

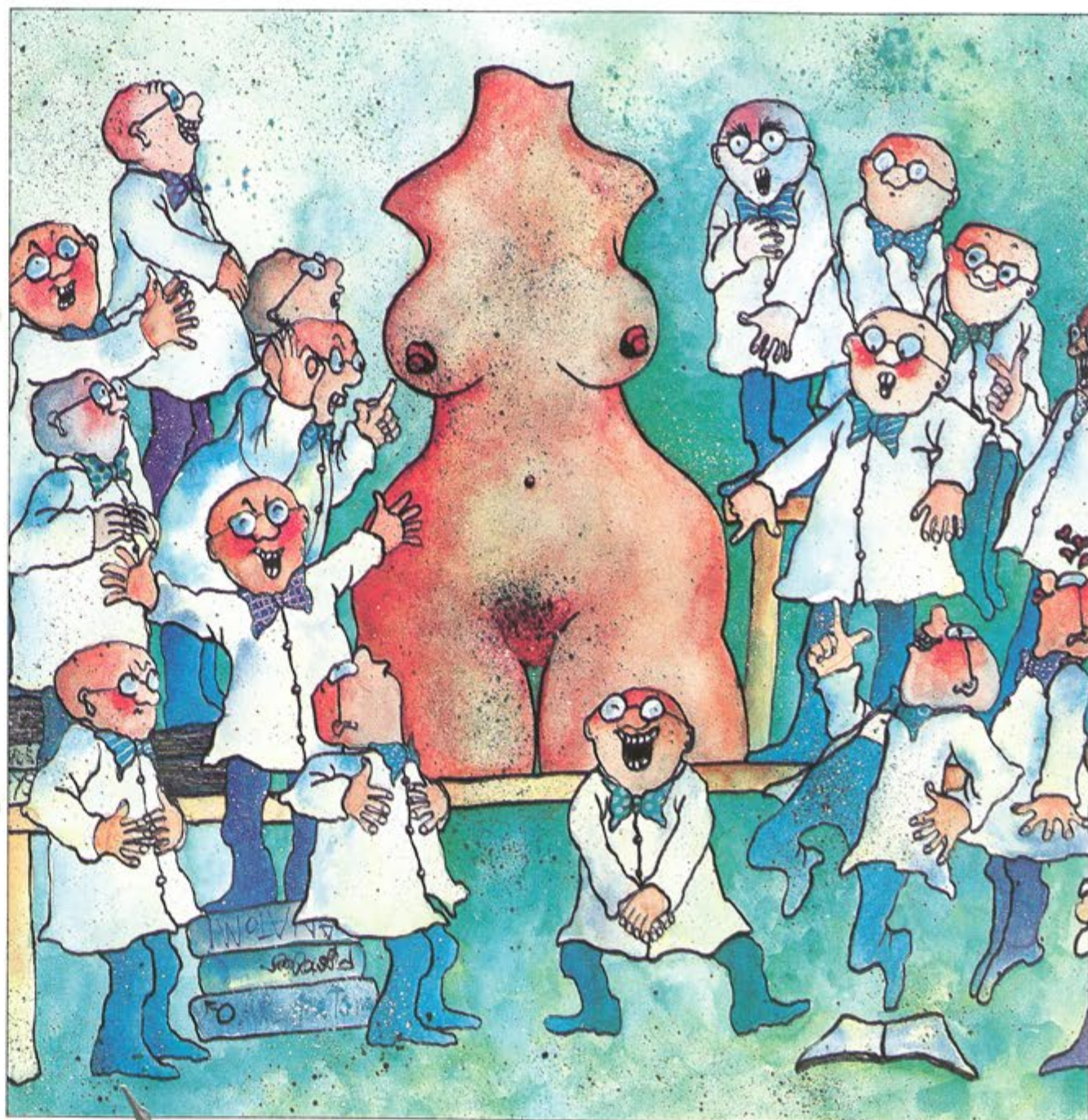
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 3

1996

ÅRGANG 25



**Kjønnsbestemt sykdom
– det annet kjønn bestemmer
hva som er sykdom**

Nr. 3, 1996

91

Sonja Fossum

Leder: Om kvinner, menn og det matematifiserte helsevesen

92

Anne Luise Kirkengen

Formelen for den menneskelige norm er $N=XY$

97

Utposten 25-års jubileum

Hvorfor feirer UTPOSTEN 25-års jubileum allerede i år?

97

Smil i hverdagen

98

Pål Gulbrandsen

To med brystmerter – et par psykososiale kasuistikker

102

Petter Øgar

Vi intervjuer assisterende helsedirektør Lars Hanssen

106

Kirsten Petersen

Prosjekt for videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten

109

Debat

Helsesøstre i Moss svarer Olav Thorsen

110

Kirsten Mostad Pedersen, Jens Brovold og Jørn Klepper

Helsestasjonenes være eller ikke være

112

Aktuell kommentar

Er allting glemt om 100 ord?
Hva var det Hernes ikke sa noe om?

113

Utpostens edb-spalte, Gisle Roksdal og Ola Lilleholt

Om prosedyrepermer og DNLFs web-server

116

Nils Carl Lønberg

Byråkrattis?

119

Bokmelding

Metodebok i skadebehandling

120

Marit Rognrud og Sonja Bjørkly

Gjør «frisk luft» deg frisk?

124

Petter Øgar

NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene

Forside: Ragnhild Gjerstad

UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Kontor:

RMR

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

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

Redaksjonen:

Geir Sverre Braut

Tuholen 14, 4340 Bryne

Tlf. privat: 51 42 63 69

Tlf. arbeid: 51 56 87 17

Fax: 51 53 00 79

Sonja Fossum

Svenstuvn. 2, 0389 Oslo

Tlf. privat: 22 14 11 97

Tlf. arbeid: 22 25 34 72

Fax: 22 14 11 97

Betty Pettersen

Kræmmervikveien 5, 8373 Ballstad

Tlf. privat: 76 08 32 25

Tlf. arbeid: 76 06 02 64

Fax: 76 08 32 26

Eystein Straume

9550 Øksfjord

Tlf. privat: 78 45 81 18

Tlf. arbeid: 78 45 80 00

Fax: 78 45 80 01

Eivind Vestbø

4160 Finnøy

Tlf. privat: 51 71 22 74

Tlf. arbeid: 51 71 24 44

Fax: 51 71 26 64

Helge Worren

Langmyrgrenda 59b

0861 Oslo

Tlf. privat: 22 95 04 80

Tlf. arbeid: 67 06 00 83

Fax: 22 23 57 13

Petter Øgar

Elvebakken 1, Pb. 411

5801 Sogndal

Tlf. privat: 57 67 24 66

Tlf. arbeid: 57 65 55 00

Fax: 57 65 35 11

Annonser:

RMR

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim.

Tlf.: 63 97 32 22

Fax: 63 97 16 25

Abonnement:

Kr 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

Om kvinner, menn og det matematifiserte helsevesen



Følgende innrømmelse kommer nølende, den avslører noe om alder, men altså likevel – undertegnede tilhører den meget omtalte kohorte som referes til som seksti-åtte. Det var gyldne dager. Vi gikk i tog, men ikke i takt, bestemt ikke i takt – det var en meget individualistisk massebevegelse – forkynnte at alt var politikk og protesterte mot alt vondt i verden. Vår rettferdige vrede ble rundhåndet fordelt, mest på USA, politiet, foreldrene og samfunnet. Ikke minst samfunnet. De talføre, og dem var det mange av, bestemte at egentlig fantes det ikke syke mennesker, bare syke samfunn.

Få år senere slo kvinnebevegelsen ut i full blomst. Så gikk vi i tog igjen, stadig ikke i takt, og fordelte påny skyld for alt vondt i verden. Nå var gjenstanden for vår rettferdige vrede den andre halvdel av menneskeheten. Som vi egentlig kunne klare oss uten, dersom vi bare fikk tilstrekkelig med pålitelige dypfrysere. Igjen var det gyldne dager.

Det er derfor med en følelse av nostalgi vi presenterer en artikkel nettopp om samfunnet som årsak til sykdom, og menns ansvar for at det har blitt så galt. Artikkelen er av kollega Anne Luise Kirkengen, fra Institutt for Allmennmedisin, og har den underfundige tittelen «Formelen for den menneskelige norm er $N = XY$ ».

Bredt uttrykt har artikkelen to utgangspunkt, forståelse av sykdom i sosial sammenheng og kvinners posisjon i helse- og sykdomsbegrepene. Spissformulert kan den oppsummeres slik: sykdom kan bare forstås i sosial kontekst, det er

mannen som har definert hva som er sykt og hva som ikke er det, hvilket fører galt av sted, spesielt for dem av oss som visstnok lider den vanskelige ikke å være menn.

Artikkelen kan leses på mange måter. Som et kuriosum – et gufs fra en svunnen tid. Med vrangvilje – gir de seg aldri? Eller med forsøk på å forstå budskapet. Og det burde vi både være trenet til og innstilt på. Til grunn for god legeskunst, som vi angivelig driver og utøver, ligger kommunikasjonens krevende kunst. Som vi alle daglig erfarer, fordrer den kunsten aktiv innsats også av mottageren.

Så når forfatteren skriver at sykdom er ubegripelig utenfor rammen av det sosiale liv, skal vi ikke med en gang retorisk spørre om hun sikter til forvorter, brukket arm, blærebetennelse, brystkreft, sinusitt – alle de tusener av små og store ting som kan feile et menneske, helt privat, uten at vi kan legge skylden på andre for det. Det samme gjelder når hun fremsetter den påstanden at skillet mellom patologi og normalitet er normativt. Åpenbart sikter hun til andre typer lidelser. Det er opp til leseren å forstå hvilke.

Det er ikke nødvendig å oppfatte utsagn om den eller de som har rett til å bestemme normen, som at der kom halen til syne under stakken, med denne seig-livede, selvhenførende rødstrømpekonspirasjonsteorien om et gigantisk felles maskulint lederskap bygget på tilranet makt hvis fremste mål er å undertrykke kvinner, og deretter konkludere med at de som skriver sånt i virkeligheten er smarte manipulerende kvinnfolk som

håper å hove inn sekundærgevinster i rollen som uskyldige ofre.

Det går an å være uenig. Jeg er det med flere av punktene, f.eks. der hun skriver at det meste av medisinsk forskning i de siste femti år har vært konsentrert om et fåtall tilstander og at kvinner systematisk har blitt utelukket fra de fleste og de største studier. Jeg er heller ikke sikker på at å matematifisere det som kan og bør matematifiseres nødvendigvis gir kunnskap av lav sosial relevans. Men det er saklig uenighet.

Så gjør som jeg, reis ikke bust, men reflekter over budskapet, gjør opp en mening om det som skrives, og send gjerne et tilsvarende gjennom Utposten om det du er uenig eller for den saks skyld enig i. Dersom du nå er så heldig å være mann, stilles det i følge artikkelen visse krav: du må skrive velformet, velavgrenset, bestemt, presist og klart. Hvis du altså er mann. Anne Luise Kirkengen og jeg er så heldige å være kvinner, så vi behøver ikke det.

Luise Kirkengen



Formelen for den menneskelige norm er $N=XY$

Tekst:
Anne Luise Kirkengen



Anne Luise Kirkengen har levd et halvt liv i Tyskland og et halvt liv i Norge. Det siste halve livet har handlet mye om faget allmennmedisin. Innenfor faget har hun vekslet mellom mange og spennende roller: som primærlege i Oslo, som veileder for kolleger og studenter, som foreleser, kursleder, NSAM-representant og stipendiat. Det er ennå ikke avklart hva hun skal bli når hun blir voksen.

Den nærmest matematisk formulerte tittel for denne teksten skal ikke antyde at jeg har forlatt min grunnleggende filosofi, fenomenologien (1). Jeg vil under ingen omstendigheter tenke, skrive eller snakke om mennesker og menneskelige lidelser i et utelukkende matematisk eller biologisk språk. Og jeg vil aldri gi matematikk og biologi hovedvekten i mine refleksjoner over områdene menneskelig

helse og sosialt liv. Disse to områder betrakter jeg som tett forbundet. Sykdom er *ubegripelig* utenfor rammen av det sosiale liv som bestemmer hvilke føringer som avgjør skillet mellom det normale og det syke.

