arbeidet han har gjort, og forhåpentligvis også en spire til videre arbeid for norsk allmennmedisin.

Bjarne Haukeland
Leder i NSAM

How to practice evidence-based health care:

The 1st annual Nordic workshop on how to critically appraise and use evidence in decisions about health care



FOLKEHELSA
Statens Institutt for Folkehelse

Sunday evening, June 16
– Friday morning, June 21, 1996
at the National Institute of Public Health,
Oslo, Norway

Evidence-based health care is the conscientious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients or the delivery of health services. Current best evidence is up-to-date information from relevant, valid research about the effects of different forms of health care, the potential for harm from exposure to particular agents, the accuracy of diagnostic tests, and the predictive power of prognostic factors.

WORKSHOP OBJECTIVE To assist participants to develop the skills they need to identify relevant evidence, critically appraise the validity of evidence and use current best evidence in decisions about health care.

PARTICIPANTS Clinicians and other decision makers at all levels of the health care system.

WORKSHOP DESCRIPTION The workshop will use a small group, problem-solving format. Participants will be organized in small groups with similar interests in which they will learn the principles of evidence-based health care («organized common sense») by applying them to examples of practical health care problems. Each small group will have a tutor and a co-tutor. Prior to the workshop participants will receive educational materials that will provide the focus for the small group sessions, including a set of health care problems, examples of evidence that address these problems and users' guides for how to critically appraise and use the evidence in decisions. The workshop will also include large group sessions with presentations by the workshop faculty and individual study time with opportunities for participants to apply the principles of evidence-based health care to real problems from their own practices.

Registration Deadline for registration is April 15, 1996

Workshop fee NOK 1500,-

Further information about the organization of the Nordic workshop and registration material may be obtained from

Anne Karine Pedersen
National Institute of Public Health
P.o.box 4404 Torshov, 0403 Oslo, Norway
tlf.: +47 22 04 24 08
fax: +47 22 04 25 95

Yoga – pust og avspenning

Tekst: Berit Østby



Berit Østby, 64 år, har drevet med yoga i halvparten av dem og hatt elever i en tredel. Ellers er hun magister i folkeminnevitenskap. Hun liker også å kalle seg dikter.

En av årsakene til at stress og stressplager er utbredt i vesten, kan søkes i vår tendens til å vende oppmerksomheten utover. Vi springer av sted og tenker helst ikke over vår fysiske og psykiske tilstand før vi er nødt. I yoga, som i andre østlige «idretter», har man oppmerksomheten innover i seg selv. Dette er en uvant foreteelse for oss, og en kunne si den er fremmed for vår kultur. Jeg foretrekker å kalle den komplementær: Den fyller et tomrom.

For at du skal forstå hva jeg snakker om, ber jeg deg nå om å holde oppmerksomheten i pekefingeren eller i hånden din (den du bruker mest). Kan du kjenne den? Ikke gi deg med en gang.

I yoga øver vi på å holde og flytte oppmerksomheten i kroppen vår. Vi ligger på et teppe på gulvet og konsentrerer oss om hvert enkelt område. Neste trinn er å lære å puste dypere og roligere. I en grunnleggende pusteøvelse retter vi oppmerksomheten mot åndedrettet for å utnytte lungevolumet bedre, slik vi gjorde som små barn. Senere har de fleste av oss bundet pusten og nøyer oss med en overflatisk «stresspust».

Pust og avspenning er gjensidig avhengig. Når vi er blitt mer oppmerksomme på kroppen og pusten er vi rede til å slappe av.

Vi puster dypt inn. På utpust sender vi oppmerksomheten rundt i kroppen. Vi kjenner på eventuelle spenninger og gir beskjed om avspenning.

I den innadvendte oppmerksomheten ligger det at vi lytter til signalene som kroppen gir oss. Her er ingen spørsmål om prestasjon eller om konkurranse med andre. Det som teller, er virkningen for hver enkelt, og den merkes på alle nivåer. Bevegelsene utføres langsomt, etter pustens rytme, og smerte- og tretthetsgrensen respekteres. Dermed er skader nærmest utelukket.