I julenummeret av Tidsskriftet for Den norske lægeforening skrev vår kollega Bjørn Hoffmann en klok tekst om problemene som oppstår når medisinen skille mellom normalt og patologisk skal begrunnes (2). Han forankrer sine refleksjoner i livsverket til den franske lege og filosof Georges Canguilhem som døde nylig. I sitt verk argumenterer Canguilhem for at skillet mellom patologi og normalitet er normativt. Følgelig er det ikke vitenskapen som leverer kriteriene for hva som er ansett som normalt, men moralen (3). En gjeldende norm er alltid en følge av overenskomster innenfor et system som bygger på verdier. Ifølge disse verdier avgjøres skillet mellom det akseptable og det ikke akseptable, det normale og det unormale, det sunne og det syke. I historiske tilbakeblikk får vi lett øye på dette fenomenet. I vår egen tid ser vi det bare ved bevisst å spørre etter samtidens uttrykksformer for det.

Den eller de som har rett til å definere normen bestemmer også hvilke argumenter som skal gjelde for hva som utgjør det normale. Indirekte definerer de derved det avvikende, syke og gale. Vår vestlige kultur har en mange tusen år gammel filosofisk arv, der det *mannlige* er symbolsk forbundet med det som har form, er bundet og fast, presist og bestemt. Det *kvinnelige* er derimot symbolsk forbundet med formløshet, det uavgrensede, ubestemte, upresise

og uklare. Dette har medført at det mannlige er blitt normen for mennesket i en filosofisk tradisjon som setter det stabile over det fleksible, det konstante over det skiftende, det lineære over det sykliske. Det har, blant andre, filosofen Geneviève Lloyd belagt i sin bok *The man of reason. «Male» and «female» in Western philosophy* (4). Mannen ble tillagt evnen til rasjonell tenkning, kvinnen ble oppfattet som primært emosjonell.

Rasjonell tenkning ble oppfattet som et sivilisasjonsresultat, en følge av anstrengelse og selvdisiplin. Slik ble det mannlige, distinkte og rasjonelle knyttet til kulturen. Det emosjonelle, spontane og omskiftelige, det som så å si kom av seg selv og ikke krevde strev, alt som er kvinnelig, ble derfor et vitnesbyrd om hennes nærhet og tilhørighet til naturen. Idet kultur og tanke ble erklært som mer høyverdig enn natur og følelser, var et rangsystem introdusert. I samsvar med disse to sfæres rangering ble de som representerte disse sfærer også «ordnet» deretter. Dette legitimerte en forskjell i rang og innflytelse mellom menn og kvinner, formulert i de allmenngyldige regler. Disse igjen fant sitt tydelige uttrykk i den sosiale orden. Menn var overordnet kvinner i alle samfunnslag.

Legitimeringen av disse forskjellene fikk mange og meget dyptgripende konsekvenser. I og med menneskes høyere rang tilkom retten til å definere normen dem, og dem alene. Det gjaldt i religionen, der kvinner ikke ble ansett som verdige til å ha ansvar for helige handlinger eller til å formulere etiske regler. Det gjaldt i lovgivningen, der kvinner ikke ble betraktet som i besittelse av de nødvendige egenskaper for å skille



rett fra galt. Det gjaldt for moralen, der rammen for kvinners ærbarhet og sømmelighet ble definert på annet vis og mye snevrere enn for menn. Det gjaldt for seksualiteten, der mennenes rett til å kontrollere kvinners fruktbarhet og seksuelle utfoldelse ble begrunnet med deres overordnede ansvar, deres moralske overlegenhet, deres eierinteresser, og deres evne til å beskytte de svakere kvinner (det er lov å spørre: mot hvem?).

Hvert område av det sosiale liv ble preget av at menn både *bestemte* normen og *var* normen for mennesket. I og med den mannlige norm ble det kvinnelige til avvik. Jeg kan ikke understreke sterkt nok hvilken betydning denne konstruerte forutsetningen har fått. Den ble nemlig bestemmende for all betraktning, vurdering og tolkning. For nå er vi i medisinen, der normene angivelig etableres på nøytralt grunnlag. Denne påståtte nøytralitet preger all vitenskapelig kunnskapsproduksjon. Ingen verdier skal virke inn på den. Pur og

ren viten skal være bygget på pur og ren rasjonalitet. Men rasjonalitet er, som tidligere vist, tillagt en verdi, og til og med den høyeste rang blant verdiene i vår kultur. Den antas dessuten å være best forvaltet av menn. Den gjør forstanden og mannen til normen. Den gjør følelser og kvinnen til avvik. Hvordan kan den være et redskap for upåvirket kunnskaps-erhvervelse og ubesmittet viten når de som erverver seg denne kunnskapen er tenkende og tolkende mennesker? De har da internalisert et system av rang og orden i hele sin tenkning, hele sin selvbevissthet og hele sin verdensforståelse. Svaret er: ved å eliminere det subjektive og garantere det objektive i all produksjon av gyldig kunnskap. Det skal skje ved hjelp av det mest objektive, nøytrale og presise redskap vi kjenner, nemlig matematikk.

Ved å matematifisere det som skal utforskes kan man holde fast ved en overbevisning om at ens tilnærming er helt presis og henimot

upåvirket av menneskelige følelser og verdier. Men det matematiske grep og det numeriske språk gir bare en illusjon av presisjon. Presisjon forutsetter distinkte enheter. Distinksjon handler om avgrensning og deling. Deling betyr brudd av relasjoner og vilkårlige valg av bruddstedet. Delene må dessuten være kvalitativt like for å kunne samles eller sammenlignes. På systematisk, metodologisk grunnlag umuliggjøres derfor all innsikt i sosialt liv. Sosialt liv handler nemlig om forskjell, mangfold, forandring og mangtydighet. Det uttrykkes i roller med ulik mening og handlinger med ulik betydning for forskjellige mennesker. Selv hos ett og samme menneske kan roller skifte mening, handlinger skifte betydning og erfaringer forandre tyngde i forskjellige livsfaser og stemninger. Betydningen av roller, regler, handlinger, hendelser og erfaringer til ulike tider og i forskjellige menneskers liv er knyttet til rang og verdier. *Følgelig er vi nå ved det*

springende punkt. Når normen er definert på grunnlag av ratio, og når fremgangsmåten i anvendelse og vurdering er matematikk, så blir de ikke målbare betydnings- og meningsforskjeller borte. Ikke i virkeligheten. Men i forskningen. Derved er det gitt at man fremkaffer kunnskap av høy vitenskapelig eksakthet men av lav sosial relevans.

En slik teoretisk definisjon og vitenskapelig praksis gjør enhver negativ innflytelse fra ideologiske, politiske eller religiøse kjønnsrolle-forskjeller ubegripelig. Den engelske sosiologen Peggy Watson viste dette så tydelig i sin mesterlige studie av menns overdødelighet i Øst-europa (5). Og det som ikke kan gripes med gyldige vitenskapelige redskaper, blir derved gjort usynlig. Siden den vestlige kultur bare anser som bevist det som er vitenskapelig synliggjort, blir det ikke-beviste tvilsomt eller usant. Et nett av grunnleggende forutsetninger i faget medisin forhindrer følgelig at leger får innsikt i hvordan sosialt liv påvirker menneskelig helse. Derfor mangler vi basal viten om hvordan kvinners og menns ulike liv påvirker deres helse på ulike måter. Ved å være uvitende om mulige og kanskje grunnleggende forskjeller, vurderer vi på grunnlag av normer som primært har biologiske forutsetninger (6). Tenkelige sosiale innflytelser blir derved enten ikke sett eller ikke vurdert adekvat (7-10). Med en mannlig norm for biologiske former og sosiale uttrykk for sykелighet (bortsett fra det som knyttes til reproduksjon), vil kvinner som plages av noe annet eller som fremstiller sin plage på en annen måte oppfattes som avvikende (11). Det er dokumentert at leger oftere tillegger kvinner enn menn det som kalles ubestemte plager eller uavgrensede tilstander (12). Leger bruker de samme ord som allerede i antikken var assosiert med det kvinnelige, men den gangen på filosofisk grunnlag og i mytologiske uttrykk. Senere ble de begrun-

net i troen og med religiøse læresetninger. Da ble kvinnene kalt urene, gale og besatt av den onde. Enda senere ble kvinnene fremstilt som svake, hysteriske, hypokondriske, infantile og evig umodne. På nesten magisk vis har den angivelig nøytrale og ubesmittede medisinske kunnskap kommet frem til det samme resultat som antikkens tenkning, middelalderens overtro og opplysningstidens rasjonalisering. Kvinner assosieres igjen med det uklare, ubestemte og uavgrensede. Men i vår naturvitenskapelige tid begrunnes det med et internasjonalt klassifiseringssystem for definerte sykdommer. Det man tidligere tenkte, trodde eller påsto er nå bevist.

Den amerikanske biologen Ann Fausto-Sterling har i sin glimrende bok *The myths of gender. Biological theories about men and women* (13) analysert hvordan de rasjonelle naturvitenskapene steg for steg har levert moderne argumenter for å bekrefte en eldgammel sosial konstruksjon av rangforskjell. Kvinners ubestemmelighet ble i vår tid konstruert på nytt. Man samler data om kvinners sykелighet med metoder som offisielt skal sikre saklig korrekthet, men som faktisk tildekker at dette skjer på grunnlag av tendensiøs kunnskap. Medisinen som fag og som institusjon bekrefter og reproducerer derved eldgamle forskjeller i rang. Bevisgrunnlaget er vitenskap, en «sannhet» er blitt bevist. At sykелighet er en sosial konstruksjon vil jeg begrunne med refleksjoner over en gruppe tilstander uten klare medisinske navn. Disse tilstander, preget av mange symptomer og navngitt med rent deskriptive betegnelser, viser stor overlapping. De får ulike navn avhengig av hvor i verden og av hvem de blir presentert for leger. Som oftest tillegges de kvinner. En kvinne med et slikt symptom-bilde kan få «diagnosen» hypotensjon i Tyskland, amalgamforgiftning i Sverige, postviralt ME-syndrom i England, hypoglykemi i USA og

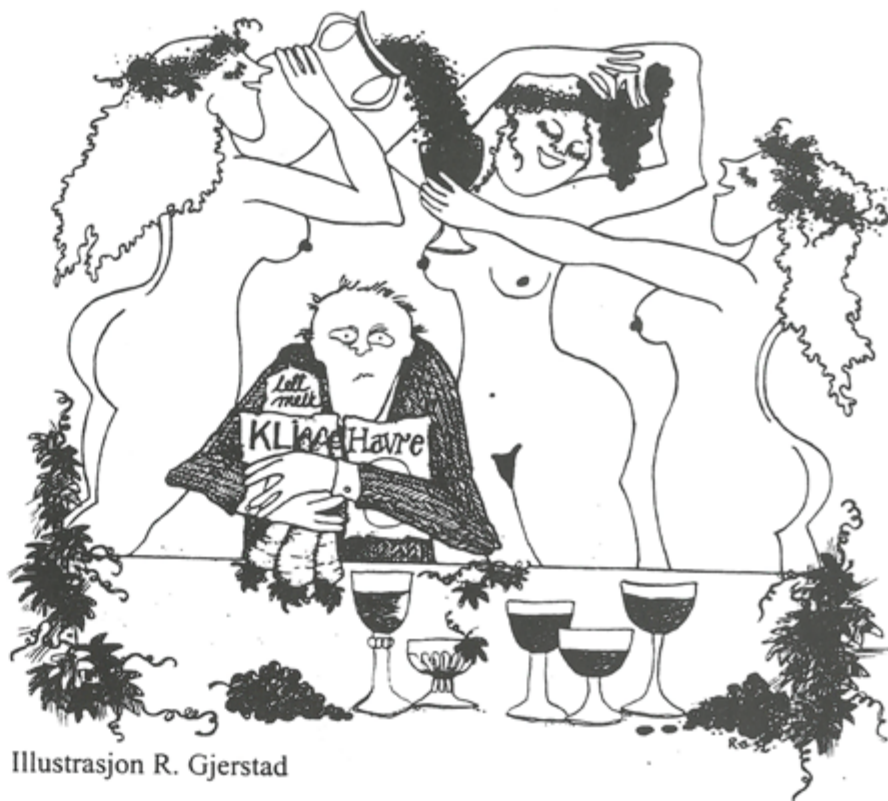
fibromyalgi i Norge. Er hun rundt femti år, kan hun dessuten i alle landene få «diagnosen» menopause-syndrom. Er hun yngre, er sannsynligheten stor for at den nyeste av de kjønnede «diagnoser», premenstruelt syndrom, blir brukt. Den har en nesten ubegrenset anvendelighet hos kvinner i fertil alder.