Istedenfor «oppmerksomhet» kunne vi si «bevissthet». Fra et vestlig synspunkt ser yogaens hovedformål ut til å være en opptrening av bevisstheten. Men bevisstheten er et vanskelig begrep i vesten. For vitenskapen er den problematisk fordi den er subjektiv – den kan ikke etterprøves og kontrolleres ved forsøk.

Likevel er bevisstheten et ugjendrivelig faktum, og kanskje den vil bidra til en utvidelse av vitenskapsbegrepet. Den amerikanske legen Larry Dossey ser frem til det når han sier: «Bevisstheten er legevitenskapens glemte dimensjon».

Også en annen erkjennelse er vi i ferd med å nå frem til, som har en lang fortid i østlige kulturer. Vi har fått åpnet øynene for en helhet og en sammenheng mellom kropp og sjel gjennom oppdagelsen av en rekke psykosomatiske lidelser. Hos Østens folk har dualismen aldri fått innpass. Dermed er det naturlig at åndedrettet, som er lite påaktet i Vesten, har en sentral plass i østlig filosofi. Åndedrettet er utpreget «psykosomatisk».

Til tross for teoretiske vansker foregår forskning på virkninger av yoga mange steder i verden i dag. I India har man lenge drevet et nasjonalt forskningslaboratorium. I England har The Biomedical Trust arbeidet med yoga siden 1983. Man er i gang med forskning, forsøk, terapi og informasjon, samt medisinsk skolering av yogalærere.

Blant dokumenterte virkninger av yoga kan nevnes reduksjon av blodtrykk, bedring av muskel- og skjelett-lidelser og lindring av mange stressrelaterte plager.

Yoga er ypperlig egnet for helsevesenet, sykehus og skoler. Yoga er gratis og krever intet utstyr. Yoga er forebyggende og helbredende. Risiko og negative bivirkninger er lik null. Vi ikke bare unngår skader, men bygger konsekvent opp helsen. Yoga er positiv og optimistisk og understreker at vi kan gjøre mest selv for vår helse og velbefinnende.

Om leger og medarbeidere ikke selv lærer seg yoga, kan de gjøre pasientene oppmerksomme på yogaens gunstige virkninger. De kan inspirere pasienter til å søke lærer eller litteratur om yoga. I en tid med køer foran leger og sykehus kan yoga ha en vesentlig oppgave med sin sunne egenomsorg.

Berit Østby

Åtte råd for et godt liv

1 Ikke bind deg til noen før det er for sent (men sørg for å få barnebarn)
2 Ikke hør på svartmalere (leger og meteorologer, forsikrere og voksne)
3 Ha et solid fremtidsperspektiv: menneskehetens utvikling
4 Bak brød
5 Plukk ville bær
6 Ikke bestem deg for hva du vil bli
7 Gjør det du har lyst til (husk du er kunstner)
8 Vær lykkelig!

Velg et verktøy som kan hjelpe deg med tyve spesielle arbeidsoppgaver, og det er hva du får, - et verktøy som kan hjelpe deg med tyve spesielle arbeidsoppgaver.

Reklamebyrået AS/2

Men hva med den enogtyvende?

Christian Redisch Carlsen er kommunelege 1 på Askøy utenfor Bergen. Carlsen har selv vært med på pilotprosjekt og gitt Infodoc verdifulle tilbakemeldinger



Hvordan lærte du å kjøre bil?

Fortalte kjørelæreren deg først hvordan du skulle kjøre på solskinnsdager? Og når du behersket det, fikk du vite hvordan du skulle oppføre deg på våte veier? Så på snedekte veier, travle veier og veier med barn, slik at du til slutt hadde korrekte løsninger for X antall kjøresituasjoner?

Sannsynligvis ikke.

Tar vi ikke helt feil, konsentrerer dyktige kjørelærere seg om å gi deg en følelse og forståelse for grunnleggende fakta - og hvilke begrensninger og muligheter du selv representerer. Da blir du i stand til å håndtere de fleste situasjoner som dukker opp.