Jeg vil nå rette blikket mot de bestemte medisinske tilstander, de klare diagnoser, for å se om viten og kunnskap om dem er mindre ladet av verdier. Den største del av den gyldige kunnskap i moderne medisin er blitt til i vårt århundre. Kriteriene for nøytral kunnskapsproduksjon er stadig blitt mer differensiert og raffinert. Korrekt forskning forutsetter en omfattende metodologisk skolering. Det meste av medisinsk forskning i de siste femti år har vært konsentrert om et fåtall tilstander. Studiene har overveiende foregått i svært homogene populasjoner, hvilket anses som et metodisk fortrinn. Man har selektert primært etter kjønn, dernest etter alder. Kvinner har blitt systematisk utelukket fra de fleste og de største studier (14). Deres eksklusjon er blitt begrunnet med det som kalles biologisk betinget ustabilitet, hvilket betyr noe negativt i forskningen. Kvinner er premenstruelle, de menstruerer, de er gravide, de ammer, de er preklimakteriske eller postmenopausale. *Menn har ingen av disse avviker og de betegnes heller ikke i noen av livsfasene med biologiske funksjonsord.* Det elementære biologiske fenomen *forandring*, har i mange medisinske sammenhenger ved definisjon gjort kvinner uegnet til å være studieobjekter. Likevel tillater man seg å vurdere kvinners helse på bakgrunn av funn fra forskning der kvinner er blitt valgt bort fordi de var kvinner. Og kvinner gis råd og pålegges restriksjoner på det samme grunnlaget. Dette ansees ikke å være uvitenskapelig. Matematifisert liv tillater nemlig generalisering. En slik fremgangsmåte bygger på at men-

neskene i studien representerer alle. Menn representerer alle kvinner, selv om kvinner er så anderledes at de ikke kan være med (6, 7, 14).

Vi vet at en slik generalisering av funn fra selekterte populasjoner ikke er korrekt i biologisk forstand. Langt mindre er den adekvat i sosial forstand. Sosiale strukturer bygger på forskjellige regler for ulike roller. Det som i en gitt kultur er tegn for mannlighet og for kvinnelighet er bestemmende for hva som er normalt å gjøre og ikke gjøre, eller være og ikke være for menn og kvinner. Malen for maskulinitet i den vestlige verden bygger på aktivt å ta i bruk muligheter og å overprøve eller overskride grenser. Malen for femininitet bygger på å begrense seg selv i krav, uttrykksform, væremåte og utfoldelse. Gutter og jenter lærer å bli mannlige menn og kvinnelige kvinner slik som normene i deres samfunn er definert. En linje i den norske nasjonalhymne fanger inn kvintessensen av det jeg mener på en forbløffende og konkret måte: «alt som fedrene har kjempet, mødrene har grett».

Det bringer meg til barna i Kuwait. En forskningsrapport om virkningen av Gulfkrigen på barnas helse og adferd, publisert i fjor, konkluderte som følger: visst ble Kuwaits krigsbarn berørt av krigen. Sammenligner man dem med kuwaitiske barn som var sammen med foreldrene i Saudi Arabia mens krigshandlingene foregikk, er dette tydelig (15). Krigens barn viste dårligere helse og påfallende forandret adferd sammenlignet med eksilbarna. Men hvordan adferden ble forandret var avhengig av kjønn. P-verdiene for forskjell var høyt hevet over enhver tilfeldighet og uavhengig av alder. Guttene var sterkt utagerende med fiendtlighet, rastløshet, skriking, ødeleggelsestrang og slåssing. Jentene derimot viste overveiende emosjonell labilitet slik som tristhet, gråt, tilbaketrekning og innestuttethet. Forfatteren, en saudiarabisk mannlig barnelege, reflekter



Illustrasjon R. Gjerstad

rer ikke med ett ord over disse kjønnede mønstre. De synes å samstemme helt med hans antakelse om det «naturlige» og forventbare. Hans diskusjon og metodekritikk gir ikke en eneste antydning om et eneste spørsmål angående årsakene for så fundamentale forskjeller. Samtidig antar jeg at ingen norsk lege ville godta en biologisk forklaring med et gen for *ut-agering* på y-kromosomet og doble gener for *innover-agering* på begge x-kromosomer. (Det er ikke tilfeldig at jeg måtte skape et ord for den omvendte kvinnelige reaksjonsmåten; den mannlige har allerede et godtatt norm-ord, da blir andre måter «omvendt».) Kuwaits barn har det som de norske – i gamle dager. Fedrene kjemper, banner, sverter og slåss, mens mødrene gråter, blir stille, triste, depressive og tilbaketrukne.

Og hvordan har skotske barn det? Helen Sweeting, medisinsk sosiolog ved Universitetet i Glasgow var nysgjerrig på mønstre i den medisinske dokumentasjonen av sykелighet hos gutter og jenter i alderen 0 til 15 år (16). Gutter har høyest forekomst av kronisk sykелighet som små, mens piker overtar

førsteplassen tidlig i tenårene. Dette går parallelt med at jentene fra den alderen og oppover også viser en overhyppighet av psykiske forstyrrelser, spesielt slike som kategoriseres som nevrotiske. I samme alder får gutter stadig hyppigere adferdsproblemer. Dette sammenfatter jeg slik: mens gutter blir «vanskelige» blir jenter «nevrotiske». Sosiologen vil gjerne skjønne hva som skjer og hvorfor det skjer akkurat tidlig i tenårene. Hun analyserer studier fra USA, New Zealand, England, Canada og Skandinavia til sammenligning og som grunnlag for en mulig tolkning av resultatene fra en skotsk undersøkelse. Den påfallende økningen i visse psykiske tilstander som nevrososer og spiseforstyrrelser hos tenåringsjenter, og likedan i visse somatiske tilstander som migrene, kronisk hodesmerte og astma, kan hun bare forstå når hun tolker den innenfor sosiale sammenhenger. Hun antar at jenter i overgangen fra barndom til ungdom i tiltakende grad blir seg noe vesentlig bevisst. Jeg siterer: «coming of age for young women in post-industrial society brings with it a double bind – a marked devaluation of

that which is female – yet being female, which makes it very difficult to feel good about oneself.»

Kan det tenkes at psykosomatiskernes forsøk å gjenforene psyke og soma ikke bare er et kroppsfilosofisk umulig prosjekt, men ut over dette også en erkjennelsesteoretisk feil vei? Kan det tenkes at andre begrep, som for eksempel «sosiosomatisk», er langt mer fruktbart som tenkeredskap? Det sier noe om at våre individuelle, psykiske forutsetninger i helt avgjørende grad avhenger av og påvirkes av vår plass i livet og i samfunnet. Denne siste antakelse har vært grunnlag for en skolert analyse om kvinner, galskap og medisin, foretatt av Denise Russell, filosof ved Universitetet i Sydney (17). Hun har, akkurat som Georges Canguilhem i Frankrike, basert sine tanker på at skillet mellom normalt og galt er normativt, og ikke vitenskapelig. Kvinners overrepresentasjon i psykiatrien, og da selvsagt som pasienter, og deres skremmende nesten-monopol på noen, og helmonopol på andre diagnoser, har å gjøre med at normen for mennesket er mann og at kvinne er avvik. Psykiatrisk historie og nosologi avspeiler hva kvinner enten har for mye eller for lite av etter menns oppfatning til enhver tid. Mange, forbausende mange, diagnoser innen psykiatrien har vært begrunnet med og er knyttet til kvinners seksualitet, som de enten har for mye av, for lite av, på feil måte, til feil tid, rettet mot feil person og uttrykt i enten for mye eller for lite følelser, aktivitet eller kropp. Særlig kropp. Slik har en rekke definert biologiske fenomener på underlig vis blitt grunnlag for psykiatriske diagnoser. Alle aldre og alle faser i kvinners liv, alle stadier i deres kvinnelighet og fruktbarhet, kan danne grunnlag for å tillegge dem en psykiatrisk diagnose.

Denise Russell viser hvordan kjennetegnene for femininitet i hver epoke både har uttrykt, legitimert og tilsørlt begrensninger.

Kvinnene selv har bidratt ved å internalisere disse grensene i sin streben etter mest mulig kvinnelighet. Når kvinner selv gjør nesten hva som helst for å være mest mulig kvinne i menns øyne, får de til og med selv et syn på seg selv som et mangelfullt vesen, et menneske som til enhver tid kan og bør forbedres. De har vært villige til å vurdere egne følelsesmessige reaksjoner overfor påbudte grenser og angivelige mangler som urimelige. De er selv med på å fordømme sitt eget sinne over de påførte rammer. Sosiosomatiske tilstander behandles, enten de heter hysteri, depresjon, spiseforstyrrelser, angstlidelse, menopausesyndrom, premenstruelt syndrom eller hva enn. Slik danner normativ tenkning

den velkjente kjønnsforskjellen i psykiatrisk epidemiologi, ikke den faktiske sykkelighet. Kvinnelige mangeltilstander blir diagnostisert, rettet på, kompensert, medikalisert. Vi leger forskriver psykofarmaka for tilstander som er definert som sykdom, men som kunne aksepteres for kvinner på et biologisk, sosiologisk og moralsk grunnlag, hvis kvinner fikk lov til å være en norm for seg selv, og mannen ikke fortsatt var normen for mennesket.

Jeg takker forfatter Wera Sæther for hennes språklige veiledning.

*Anne Luise Kirkengen
Institutt for allmennmedisin,
Universitetet i Oslo*

Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Referanser:

1. Bengtsson J. Sammanflätningar. Husserl og Merleau-Pontys fenomenologi. Göteborg: Daidalos, 1988.
2. Hoffmann B. Normalitet og patologi. Tidsskr Nor Lægeforen 1995;30: 3800-2.
3. Canguilhem G. The normal and the pathological. New York: Zone books, 1989.
4. Lloyd G. The man of reason. «Male» and «female» in Western philosophy. London: Methuen, 1984.
5. Watson P. Explaining rising mortality among men in Eastern Europe. Soc Sci Med 1995;41(7): 923-34.
6. Elliott SJ. Psychosocial stress, women and heart health: a critical review. Soc Sci Med 1995;40(1): 105-15.
7. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? Soc Sci Med 1996;42(4): 617-24.
8. Gijssbers van Wijk CMT, Kolk AM, Van den Bosch WJHM, van den Hoogen HJM. Male and female health problems in general practice: the differential impact of social position and social roles. Soc Sci Med 1995; 40(5): 597-611.
9. Shye D, Mullooly JP, Freeborn DK, Pope CR. Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort. Soc Sci Med 1995;41(7): 935-47.
10. Gliksman MD, Lazarus R, Wilson A, Leeder SR. Social support, marital status and living arrangement correlates of cardiovascular disease risk factors in the elderly. Soc Sci Med 1995;40(6):811-4.
11. Sayer GP, Britt H. Sex differences in morbidity: a case of discrimination in general practice. Soc Sci Med 1996;42(2):257-64.
12. Redman S, Webb G, Hennrikus D, Gordon J, Sanson-Fisher RW. The effects of gender on diagnosis of psychological disturbance. J Behav Med 1991;14: 527-33.
13. Fausto-Sterling A. Myths of gender. Biological theories about women and men. (2.ed.) New York: Basic Books, 1992.
14. Mastroianni AC, Faden R, Federman D. Women and health research: ethical and legal issues of including women in clinical studies. London: National Academy Press, 1994.
15. Al-Eissa Y A. The impact of the Gulf armed conflict on the health and behaviour of Kuwaiti children. Soc Sci Med 1995;41(7): 1033-7.
16. Sweeting H. Reversals of Fortune? Sex differences in health in childhood and adolescence. Soc Sci Med 1995;40(1): 77-90.
17. Russell D. Women, madness and medicine. Cambridge: Polity Press, 1995.