Dette er akkurat hva vi erfarte da vi for om lag 15 år siden ble inspirert til å løse spesielle informasjonsoppgaver i helsesektoren.

Hvorfor vi skylder mange leger en stor takk

Sannheten er at våre edb-løsninger i virkeligheten er utviklet av deg og dine kolleger. Programmene er utviklet på helsesektorens egne premisser - ikke elektronikkens. Våre produkter og tjenester er i stor grad basert på råd fra helsesektoren selv.

For at vi skulle få et innblikk i en kompleks profesjon, måtte vi selv veiledes, - før vi kunne bidra til et klima der forståelse og samarbeid er toneangivende. Mange av dine kolleger fortalte oss hva de ønsket, og hvordan de eksisterende hjelpemidlene ikke tilfredsstilte mange legers behov. Enkelte syntes rett og slett at edb var vanskelig å få tak på, mens andre edb-fortrolige mente at hjelpemidlene var for begrensende.

Vårt viktigste korrektiv er god kontakt med deg

"Infobruk" er en selvdrevet kundeorganisasjon som samles i brukergrupper for blant annet å kravspesifisere sine behov overfor Infodoc. Samlinger med godt over hundre deltakende leger utgjør i dag en av våre viktigste arenaer for tilbakemelding. Brukergruppene diskuterer bruk av edb, men inviterer også topp foredragsholdere på medisinske tema.

Produktbredde som hjelper deg med mer enn tyve arbeidsoppgaver

Infodoc markedsfører verktøy som tilfredsstiller helsetjenestens behov for dokumentasjon og journalføring. Vi tilpasser våre produkter for det aktuelle behovet og fornyer programvare ved endringer i helsevesenet, som for eksempel når det kommer nye oppgjørsformer fra Trygdekontoret.

Brukerstøtteprogram hele døgnet

Vårt mål er at Infodocs produkter skal være lett tilgjengelige og fleksible hjelpemidler som er enkle i bruk. Derfor ønsker vi fortsatt dialog. Denne erkjennelsen har gjort Infodoc til ledende i Norge, og blant selskapets kunder er sykehus og helseinstitusjoner, spesialister, allmennpraktiserende leger, legekontorer, kommune- og bedriftsleger. Vårt brukerstøtte program gir deg blant annet 24 timers service i tillegg til kontinuerlig oppfølgning og vedlikeholdsavtaler.

Ta kontakt med oss - så får du bedre tid til å være lege.

infodoc

EDB FOR HELSESEKTOREN

❑ Ja, send meg informasjon om Infodocs informasjonsløsninger, og be en rådgiver kontakte meg.
❑ Send meg nærmere informasjon

Navn _____
Tittel _____
Arbeidssted _____
Telefon _____
Adresse _____

Kupongen sendes Infodoc, Postboks 122, 5042 Fjøsanger
Telefon 55 12 19 90 Telefax 55 12 33 29

B-blad

Returadresse: RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

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

NYTT NSAID!
NYTT PRINSIPP!

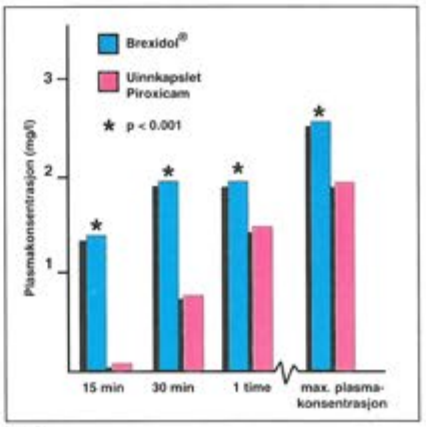


Fig. 1.
Plasmakonsentrasjoner etter Brexidol® og uinnkapslet piroxicam. Etter 3)

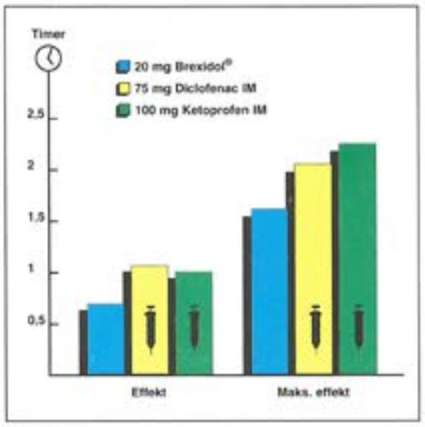


Fig. 2.
Analgetisk effekt. Latenstid og tid til maksimal effekt etter Brexidol® og intramuskulære NSAIDs.(6)

Krystaller

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

Molekylær innkapsling

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

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

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

T TABLETTER 20 mg: Hver tablett inneh.:
Piroxicam - ß-cyclodextrin. aeqv. piroxicam. 20 mg. lactos. 102 mg constit. q.s.

INDIKASJONER:
Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, mb. Bekhterev, artroser. Akutte inflammasjons-tilstander i muskel-skjelettsystemet.
Primær dysmenoré.

KONTRAINDIKASJONER:
Aktivt ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet for preparatet. Kryssreaksjon med acetylsalisylsyre eller andre antiflogistika mulig. Skal ikke gis om disse har forårsaket symptomer på astma; nesepolypper, angioneurotisk ødem eller urticaria.
Kontraindisert i 3. trimester. Dosepulver: Pasienter med fenylketonuri pga. aspartam.

BIVIRKNINGER:
Gastrointestinale (vanligst): Dyspeptiske plager som kvalme, epigastriske smerter, fordøyelses-besvær, stomatitt. Gastro-intestinal blødning, perforasjon og ulcus forekommer. Fatale tilfeller er rapportert med piroxicam. Sentralnervøse: Svimmelhet, hodepine, søvnløshet, depresjon, hallusinasjoner og parestesier er sett.
Kardiovaskulære/ renale: Palpitasjoner, ødem, spesielt ankelødem, reversibel forhøyelse av BUN og kreatinin er rapportert, hematuri.
Dermatologiske: Kløe, utslett, fotoallergisk reaksjon, alopecia. Meget sjelden: Onycholyse, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse (Lyell syndrom), vesicobulløse reaksjoner.
Hypersensitivitet: Anafylaktisk reaksjon, bronkospasme, urticaria/ angioneurotisk ødem, vaskulitt og «serum sickness» er sett sjelden.
Hematologiske: Reduksjon i hemo-globin og hematokritt ikke-relatert til synlig gastrointestinal blødning. Trombocytopeni, ikke-trombocytopenisk purpura (Henoch Schønlein), leukopeni og eosinofili er rapportert. Meget sjelden aplastisk og hemolytisk anemi. Lever: Enkelte tilfeller av forhøyet transaminasenivå. Ikterus og hepatitt er rapportert. Øye/øre: Tinnitus. Hørselsnedsettelse i sjeldne tilfeller. Tåkesyn 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 blødnings-tid, må piroxicam anvendes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Antiflogistika kan forårsake reversibel nedsettelse av nyre-gjennomblødning og nyrefunksjon. Forsiktighet må utvises ved nedsatt nyrefunksjon og/eller hjertefunksjon, samt ved høy alder. Pga. piroxicams renale utskillelse bør lavere dosering vurderes ved nedsatt nyrefunksjon, og pasienten overvåkes. Bør seponeres ved vedvarende økning i leverfunksjonsprøver eller kliniske tegn på leversykdom. Ved synsforstyrrelser anbefales undersøkelse hos øyespesialist. Anbefales ikke til barn. Kan maskere infeksjon. Ut fra teoretiske betraktninger og studier over virknings-mekanismen for antiflogistika er det en mulighet for at behandling over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser, inklusive frakturtilhelning. Det er videre mulig at artroser kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antiflogistika.