Hvorfor feirer Utposten 25-års jubileum allerede i år?



Hvorfor feirer UTPOSTEN 25-års jubileum allerede i år? UTPOSTEN kom ut med sitt aller første nummer i 1972. Det skulle tilsi at UTPOSTEN først i 1997 fyller sine 25 år. Redaksjonen har ikke mistet tellingen. UTPOSTEN er imidlertid i sin 25. årgang og da har vi valgt å følge vanlig praksis for seriøse blader og aviser, nemlig å markere jubileet i den jubilerende årgang.

Er navnet UTPOSTEN også snart 25 år gammelt? Allerede det første nr. av UTPOSTEN (se faksimile av forsiden), hadde navnet UTPOSTEN. Vi merker oss imidlertid at redaktørene i en kommentar skriver: «Navnet på bladet er på ingen måte ideelt. Vi ønsker å komme frem til et bedre.» Så har ikke skjedd. Det kan bl.a. bety at navnet er dekken-



de for den utsatte posisjon primærhelsetjenesten alltid har befunnet seg i. Undertittelen på bladet har imidlertid gjennomgått noen forandringer underveis. Disse forandringene er neppe tilfeldig sett i en historisk ramme.

- Den første undertittelen til bladet het (f.o.m. nr. 6/72): Almindelig Blad for Primærleger
- F.o.m. nr. 5/74 het det: Almindelig Blad for Distriktshelsetjenesten
- I 1978 (nr. 1) ble det omdøpt til: Alminnelig Blad for Primærhelsetjenesten
- I noen nr. i 1983 hadde UTPOSTEN ingen undertittel
- F.o.m. nr. 1, 1984 har bladet hatt undertittelen: Blad for Allmenn- og Samfunnsmedisin (den første tiden med kun en «l» og en «n» i «Allmenn»)



«Journalnotater kan ikke rettes!»

Husk rettinger kan ikke gjøres i pasientjournalen! Har man f.eks. Profdoc kan rettinger kun gjøres samme dag. Det var nok flaks for allmennlegen som på slutten av dagen gikk inn på et aktuelt journalnotat fra dagens arbeid. Han hadde hatt en kvinne til 6-ukers kontroll etter fødsel og der var følgende trykkfeil kommet med (husk k og l står ved siden av hverandre på tastaturet): «Vi drøftet prevensjon. Vi kom til at det beste for henne var minipikken».

To med brystsmarter – et par psykososiale kasuistikker

Tekst: Pål Gulbrandsen



Pål Gulbrandsen, 40 år. Liker teori bedre enn praksis, og synes samtaler er mer spennende enn undersøkelser. Har derfor, for kortere eller lengre tid, trådt ut av allmennpraksis for å arbeide med kvalitetssikring av arbeidet med psykososiale problemstillinger. Av og til klarer han ikke å la være å skrive.

Alle som leser Utposten er naturligvis svorne tilhengere av KOPF-idealet og praktiserer den biopsykososiale modell til enhver tid. Det hender ikke at de, sånn leger seg imellom altså, beklager seg over alle de mulige og umulige problemer i hjemmet, i ektesengen, på arbeidsplassen og med sosial- og trygdekontoret de hersens pasientene bringer på bane, og som de av en eller annen uforklarlig grunn finner det nødvendig å orientere legen om! Og de ville selvsagt aldri drømme om, dersom en pasient skulle komme med en eller annen smerte, en brystsmerte, for eksempel, å la være å spørre

hvordan pasienten ellers har det – naturligvis ikke – man bryr seg jo, en ekte allmennpraktiker vil like lite unnlate dette som han unnlater å ta et EKG!

Eller tar jeg feil? Hender det at vi, i et ubevoktet øyeblikk i baren, lar det skinne gjennom at det egentlig er lite *medisin* vi driver med, at vi egentlig er *sosialarbeidere*? Og kunne det kanskje være at vi faktisk aktivt lot være å spørre fru Gjespesen igår om hvordan det går med hennes gamle mor? Var det ikke en unge på den siste legevakta som vi strengt tatt ikke ville ha gitt antibiotikum om det ikke var fordi mora var så inn i granskauen engstelig? Vel, ingen av leserne kan bekrefte dette, naturligvis. Men jeg velger å bekjenne: Slik er jeg. Så er det overstått.

Nå hater jeg å dvele ved mine egne problemer. Snarere er jeg blant dem som lever lykkelig ved å samle på mine seire, og derfor har jeg tenkt å bruke et par kasuistikker til å illustrere for dere hvor viktig den psykososiale kontekst er. Hvor *medisinsk* den er – selv om den er sosial. Og jeg vil vise at *viktig* ikke nødvendigvis betyr å finne ut at et symptom er psykisk betinget, men faktisk like gjerne at det er organisk. Så følg med, den som mot formodning har et kvarter til overs! Kasuistikkene er aldeles virkelige, men mye av det jeg gjorde er retusjert bort, i håp om å fange essensen av psykososial anamnese. For å beskytte meg mot rettslig forfølgelse iler jeg til med å si at smerteanamnesen i kasuistikk 2 var langt nøyere, den tok sikkert seks-sju minutter alene.

Kasuistikk I

Klokka er halv tre i Trangsfjord. Den siste pasienten kom ikke, og

jeg tar sikte på en tidlig middag. Telefonen ringer, det er sekretæren. Det er en mann fra Grisgrend, han har brystsmarter, forteller hun, og legger til at hun hadde bedt ham komme ut siden jeg allikevel hadde så god tid. Greit, sier jeg og finner meg i det. Venter et kvarter, vandrer lett utålmodig ut på venterommet, og der kommer han gående. Fin farge, lange steg, ubesværet, ca. 65 år, rolig og avslappet. Og dette har jeg ventet på, tenker jeg, og har lyst til å gå. Men det gjør jeg naturligvis ikke når folk har reist enkom ærend ut fjorden for å oppsøke meg. Så han blir med inn på kontoret.

– Om han har smerter?

– Ja, lite granne.

– Hvor da?

– Her! Mannen setter en spiss pekefinger inn i venstre side av brystet, under armhulen.

– Jaha. Er det bare der?

– Ja.

– Det stråler ikke ut noe sted, liksom?

– Neida, det er bare der.

– Har du hatt det lenge?

– Nei, jeg fikk det i formiddag. Jeg tror jeg forstrakk meg noe, jeg hadde løftet en del høy.

– Mm. Høres rimelig ut. Fikk du det mens du holdt på?

– Nei. Det kom en halv times tid etterpå.

– Ja, det taler jo for at du har rett. Jeg lener meg fram og kjenner på det stedet han peker, og finner raskt et ømt punkt der.

– Se her, ja, her har du en øm muskel. Så det stemmer nok. Men si meg, likevel, har du følt noe annet de siste timene?

– Hva mener du?

– Ja, har du følt deg slapp, eller dårlig, eller fått tungt for å puste eller...

- Neida. Jeg er helt som vanlig.
- Greit. Ja, da...
- Kanskje ørlite grann slapp...
- Ja, ha, men ikke mye? Du ser jo ganske pigg ut. Jeg skal ta blodtrykket ditt.
- Nei, det er ikke nødvendig, sikkert ikke. Jeg er i grunnen i fin form.
- Da skal jeg bare finne fram journalen din, sekretæren fant den ikke med en gang. Så jeg får notert dette her. Hva er fødselsdagen din, forresten?
- 30.6.17.
- Så du er 68? Og jobber fortsatt som bonde?
- Jada, det er arbeid fra morgen til kveld. Jeg ville ikke unnvært det.
- Høres fint ut...
- ...jeg tror ikke du finner noen journal...
- Joda. Vi har ganske nylig påbegynt et nytt arkiv, så vi finner deg nok, skal du se.
- Nei, jeg tror ikke det. Jeg har ikke vært her før, skjønner du.
- Har du ikke vært her? Har du vært hos gamlelegen, da?
- Nei, jeg har ikke det. Jeg har ikke vært hos legen før.
-????
- Aldri. Ikke da jeg var barn, heller. Jeg har vært svært heldig med helsa.
- Det forstår jeg.

Denne opplysningen gjorde et sterkt inntrykk på meg. Jeg begynte å reflektere. Det var første gang i den konsultasjonen, før det gikk alt på ryggmargen. Hvis dette var sant, og mannen virket aldeles sannferdig, da var han kanskje ganske syk? Jeg mener, når du ikke oppsøker lege på 68 år, og i hele den tiden har jobbet som bonde, da er det kanskje noe mer enn en strekk i serratus anterior som får deg til å ringe?

- For ordens skyld tror jeg vi tar en hjerterprove.
- Nei, spar meg. Du fant jo den ømme muskelen. Jeg reiser hjem, nå. De venter på meg ute.
- Nei, jeg vil gjerne ta en hjerterpro-

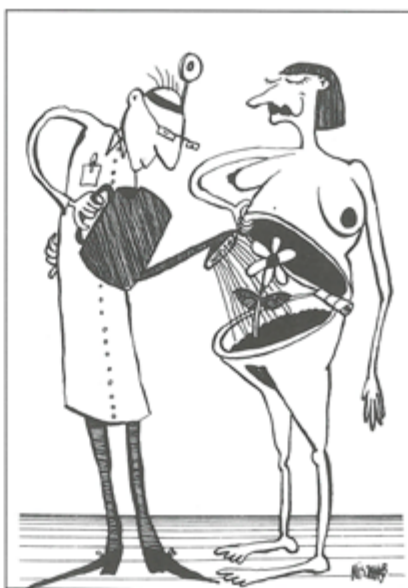
ve, for sikkerhets skyld. Jeg er enig i at du virker pigg, men jeg liker ikke å ta sjanser.

Jeg var ung og uerfaren og hadde ikke lyst til å fortelle mannen at den viktigste grunnen jeg hadde til å ta et EKG var at han aldri hadde vært hos lege før. Og han gikk med på det. EKG viste de mest massive infarktforandringer jeg noensinne har sett utenfor sykehus. Det fikk meg til å auskultere. Men både hjerte og lunger og blodtrykk var aldeles uten anmerking. Han lot seg rolig legge inn på det lokale sykehus, og ble senere utskrevet i utmerket form. Infarktet plaget ham ikke senere, og han jobber som bonde den dag i dag, ti år senere. Kanskje hadde det gått like bra uten innleggelse, men det er en annen skål.

Kasuistikk 2

Det er travel legevakt i storbyen. Pasient nummer trettito har nylig forlatt rommet. Klokka er 22.30 og på venterommet sitter fortsatt et par stykker. Jeg er som snarest innom ekspedisjonen etter å ha ropt opp neste.

- Det kom nettopp inn en mann med brystsmarter.
 - Er det han der?
- Jeg nikker ut gjennom glasset som skiller ekspedisjon og venterom



mot en mann rundt 55 som står lent opp mot veggen og ser litt engstelig ut, men han virker ikke dårlig.

- Ja.
- Jeg tar ham etter denne.
- Skal vi ta et EKG?
- Nei, jeg vil se på ham først. Han virker ganske sprek. Følg bare litt med.
- Du gjør ting på din egen måte bestandig. Her vil alle legene ha EKG før de vurderer brystsmarter, og...
- Ikke alle.
- Jo, nesten...
- Ja, men ikke alle. Ellers hadde du vel ikke spurt?
- Jeg spurte fordi det var deg. Men du har rett, det er vel ikke absolutt alle....
- Nei, så rar er jeg vel ikke.