GRAVIDITET/AMMING:
Kontraindisert i 3. trimester. Teratogen effekt er ikke vist i dyreforsøk. Anbefales ikke til gravide eller kvinner under amming da sikkerheten ved graviditet ikke er dokumentert.
Overgang i morsmelk: Konsentrasjon i melken ca. 1-3% av konsentrasjon i serum.

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

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

OVERDOSERING/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

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.



Kilde: Spesialitetsprislisten 1. januar 1995
* Orudis Depotkapsler

Priser for NSAID´s som doseres en gang daglig.

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

Kilde: Spesialitetsprislisten 1. januar 1995

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

Brexidol®
Piroxicam-ß-cyclodextrin

NYCOMED PHARMA

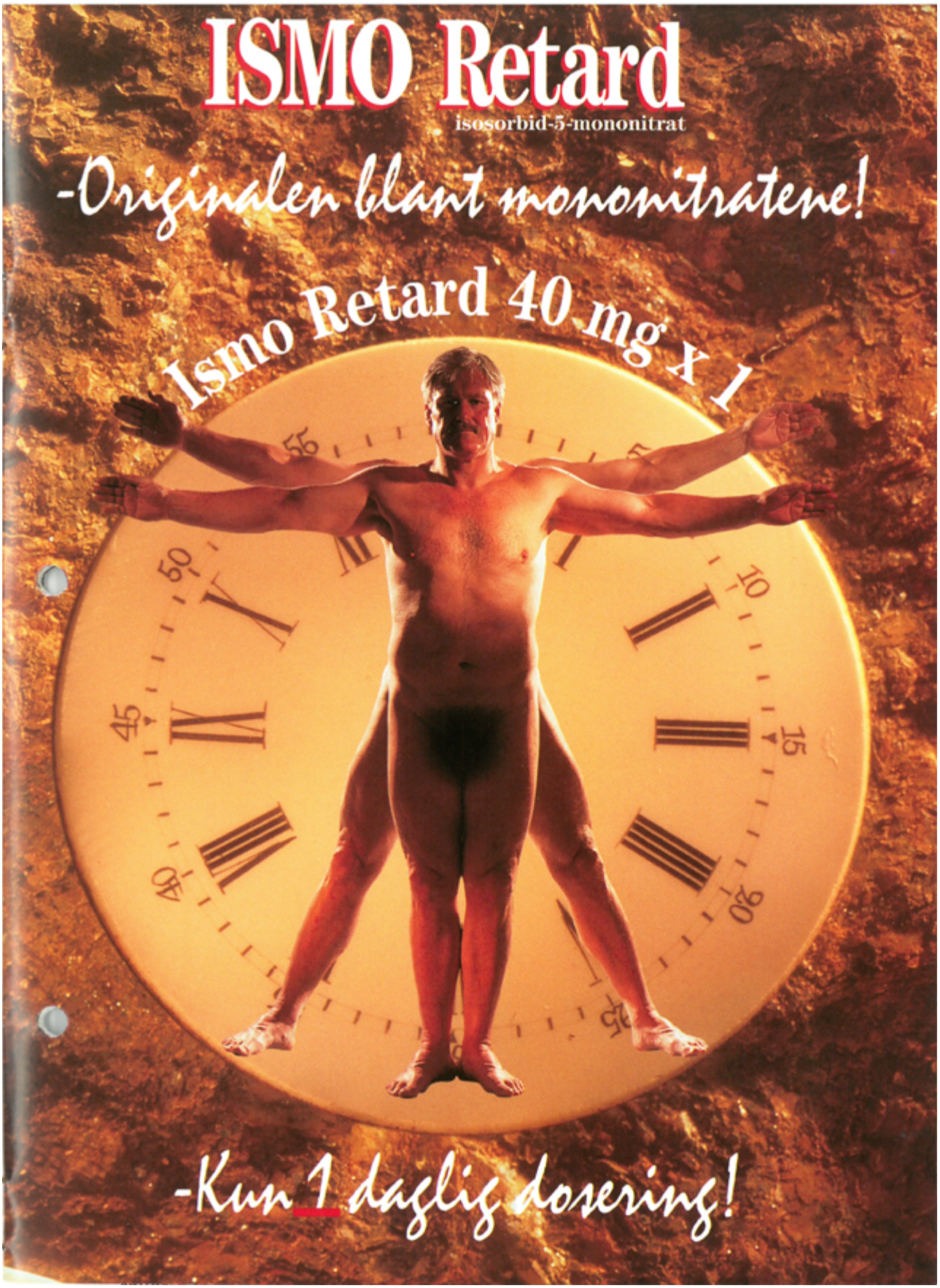
Produsert på lisens fra CHIESI, ITALIA

ISMO Retard

isosorbid-5-mononitrat

-Originalen blant mononitratene!

Ismo Retard 40 mg x 1

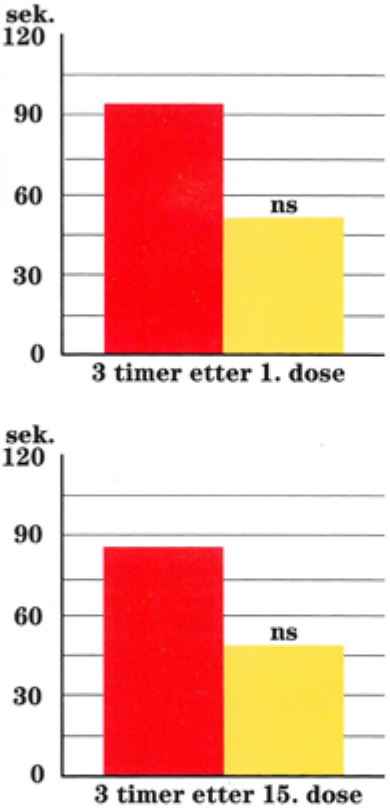


-Kun 1 daglig dosering!