Jeg brukte litt tid på den innkalte feberungen og ropte så på mannen med brystsmarter. Han kom mot meg, kanskje litt forsiktig, men ubesværet, fulgte meg inn på kontoret og satte seg ned. Det var mitt umiddelbare inntrykk at dette ikke dreide seg om hjertesykdom.

- Fortell.
- Ja, jeg fikk sterke brystsmarter her (han gnir seg over hele precordiet med flat hånd) sånn i tolvtida idag.
- Har du det fortsatt?
- Ja. Men kanskje ikke så sterkt.
- Kom det plutselig?
- Ja, ganske.
- Sånn helt plutselig, som et lyn?
- Nei, ikke akkurat. Nei, det gikk nok litt på over en tid.
- Holdt du på med noe spesielt da du fikk det?
- Nei. Jeg var på jobb.
- Hva gjør du der?
- Jeg sitter på kontor.
- Stresset?
- Nei, egentlig ikke. Ikke nå for tiden.
- Fortell litt mer om smerten.
- Tja, nei, det er ikke så mye mer å si...
- Varierer den? Stråler den ut noe sted?
- Nei, nei, den stråler ikke ut noe sted. Men den har vel vært ganske



konstant – nei, forresten, en periode i ettermiddag merket jeg den ikke.

– Har du anstrengt deg noe idag?

– Nei.

– Ikke engang løpt etter bussen?

– Jo, faktisk. Pussig at du spurte. Jeg ble litt sen fra jobben og måtte småløpe en hundre meter, tenker jeg.

– Fikk du mer smerter, da?

– Nei. Nei, faktisk var det på den tiden at jeg ikke merket noe til den.

– Mm. Når du kom nå, hvorfor gjorde du det?

– Jeg synes liksom det gikk litt på

– og så turde jeg ikke gå natta i møte...

– Fordi...

– ...jeg tenkte jo på hjertet, da...

– Det skjønner jeg. Har du hatt noe med hjertet tidligere?

– Nei, egentlig ikke. Men jeg har vært undersøkt for det flere ganger. I sommer var jeg på sånn sykkel-EKG, og...

– Hvorfor det?

– Nei, fordi jeg har hatt sånne smerter en del ganger.

– Hva viste den prøven?

– Nei, ingen ting. Alt var i orden.

Så det var ikke noe i veien med hjertet. De kunne ikke finne noe galt. Kolesterol var fint, og blod-

trykket var i orden.

– Har du noen i familien som har hatt hjertesykdom?

– Ja, faren min. Men han var gammel. Nesten åtti.

– Da er det normalt.

– Ja, det er vel det.

– Vet du om blodsukkeret ditt er kontrollert?

– Jada, det også. Alt var fint. Men noe må det jo komme av, disse smertene.

– Helt enig. Er du slapp nå, forresten?

– Nei, ikke spesielt. Det er bare disse smertene, det er i grunnen mindre nå.

– Men de er der?

– Ja.

– Jeg er enig med deg at disse smertene må komme av noe. Jeg skal innrømme noe for deg. Med en gang jeg så deg, tenkte jeg «denne mannen har ikke hjertesykdom».

– Hvordan kunne du det?

– Nei, det er ikke så lett å forklare. Det er noe med ansiktsfargen, ikke svett i pannen, ikke anstrengt i pusten, engstelig, kanskje, men ikke ordentlig redd... jeg vet ikke, det er mest et inntrykk – så det kunne jeg jo ikke stole på. Så derfor har jeg brukt en del tid på å spørre deg nøye om dette nå.

– Mm.

– Men inntrykket er fortsatt det samme. Brystmerter har du, det er det ingen tvil om, men jeg synes ikke det virker som det er hjertet.

– Nei, det viste jo den sykkelprøven, også. Men jeg klarer liksom ikke å stole på det...

– Det kan jeg godt forstå. Du har jo ikke hatt det tidligere. Hvor lenge siden er det egentlig det begynte?

– Et halvt års tid siden, kanskje?

– Skjedde det noe spesielt da?

– Ikke som jeg husker.

– Er du gift?

– Ja.

– ...og hvordan har dere det?

– Nei, vi har det fint.

– Og du sa at det for tiden ikke er noe stress på jobben.

– Det er riktig. Men det var. Vi hadde et skikkelig kjøer i fjor.

– Hvordan?

– Vi måtte stå skikkelig på for å komme over en kneik. Jeg jobba hardt.

– Var det da du fikk smertene?

– Nei, faktisk ikke. Det var heller etterpå!

– Mm. Det hender.

– Hvordan?

– At en står på det remmer og tøy kan holde, og ikke kjenner etter hvordan en har det mens det står på. Og så, når det er over, og en liksom skal slappe av igjen, da kjenner en plutselig hvor sliten en er.

– Det der kjenner jeg igjen. Sånn var det. Jeg var sliten, og så kom smertene. Og så gikk jeg til legen.

– Da var det fint at han undersøkte deg så grundig.

– Ja, han er veldig OK.

– Men nå er jo det en stund siden.

– Ja, det er det. Og nå for tiden går det greit på jobben. Ingen bekymringer.

– Har du lett for å fortelle om det, da, når noe bekymrer deg?

– Neeei, kanskje ikke. Kona klager på det.

– Men, altså, du har, her og nå, ikke noe som bekymrer deg eller hviler på deg?

– Nei.

Stemningen er veldig avslappet i rommet. Jeg lener meg (enda mer) tilbake, vi har det hyggelig. Nei-et kom umiddelbart, men siden jeg ikke sier noe, virker det som han får tid til å tenke.

– ...hvis ikke ... idag tidlig ringte sønnen min...

– Å?

– Han fortalte meg at han hadde mistet jobben. Det er jo sånt som skjer med de unge idag. Så jeg tok det ikke så tungt. Prøvde å sette litt mot i ham.

Jeg lytter, men sier ingenting med en gang. Det går kanskje tjue sekunder.

– Så det var i grunnen greit?

Han trekker pusten.

– Jo. Nei. Nei, det var ikke det.

Det gikk inn på meg.

– Hvordan?

– At han skal bli gående. At det

ikke er bruk for ham. Han har slitt en del, men det siste året har han hatt fast jobb...

– Slitt?

– Ja, nei, ikke noen problemer, akkurat. Men han gjorde det ikke så godt på skolen. Så han har drept og tatt fag etterpå. Det gikk fint. Men han gikk ledig i et par år før han fikk denne jobben.

– Hva tror du nå?

– Det blir jo usikkert. Jeg har virkelig tenkt mye på ham idag.

– Uff, jeg skjønner godt at det har gått inn på deg. En vil jo barna det beste...

– Å, jeg er så redd for at han ikke skal klare seg. Enda kan jo vi støtte ham litt, men hva hvis jeg...

– Mmm.

– Det har nok betydd mer for meg idag enn jeg egentlig har lagt merke til.

– Ja, det synes... Men, det får så være, det er jo et problem, men er det stort nok, jeg mener stort nok til å gi deg smerter?

Han tenker seg litt om.

– Ja, det tror jeg faktisk. Det tror jeg faktisk det kan. Hva mener du?

– Jo, det virker som dette har betydd så mye for deg. Men jeg vil ikke hevde det med sikkerhet. Du må kjenne etter selv.

– Jo, det tror jeg... Pussig, nå er i grunnen smertene borte.

– Er de det?

– Ja, ja, de er helt borte.

– Hvordan føler du deg?

– Lettet. Veldig lettet. Jeg føler meg fin.

– Det var bra... Du, ... jeg føler meg veldig trygg på at du ikke har noe hjertesykdom...

– ...ja, det gjør jeg også...

Konsultasjonen ble avrundet med noen ord om hvordan han skulle forholde seg, hva han skulle kjenne etter og prøve ut. Han forlot rommet tretti minutter etter at han var kommet inn, tok meg i hånden og takket hjertelig. Så at han aldri hadde følt seg så godt undersøkt. Mens sannheten var at jeg ikke hadde undersøkt ham i det hele tatt. Jeg tok ikke engang

blodtrykket. Det var ingen forglemmelse. Det var meget aktiv handling helt fra jeg nektet sykepleieren å ta EKG-et. Hvordan skulle jeg gi ham trygghet for å vurdere slike situasjoner selv, hvis jeg som lege måtte ha både det ene og det andre for å bli sikker?

Hva er det å lære

Er du lei av å bli rent ned av all verdens symptomer og småplager? Da kan det kanskje være en idé å bli litt mer selektiv med undersøkelsene dine, både de kliniske og laboratoriemessige. Jeg sier ikke at de ikke skal brukes. Jeg bare peker på at du har en klinisk erfaring, og at du skal bruke den først. Anamnesen skal suppleres med klinisk undersøkelse hvis ikke du er sikker på årsaken til symptomene, ikke for at pasienten skal føle seg tryggere. Klinisk undersøkelse skal suppleres med laboratorieprøver hvis ikke du er sikker på etiologien, ikke for å tilfredsstille pasienten. Pasienten blir ikke tryggere av at ikke du er trygg. Tenk deg om før du auskulterer et barn. Mor tror da at det alltid må til for å skille frisk fra syk. Tenk deg om før du sier at du ikke finner noe galt. Har pasienten et symptom så er noe galt. Også om det ikke er organisk. La dem forstå det, og vis dem veien. Men ikke gå den for dem.

Historiene ovenfor, og særlig den siste, tok naturligvis lenger tid i virkeligheten. I en kort tekst kan en ikke vise blikk og pust, kropp og stemme. En rekke verbale detaljer er også luket vekk, av glemsel og kompositoriske grunner. Den første historien er en kuriositet, men den slags merkverdigheter kan skremme oss til overforbruk av diagnostiske hjelpemidler i år framover. Lærdommen fra denne historien er ikke at et hjer-teinfarkt kan ha bagatellmessig symptomatologi. Det står i alle lærebøker om geriatri. Lærdommen er at noe i konsultasjonen set-ter deg i anfektelse. Bruk det! For-

di jeg var uerfaren, var det en tilfældighet at dette skjedde. Den andre konsultasjonen, som forløp ti år senere, var preget av det motsatte. Av lærdommen fra Pendleton (1) og Malterud (2). En aktiv søken etter pasientens forståelse av symptomet («fordi...» for å utløse pasientens begrunnelse for ikke å tøre å gå natta i møte), og gjentatt ping-pong for å forsikre seg om delt forståelse (om sønnens telefon kunne være årsak til smertene). Det er min erfaring at det siste ikke kan understrekes sterkt nok. Jeg vil hevde at dersom pasienten ikke så tydelig hadde bekreftet sin opplevelse av sammenheng mellom sønnens telefon og symptomene etterpå, ville det – for meg – være et sterkere incitament til klinisk undersøkelse enn beskrivelsen av smerten.

Jeg har presentert ovenstående og andre historier for kolleger opp gjennom årene. Mange gir uttrykk for skepsis, og noen for motstand. Ord som mala praksis er blitt brukt. Andre har nevnt risikoen for medieoppslag eller juridisk forfølgelse. Jeg synes vi skal stole på det vi kan, men stille spørsmål ved alt vi gjør. Det tror jeg vil være godt både for folkehelsen og ressurskrisa i vesenet vårt.

Pål Gulbrandsen
Seksjon for sosialmedisin
Institutt for allmennmedisin
og samfunnsmedisinske fag
Postboks 1130 Blindern
0317 Oslo

Referanser:

1. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The Consultation. An Approach to Learning and Teaching. Oxford: Oxford University Press;1984.
2. Malterud K. Allmennpraktikere møter med kvinnelige pasienter. Bergen: TANO;1990.

Vi intervjuer ass. helsedirektør Lars Hanssen

Intervjuet av Petter Øgar



Fra konge på haugen til usikker byråkrattstilling?