Ved angina pectoris:
-velg originalen blant mononitratene...

ISMO Retard
isosorbid-5-mononitrat

ØKNING i arbeidskapasitet:[1]



1. Etter Eteiba et al. BJCP 1991: 45; 185-188

ISMO Retard
isosorbid-5-mononitrat

-Effektivt,enkelt og rimelig!

ISMO R
isoso

1 -Kun 1 daglig dosering!

2 -Minste tablett!

3 -Laveste pris!

etard 40 mg x 1

orbid-5-mononitrat

Tablettstørrelse sammenlignet med våre konkurrenter...



Ismo Retard 40 mg



Monoket OD 50 mg



Imdur 60 mg

-lett å svelge!

...også når det gjelder pris!

Døgnbehandlingsprisen sammenlignet med våre konkurrenter...

Ismo Retard 40 mg
Kr. 3,43*

Monoket OD 50 mg
Kr. 3,90*

Imdur 60 mg
Kr. 4,34*

*Døgnbehandlingspris
Spesialitetsprisliste NMD 2, 95.

C Ismo "Boehringer Mannheim"
C Ismo Retard "Boehringer Mannheim"

Nitropreparat med prolongert effekt. ATC-nr.:C01D A14

DEPOTTABLETTER 40 mg: Ismo Retard:
Hver depottablett inneh.: Isosorbid-5-mononitrat 40 mg, laktose, hjelpestoffer q.s.

TABLETTER 20 mg: Ismo: Hver tablett inneh.: Isosorbid-5-mononitrat 20 mg, laktose, hjelpestoffer q.s. Med delestrek.

Egenskaper: Klassifisering: Langtidsvirkende nitropreparat med virkning på brystsmerter forårsaket av koronar hjertesykdom. Depottablettene gir rask initial frigjøring av 25-50% av virkestoffet, mens den resterende mengde isosorbidmononitrat har en forsinket frigjøring. Nedsatt lever- og nyrefunksjon påvirker ikke den kliniske effekten. Sannsynlig virkningsmekanisme: Tonusnedsettende effekt hovedsakelig i venøse kapasitetskar. Dette fører til redusert venøs tilbakestrømning og derved nedsatt fyllingstrykk (preload) i hjertet. Hjertets arbeid minskes, derved bedres eksisterende misforhold mellom hjertets oksygen-behov og -tilførsel, og anginøse smerter reduseres eller forsvinner.
Ved morgendosering gir Ismo Retard noe lavere plasmakonsentrasjon i løpet av ettermiddag/kveld enn tilsvarende dose av konvensjonelle tabletter gitt i et 2-dose regime. Sammenlignende studier i dette tidsrom er ikke utført. Det er imidlertid vist at Ismo Retard gir samme gjennomsnittlige reduksjon i det totale antallet anginaanfall pr. uke. Absorpsjon: Depottabletter: Hurtig innsettende effekt etter ca. 20 minutter. Maks. plasmakonsentrasjon etter 2-4 timer. Terapeutisk plasmakonsentrasjon opprettholdes i ca. 15 timer.
Tabletter: Effekt etter ca. 20 minutter. Maks. plasmakonsentrasjon etter ca. 1 time. Virkningstid: ca. 12 timer. Biotilgjengelighet: ca. 100%. Distribusjonsvolum: 0,6 liter/kg. Halveringstid: 4-5 timer. Metabolisme: I lever ved denitrering og glukuronidering. Alle metabolittene er inaktive. Utskillelse: Hovedsakelig i urin som metabolitter.

Indikasjoner: Profylaktisk mot angina pectoris.

Kontraindikasjoner: Nitratintoleranse. Alvorlig hypotensjon, sjokk og hjerteinfarkt med lavt fyllingstrykk. Økt intrakranielt trykk.

Bivirkninger: Forbigående hodepine, "flushing", hypotensjon, svimmelhet, takykardi og brekninger. Sjeldne tilfeller av allergiske hudreaksjoner og methemoglobinemi.

Forsiktighetsregler: Ved akutt hjerteinfarkt bør preparatet kun brukes under streng medisinsk kontroll. Forsiktighet utvises hos pasienter med hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, konstriktiv perikarditt, hjertetamponade, aorta- og mitralstenose, ortostatisk sirkulasjons-forstyrrelse.

Graviditet/Amming: Skal ikke brukes under graviditet og amming pga. mangel på erfaring.

Interaksjoner: Kan gi utilsiktet hypotensjon i kombinasjon med antihypertensiva, neuroleptika, tricykliske antidepressiva og alkohol.

Dosering: Depottabletter: 1 tablett daglig. **Må svelges hele. Tabletter:** Individuell. Vanligvis 1-2 tabletter 2 ganger daglig. Dosen bør fordeles slik at en symptomfri del av døgnet får et intervall med lav nitratkonsentrasjon. For pasienter med dag- og nattangina anbefales dosering om morgenen og ved sengetid. Er plagene fortrinnsvis på dag- og kveldstid, kan tablettene doseres morgen og ettermiddag (f.eks. kl. 7 og kl. 14). Ved behandlingsstart anbefales at dosen trappes gradvis opp for å redusere forekomst av hodepine: Initialt 1/2 tablett 2 ganger daglig. Tablettene kan deles, men ikke knuses. Kan ved behov kombineres med andre antianginøse midler som betablokkere og kalsiumantagonister. Ismo Retard er ikke beregnet til behandling av akutte anginaanfall. I disse tilfeller bør sublinguale eller bukkale nitropreparater benyttes.

Overdosering/Forgiftning: Ved overproduksjon av methemoglobin som følge av overdosering: I.v. tilførsel av askorbinsyre eller metylenblått-oppløsning. Oksygentilførsel. For øvrig vanlig generell behandling.

Pakninger og priser: Ismo: Tabletter: Enpac: 100 stk. kr. 145,80.
Ismo Retard: Depottabletter: Enpac: 100 stk. 342,70.

T:12

Juli 95

Organon

Organon A/S, Boks 325, 1371 Asker, tlf. 66 78 43 65, fax: 66 79 51 72