Lars Hanssen begynte som ass. helsedirektør i juni 1994, et halvt år etter reorganiseringen av den statlige helseforvaltning der Helsedirektoratet ble til Statens helsetilsyn og en såkalt nivå to-institusjon på linje med bla. Folkehelse og Statens helseundersøkelser. Han kom fra stilling som sjefslege og professor i gastroenterologi ved Rikshospitalet. Som sjefslege hadde han beholdt 20% klinisk stilling for å bevare kontakten med det kliniske liv.

Sjefslege og professor på Rikshospitalet – det er jo å være konge på haugen i norsk medisin i manges øyne. Hva fikk deg til å forlate denne posisjonen til fordel for arbeid i et forvaltningsorgan som nettopp har vært på randen av stupet, og etter noens mening fortsatt befinner seg der?

- Legene utdannes ikke til å mestre den politiske, administrative og mediamessige virkelighet.
- Legene bruker sjelden de rettigheter som loven gir dem.
- Det er nå viktig at sykehusene tar ansvaret for en bedret kommunikasjon og samhandling med primærhelsetjenesten.
- Kanskje er det nesten nok spesialister i Norge i dag, men de ønsker av ulike grunner ikke å søke de ledige stillingene hvor det er bruk for dem?

Jeg var engasjert i klinikken og trivdes med det. Men jeg hadde også et ønske om å få gjort noe med det jeg synes er skakt og skeivt i helsevesenet, bidra til positiv endring. Det har jeg større mulighet til i en administrativ lederstilling, og det var i sin tid begrunnelsen for å bli sjefslege. Ønsket om å bli assisterende helsedirektør kan ses som en naturlig fortsettelse av dette resonnementet. I dette valget ligger også at jeg ikke deler synet om et forvaltningsorgan på randen av stupet. Jeg har en klippfast tro på denne etaten, fylkeslegene og Helsetilsynet som et kompetent fagorgan.

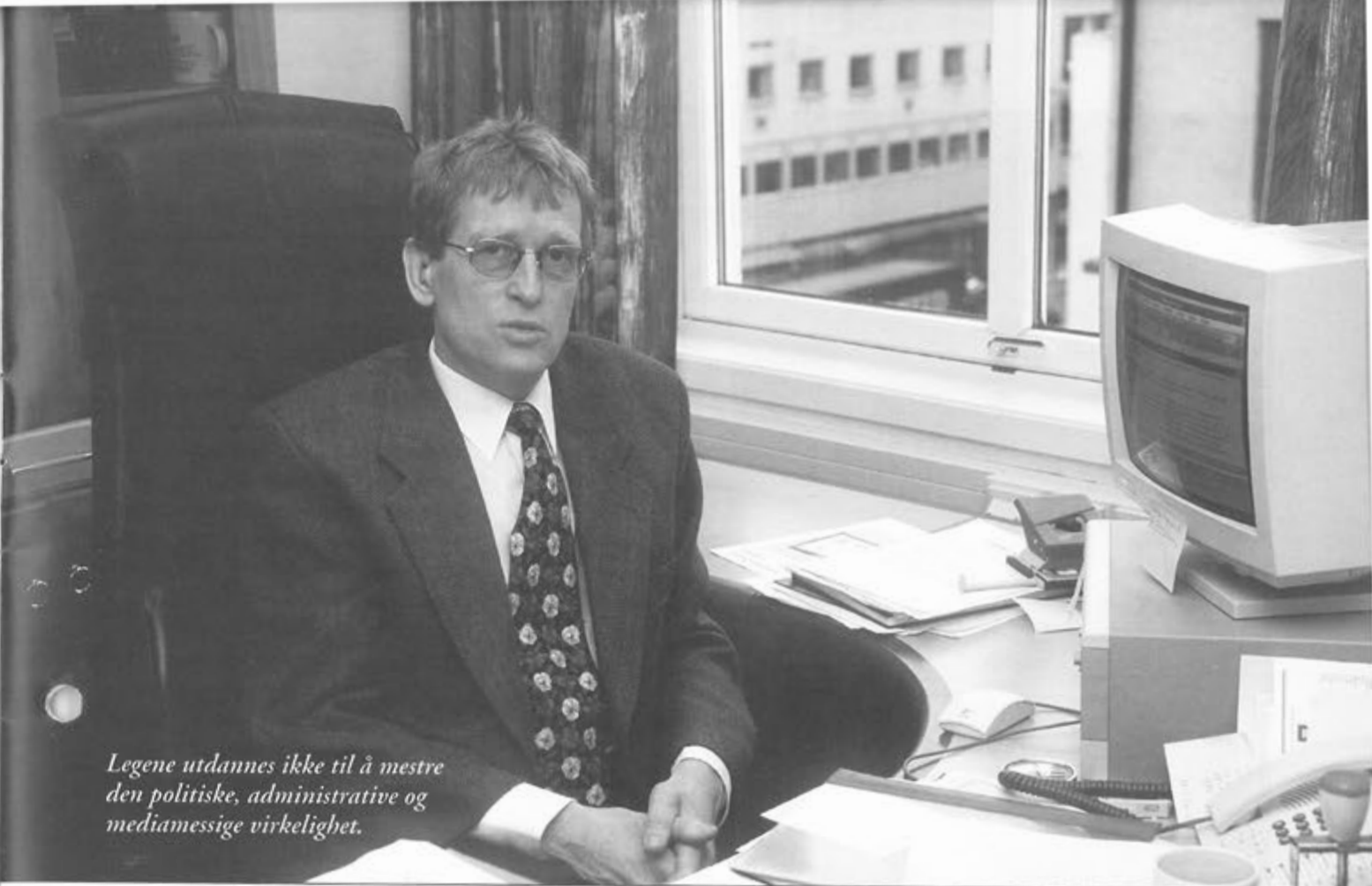
Yrkesforeninger til besvær?

Jeg mener å ha registrert et delvis nokså anstrengt forhold mellom tilsynsmyndighetene og yrkesforeningene, i første rekke legeforeningen. Hva kan årsakene til dette

være, hvordan mener du forholdet bør være og hvordan kommer vi dit?

Spørsmålet om relasjonen til yrkesforeningene er viktig, og de fleste har vi et levende og ukomplisert samarbeid med. De har en aksept får vår oppgave og den måten vi løser den på, også i forbindelse med administrative reaksjoner mot helsepersonell, som jeg regner med at du tenker på. Legeforeningen er kanskje unntaket, og her er ikke forholdet for tiden alltid like greit. Årsakene er nok flere. Dessverre ser vi tendenser til mytedannelse, hva angår noen av våre reaksjoner som Stortinget har pålagt oss å komme med, at noen mer ønsker å fokusere på hva de tror vi har sagt og gjort, enn hva som går frem av dokumentene. Kanskje skulle vi sammen skrive om hva vi er enige om, og hva vi eventuelt er uenige om?

Det kan også se ut som noen leger



Legene utdannes ikke til å mestre den politiske, administrative og mediamessige virkelighet.

har en rolleoppfatning som gjør det vanskeligere å akseptere faglig kritikk. Legene er oppdratt til å skulle ha kontroll og mestre egen og pasientens situasjon. Tegn på eventuell manglende mestring, kombinert med lange og harde arbeidsdager, kan oppleves truende og kan være vanskelig å forholde seg til. En overlege sa han heller ville ha tre måneders ubetinget fengsel, enn en irrettesetting fra Helsetilsynet.

Forholdet mellom Helestilsynet og yrkesorganisasjonene bør være åpent og tillitsfullt med aksept for hverandres roller og en god dialog. En viktig forutsetning for å oppnå dette er at vi utvikler en felles virkelighetsoppfatning. Vi må møtes, lytte og snakke med hverandre i ulike sammenhenger og på ulike arenaer.

Nært knyttet til forrige spørsmål er spørsmålet om hva som må til for at et tilsynsorgan skal bli oppfattet som kompetent og troverdig av de det fører tilsyn med?

Flere forhold er viktige her. Vi må være forutsigbare ved at det er en logisk sammenheng mellom premisene og de konklusjonene vi trekker.

Folk må ha følelse av at de er blitt tilstrekkelig hørt. En felles virkelighetsoppfatning er også viktig i denne sammenheng. De som blir tilsett må føle at vi har tilstrekkelig generell fagkompetanse i tillegg til tilsynskompetansen. For fylkeslegekontorene tror jeg dette er oppfylt for det primærmedisinske område, men ikke overfor spesialisthelsetjenesten. For å bote på dette har flere fylkeslegekontor de siste årene ansatt lege med bakgrunn fra sykehus. Kanskje bør fylkeslegekontorene ha en som har vært sykehuslege, eller sykepleier på sykehus, i sin stab?

Kvalitetssikrings- og tilsynspolitikken

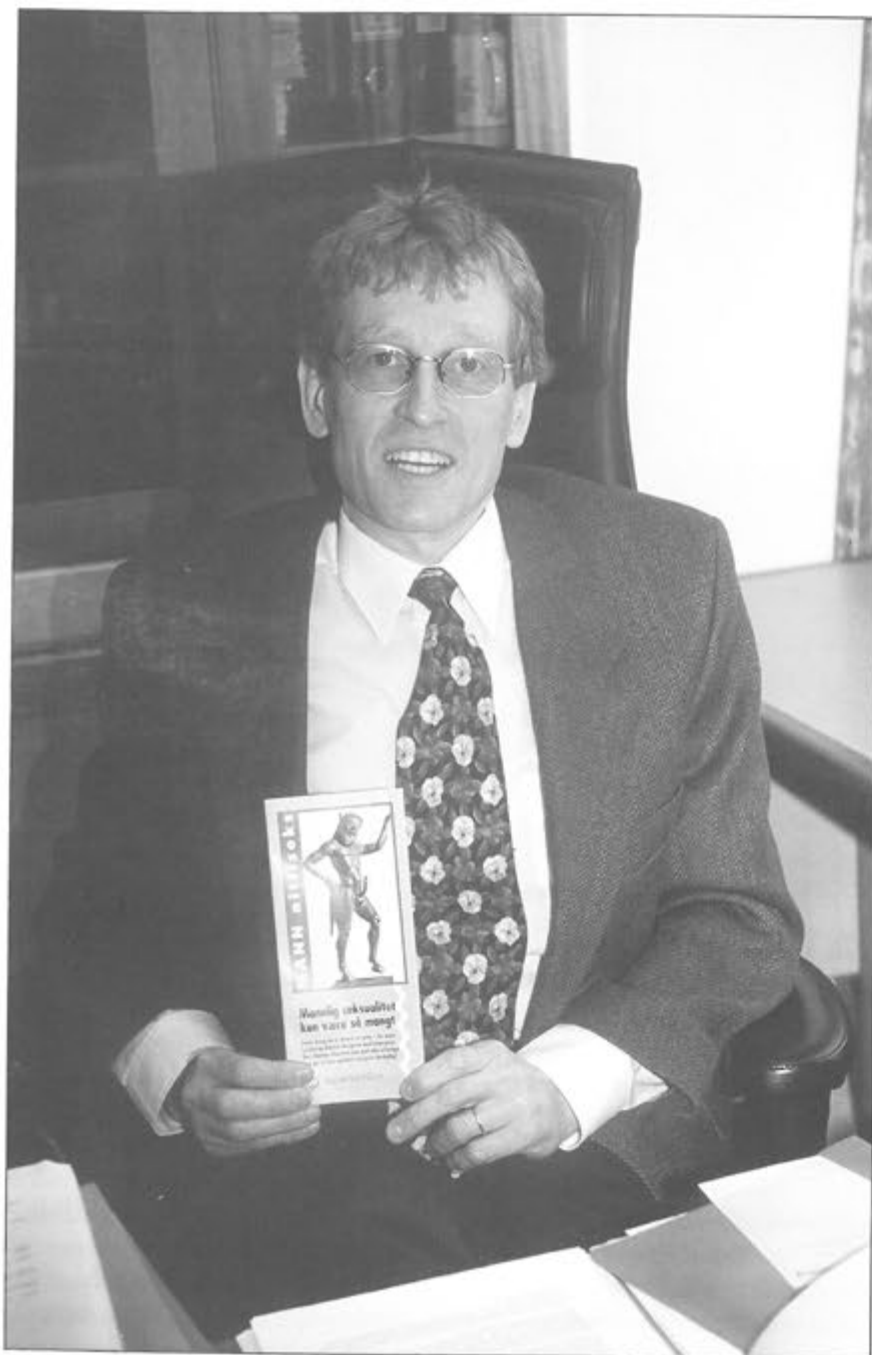
På hvilke måter kan Helsetilsynet og fylkeslegene best bidra til økt kvalitet i den samlede helsetjenesten?

Ved å realisere de fire satsingsområdene i den strategiske planen for Helsetilsynet og fylkeslegene; framskaffe faktagrunnlag om helsetjenesten, drive erfaringsoverføring, bidra til økt rettssikkerhet og kvalitetsutviklingsarbeid. For selve kvalitetsutviklingen i helsetjenesten mener jeg

forebyggende systemtilsyn er viktigere enn individrettet tilsyn med utgangspunkt i mulig svikt eller kritikkverdige atferd. Råd og veiledning er også sentrale virkemidler.

Systemrevisjoner av internkontrollsystemer blir en hovedmetode for tilsynsarbeidet framover. Andre tilsynsetater, som feks. arbeidstilsynet, har koblet dette til bruk av et sanksjonssystem med til dels sterke virkemidler som vi ikke rår over. Hvordan bør helsetilsynet bruke denne tilsynsmetoden?

Jeg ser det ikke som en svakhet at vi ikke har flere sanksjonsmidler. Fylkeslegene og Helsetilsynet har en tradisjon for dialogbasert kontakt med utøvende helsetjeneste, og den tradisjonen ønsker jeg å videreføre. Dersom vi fortsatt skal få aksept som et kompetent og troverdig tilsynsorgan, tror jeg vi vil oppnå mest ved å satse videre på denne linjen. Når det avdekkes grovere avvik fra gjeldende regelverk, tror jeg også vi har sterke virkemidler gjennom muligheten til å gi pålegg og muligheten for departementets eventuelle oppfølging med økonomiske virkemidler.



Lars Hanssen viser stolt frem en av Helsetilsynets siste trykksaker; «Mann 96».

Misforhold mellom legenes ansvar og rettigheter?

Legenes ansvar blir stadig understreket og påpekt av andre i ulike sammenhenger. Samtidig føler legene at rettighetene deres stadig svekkes slik at det ikke lenger er noe rimelig samsvar mellom ansvar og rettigheter. Hva mener du om dette?

Her tror jeg sosiologien er viktig for forståelsen. Samfunnsutviklingen som har funnet sted de siste 50 år

med demokratisering, likhetstanken og utviklingen av massemedia har på mange måter revet legen ned fra pdestallen og redusert legens formelle status. Det siste ble særlig tydeliggjort ved innføringen av kommunehelseloven og den statlige distriktslegens forsvinning. Problemet forsterkes ved at legene ikke utdannes for dagens samfunn når det gjelder kunnskap om og ferdigheter i å mestre den politiske, administrative og mediamessige virkelighet.

Det må være samsvar mellom plikter og rettigheter, men det mener jeg faktisk legene har gjennom legelovens bestemmelser. Legene bruker sjelden de rettigheter som loven gir dem til å kreve at arbeidsgiver tilrettelegger slik at legevirksomheten kan drives forsvarlig. Bruk rettighetene, og bruk fylkeslegen når arbeidsgiver ikke sørger for at virksomheten kan foregå forsvarlig. Siden 1994 har Helsetilsynets reaksjoner mot arbeidsgivere blitt firedoblet, mens alvorlige reaksjoner mot leger viser en lett nedgang.

Problemet er at legene ikke kjenner legeloven godt nok eller ikke er flinke nok til å bruke den i praksis. Jeg tenker på bestemmelsene som sier at legearbeidet skal være faglig forsvarlig, at arbeidet skal være organisert på en medisinsk forsvarlig måte og at legen er uavhengig overfor andre i medisinsk faglige spørsmål. På disse områdene mener jeg ikke det har skjedd noen vesentlig svekkelse av legens stilling. Studiet synes derimot ikke å gi den nyutdannede lege den nødvendige innsikt i lover og forskrifter, ei heller at de er der for å følges.

I tillegg til legeloven er særlig journal- og legemiddelforskriftene viktige. De fleste kritikkverdige forhold vi finner i vår klagesaksbehandling kan tilbakeføres til svikt på et av de fire områdene: mangelfull journalføring, uklare ansvarsforhold, dårlig kommunikasjon og mangelfull legemiddelhåndtering.

Forventningskrise og spesialisering

Helsevesenet lider under en etterspørsels- og forventningskrise med påtrengende prioriteringsproblemer, en økende og bekymringsfull medikalisering og økende rop om rettighetsfastsetting som ikke alltid kommer fra de som trenger det mest. Hvordan skal vi best forholde oss til dette? Hvilken rolle bør utøvende helsepersonell og tilsynsmyndigheter spille?

Jeg er enig i din virkelighetsbeskrivelse og mener helsevesenet i

vesentlig grad selv har bidratt til utviklingen av urealistiske forventninger. Det er nødvendig, men ikke lett å gi nøkterne og balanserte opplysninger når man er for engasjert selv. Jeg tror det er viktig å mane til realisme og nøkternhet og oppfordre helsepersonell til å delta mer aktivt i den alminnelige samfunnsdebatten og peke på de skjevheter som finnes. Her ligger en særlig utfordring for samfunnsmedisinerne.

Spesialisering har bragt medisinen store framskritt. I økende grad blir vi imidlertid også klar over at den har sine uheldige bivirkninger. Det har f.eks. vært tilsyns- og klagesaker der et uheldig utfall tilskriver fragmentering av ansvar og manglende faglige helhetsvurderinger. I USA vil man gjeninnføre den generelle spesialiteten i allmennmedisin. Her i landet har den bevisste satsingen på allmennmedisin vært en motstrategi, men innenfor allmennmedisinen ser vi nå økende tendens til «subspesialisering». Hvilke tanker har du omkring spesialiseringsproblematikken?

Utdanningen og spesialiseringsgraden må ta utgangspunkt i hvilke jobber helsepersonellet skal fylle. Skal vi f.eks. beholde småsykehus med akutfunksjoner, må de generelle spesialitetene innenfor indremedisin og kirurgi opprettholdes av hensyn til vaktberedskapen. Her er EØS-reglene et problem ved at vi nå får indremedisinere og kirurger fra EØS-land som bare har grenspesialitet, men ikke generell spesialistkompetanse.

Småsykehus og samhandling

Du nevnte selv småsykehusene. Hvilken framtid har de?

Når det gjelder småsykehusene, er det behov for en avklaring. I vurderingen av småsykehusene ligger flere vanskelige avveininger av kryssende hensyn. Det som er viktig er at det skapes en avklaring, og at en sørger for en småsykehusene får rammevilkår som gjør dem i stand til å løse de oppgaver som forventes. I praksis vil det i dag stort sett dreie seg om å

sørge for at de får nødvendige økonomiske ressurser samt leger og sykepleiere. Legene må også ha en utdanning tilpasset formålet. Kan-skje er det nesten nok spesialister i Norge i dag, men de ønsker av ulike grunner ikke å søke de ledige stillingene hvor det er bruk for dem?

Samhandlingen mellom 1. og 2.linjetjenesten blir hevdet å være et av de områder av helsetjenesten der potensialet for kvalitetsheving og bedre ressursutnytting er størst. Hva mener du om dette og hvordan får vi det til?

Det er et av de viktigste områdene med tanke på kvalitetsutvikling innenfor helsevesenet. Som nevnt skyldes en vesentlig del av de kritikkverdige forhold vi påviser uklare ansvarsforhold eller mangelfull kommunikasjon mellom ulike instanser og nivåer i helsevesenet. Dette er mye et spørsmål om psykologi og pedagogikk. De regionale helseutvalgene har bidratt til bedre kommunikasjon mellom sykehusene. Det er nå viktig at sykehusene tar ansvaret for en bedret kommunikasjon og samhandling med primærhelsetjenesten. En viktig forutsetning for å få dette til er et minimum av kontinuitet blant helsepersonellet. Jeg er klar over at dette er en forutsetning som mange steder ikke er oppfylt i dag, og vurderer dette som en kvalitetstrussel mot helsetjenestene.

Alternativ medisin

Alternativ medisin oppleves som problematisk for mange i helsevesenet. Samtidig har alternativ medisin stor oppslutning i befolkningen slik det også kom til uttrykk i Stortingets behandling av helsemeldinga i fjor sommer. Hvilke tanker gjør du deg over dette forholdet, og hva er en klok strategi for helsevesenet i denne saken?

Jeg liker ikke begrepet alternativ medisin. Kall det alternativ behandling. Folks behov for dette har flere årsaker, og flere ligger hos helsevesenet selv. Mangelen på tid kan være en av dem. Vi har heller ikke alltid vært flinke nok til å ivareta alle

menneskelige kvaliteter i vår kommunikasjon og omgang med pasienter. Vi ser at vi ikke har vært raske til å inkludere alternative behandlingsformer etter at de er vitenskapelig dokumentert. Jeg tenker da på kiropraktikk og akupunktur. Det er også grunn til å minne om at ikke ubetydelige deler av skolemedisinen drives uten et vitenskapsbasert grunnlag. Alt dette burde mane til en viss ydmykhet og forsiktighet i våre holdninger. Vi trenger mer kunnskapsbasert praksis.

Helsetilsynets utfordringer

Til slutt; hva mener du er de viktigste utfordringene helsetilsynet står overfor i dag og de nærmeste årene?

For det første å utvikle tilsynet til et formålstjenlig verktøy for kvalitetsutvikling i tråd med vår strategiske plan. For det andre å sikre rettssikkerheten både for pasient og helsepersonell bl.a. gjennom en bedre og raskere klagesaksbehandling og ved fastsetting av faglige normer. For det tredje en intern kvalitetsutvikling i Helsetilsynet og hos fylkeslegene som i vesentlig grad går ut på at vi blir bedre til å drive med det vi skal drive med, og lar det andre ligge. Det siste, og en forutsetning for alt det andre, er å ta godt vare på den engasjerte, dyktige og innsatsvillige gruppen av medarbeidere vi har i hele etaten. Som fagorgan tiltrekker vi oss mennesker med de aller beste forutsetninger for å gjøre en god jobb, og rekruttering av dyktige medarbeidere fra helsevesenet vil alltid være en prioritert oppgave. □

Prosjekt for videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Tekst: Kirsten Petersen



Kirsten Petersen, f. 1955, fra Mo i Rana. Sykepleierutdanning i 1977. Sykepleier ved Regionsykehuset i Tromsø, hjemmesykepleien i Tromsø, og Balsfjord sykehjem på Storsteinnes i Troms fra 1977–1982. Helsesøsterutdanning i Tromsø 1983. Arbeidet som helsesøster i Drøbak og Oslo/Grunerløkka frem til 1988 med avbrudd i forbindelse med svangerskap/fødsel av 3 barn. Etter det ulike administrative stillinger i Oslo kommune, bydels- og sentraladministrasjonen. Videreutdanning i helse- og sosialpolitikk/offentlig forvaltning ved Norges kommunal og sosialhøgskole i 1995. Nå engasjert som prosjektleder i Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn har iverksatt et prosjekt for videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Gjennom dette prosjektet skal det bl.a. utarbeides allment aksepterte faglige normer for målrettet helseundersøkelse og nytt screeningsprogram. Det skal også utarbeides veiledningsmateriell i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og nytt helsekort.

Bakgrunn for prosjektet

Statens helsetilsyn har de siste årene registrert en økende usikkerhet om helsestasjonens- og skolehelsetjenestens framtid. Det har bl.a. gjennom pressen kommet en rekke påstander om at tjenesten *ikke* fungerer tilfredsstillende og *ikke* er i takt med tiden.

En grundig evaluering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten er ikke gjennomført i Norge. Vi mangler derfor dokumentasjon som kan underbygge de kritiske påstander som er fremkommet, men vi tar signalene alvorlig, og anser det som viktig å foreta en gjennomgang av tjenesten.

Helsestasjonen har en tilnærmet 100% oppslutning blant småbarnsforeldre, (1). Denne unike situasjonen for kontakt med store deler av befolkningen fremheves ofte, både fra sentrale myndigheter, andre sektorer i kommunen og ulike fagmiljø. Det gis innspill og signaler om at helsestasjons- og skolehelsetjenesten må engasjeres i forhold til en rekke områder der det ønskes innsats. Vi ser at omfang og innhold i tjenestene varierer mellom kommunene bl.a. ut fra helsepersonells interesser, kunnskap og innlært ny metodikk.

Statlige signaler – en ny tid med behov for omstilling.

Stortinget vedtok 19. mai 1994 ved behandlingen av St.meld. nr. 37, Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, (2), fire innsatsområder for helsefremmende og forebyggende arbeid fram mot år 2002: psykososiale problemer, belastningslidelser, ulykker – skader og astma/allergi/inneklimesykdommer. I tillegg er ernæring og tobakkskadeforebygging to nasjonale innsatsområder, jfr. St.prp. nr. 1 (1994/95), (3). I St.meld. 37 drøftes behovet for en ny «oppskrift» på hvordan arbeidet bør gjøres. Samarbeid på tvers av sektorgrenser og faggrupper og behov for utvidelse av den tradisjonelle arena for helsefremmende og forebyggende arbeid påpekes.

Gjennom Samlet Plan for utviklingsprosjekter innen sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid (4), ble det også iverksatt en rekke prosjekt i tilknytning til helsestasjon og skolehelsetjeneste. En rekke av disse prosjektene hadde utradisjonelle innfallsvinkler og ga nyttige erfaringer som bør videreformidles til andre kommuner.

Gjennom Stortingets behandling av statsbudsjettet for 1995 ble det bevilget 10 mill. kroner for



styrking av det tverrsektorielle samarbeidet i kommunene for å fremme barns helse. Helsestasjonene ble tiltenkt en sentral rolle i dette. Midlene skal gå til å bygge opp kommunenes kunnskap om ulike modeller for helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge. Det er særlig lagt vekt på å formidle erfaringer fra gode Samlet Plan prosjekter m.v. Med bakgrunn i dette etablerte Sosial- og helsedepartementet «Aksjonsprogrammet Barn og Helse», 1995-99, (5). Aksjonsprogrammet tar utgangspunkt i de 6 nasjonale mål som nevnt ovenfor.

Kommunal organisering og personell
Tradisjonelt har kommunene organisert helsestasjons- og skolehelsetjenesten innenfor en egen helseavdeling/etat. Med bakgrunn i ny kommunelov og en rekke andre forhold ser vi nå at mange kommuner velger ulike former for organisering. Helsestasjon og skolehelsetjenesten kan f.eks. legges inn i en oppvekstetat, barne- og ungdomsavdeling eller lignende. Dette har skapt store diskusjoner og mye usikkerhet i forhold til «opplevd» manglende forankring i den tradisjonelle helsetjenesten,

uklare faglige ansvarslinjer, usikkerhet i forhold til taushetsbelagte opplysninger osv.

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten bygger bl.a. på en tradisjon om behov for helsegeneralister med bred kompetanse innenfor de medisinske fagområder og med spesialkompetanse innen forebyggende arbeid og helseopplysning. Vi ser i dag at enkelte kommuner begynner å bevege seg bort fra dette. Gradvis ser vi at andre faggrupper beveger seg inn i tjenesten, som f.eks. sosionomer, psykologer, familieterapeuter, ergoterapeuter, barnevernspedagoger, førskolelærere osv. Samtidig opplever flere kommuner vanskeligheter med å rekruttere allmennpraktiserende leger til denne del av kommunehelsetjenesten (6).

Legenes rolle i tjenesten.

De systematiske screeningsundersøkelsene og vaksinasjonsprogrammet opptar mye av helsepersonellens tid og ressurser. Samtidig reises det til stadighet tvil om screeningsundersøkelsenes verdi, med spørsmål om dokumentasjon av effekt. Legenes videre engasjement og entusiasme for forebyggende helsearbeid kan synes avtagende. Forsøket med fastlegeordning har satt dette på dagsorden igjen. Helsesøstre innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten i forsøkskommunene har gitt uttrykk for bekymring for legers videre engasjement i denne del av tjenesten. Om denne bekymringen kan grunnis og dokumenteres gjennstår å se – ordningen er nå under evaluering.

Norsk barnelegeforening og Statens institutt for folkehelse har i 1995 utarbeidet en rapport «Ny giv, forebyggende og helsefremmende arbeid for barn», (7). Her påpekes bl.a. behovet for å styrke dette arbeidet, det savnes et større engasjement fra allmennpraktiserende leger og barneleger, og det er behov for bedre akademisk tilhørighet for fagområdet. Det fremholdes at både forskning og undervisning bør styrkes.

Oppsummering

Statens helsetilsyn ser at det er nødvendig å drøfte og avklare helsestasjons- og skolehelsetjenestens innhold og fremtid. Er tilbudet i takt med tiden og hva ønsker vi at det skal fokuseres på?

For å nærme oss denne problemstillingen bør vi ta utgangspunkt i:

- barn, unge og familiers behov for helsetjenester
- hvilke tilbud finnes i kommunene, som det kan satses på for å dekke disse behovene
- hvilken plass har helsestasjonene og skolehelsetjenesten innenfor totaltilbudet av kommunale tjenester.

Statens helsetilsyn ser det som viktig å vurdere alle disse forhold i forbindelse med det igangsatte prosjektarbeidet.

Prosjektet vil i hovedsak være fokusert på det *helsefaglige tilbudet som Statens helsetilsyn anbefaler at barn fra 0 – 18 år og deres foreldre/foresatte skal få fra kommunehelsetjenesten*. Øvrige «problemområder» som her er nevnt, vil kun i avgrenset grad bli berørt i det nye veiledningsmateriellet. Disse tema vil i større grad omtales i forbindelse med «kartlegging og beskrivelse av tjenesten» som skal utarbeides i løpet av 1996, og prosjektets sluttrapport.

Målsetting for prosjektet

- * I løpet av 1996 skal helsestasjons- og skolehelsetjenesten kartlegges og beskrives.
- * Det skal utarbeides veiledningsmaterieill med allment aksepterte faglige normer innenfor:
 - medisinsk screening av barn og unge 0 – 18 år
 - helsefremmende og forebyggende arbeid, rådgivning og bistand til barn, unge og foreldre innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- * Det skal utarbeides kravspesifikasjon til helsekort og nytt papirbasert helsekort. I den for-

bindelse skal bruk av egenjournal vurderes.

Prosjektorganisering

Prosjektet er forankret i Statens helsetilsyn, med styringsgruppe, prosjektleder, intern referansegruppe og 3 arbeidsgrupper. Prosjektet er igangsatt i 1996 med planlagt varighet til medio 1997.

Arbeidsgruppe 1

Første arbeidsgruppe er allerede oppnevnt av Helsetilsynet og startet sitt arbeid 18. og 19. mars 1996 i Trondheim. Arbeidsgruppen har bl.a. fått i oppdrag å gjennomgå de medisinske screeningsundersøkelser av barn fra 0 – 18 år.

Arbeidsgruppens medlemmer er: Frode Heian, allmenpraktiker
Anders Grimsmo, allmenpraktiker
Oddlaug Moen Krag, helsesøster/høgskolelærer
Astrid E. Løken, helsesøster/helseleder
Harald Hauge, barnelege/helsesjef
Jon Steen-Johnsen, barnelege
Tine Luberth, fysioterapeut.

Arbeidsgruppen vil i løpet av 1996 ta kontakt med relevante fagmiljø i forbindelse med gjennomgang av den målrettede helseundersøkelse og screeningsprogrammet. Innen årsskiftet skal arbeidsgruppen ha ferdig utarbeidet en rapport til Statens helsetilsyn. De anbefalinger gruppen kommer med vil legge grunnlaget for nytt veiledningsmaterieil som skal foreligge i løpet av våren 1997.

Arbeidsgruppe 2.

Arbeidsgruppen skal dekke det vide spekteret av helsefremmende og forebyggende arbeid som ivaretas gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten, med unntak av de medisinske faglige undersøkelser og vaksiner. Arbeidsgruppen skal bl.a. ta utgangspunkt i den kartleggingsundersøkelse og beskrivelse av tjenesten som skal gjennomføres i 1996. De skal også vurdere tjenestens bidrag innenfor de 6 innsatsområdene ulykkesforebyg-

ging, psykososiale forhold, ernæring, belastningslidelser, astma/allergi/inneklimalasykdommer og tobakkskadeforebygging. I tillegg skal arbeidsgruppen ta for seg andre tema som det til dels brukes mye tid på innenfor tjenesten, men som i liten grad er beskrevet. Med utgangspunkt i dette skal gruppen drøfte og komme med anbefalinger i forhold til prioritering og avgrensning av arbeidsoppgaver ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Arbeidsgruppen starter sitt arbeid høsten 1996 og vil bli sammensatt av helsesøstre, allmenpraktikere, høgskolelærer fra helsesøsterutdanningen og psykolog. Representanter oppnevnes sommeren 1996.

Arbeidsgruppe 3.

Denne arbeidsgruppen får i oppdrag å revidere det eksisterende helsekortet. Den skal bl.a. ta utgangspunkt i de innspill som kommer fra arbeidsgruppe 1 og 2 og en rekke henvendelser som Helsetilsynet har mottatt vedrørende helsekortet. Vi ser i dag at flere kommuner har tatt i bruk ulike edb-baserte programvarer på helsestasjonene og i skolehelsetjenesten. For å sikre lik praksis i Norge ved føring av helsekort, bes arbeidsgruppen om å utarbeide kravspesifikasjon til helsekort med bakgrunn i vedtatte journalforskrifter. I tillegg skal gruppen vurdere bruk av egenjournal innenfor denne tjenesten. Arbeidsgruppen starter sitt arbeid høsten 1996 og vil bli sammensatt av helsesøstre, lege, høgskolelærer fra helsesøsterutdanningen og jurist. Representanter oppnevnes sommeren 1996.

Økonomi og fremdriftsplan

Prosjektet er beregnet å ha en varighet på 1 år med avslutning sommeren 1997. Det er i 1996 avsatt kr. 800.000 til prosjektet, kr. 0,5 mill gjennom øremerkede midler fra Sosial- og helsedepartementet og øvrige midler gjennom Helsetilsynets driftsbudsjett. Mid-

lene vil i 1996 gå til kartlegging og beskrivelse av tjenesten og drift av de ulike prosjektmedarbeidere og arbeidsgrupper. I 1997 vil det påløpe relativt store kostnader til videreføring av arbeidet og ferdigstilling av de ulike produkter.

Fremdriftsplanen er lagt relativt ambisiøst opp med stramme tidsrammer. Dette krever stor innsats i prosjektperioden og kan nødvendiggjøre avgrensninger underveis i arbeidet.

Statens helsetilsyn håper at dette arbeidet kan bidra til at brukerne får et enhetlig og faglig godt tilbud innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og at veiledningsmaterieilet gir kommunene gode innspill i forhold til prioritering av de ulike innsatsområder innenfor det helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn, unge og deres foresatte.

Synspunkter og ideer i forhold til prosjektet tas gjerne imot av prosjektleder Kirsten Petersen, telefon 22 24 90 73. Fullstendig beskrivelse av prosjektet «Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten»(8), kan fås ved henvendelse til prosjektlederen.

Kirsten Petersen
prosjektleder, Statens helsetilsyn

Referanser:

1. SSB, årsstatistikk, kommunchelse-tjeneten 1992
2. St.meld.nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.
3. St.prp.nr.1 (1994/95), Sosial- og helsedepartementet.
4. Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid (1989-94), Helsedirektoratet.
5. Aksjonsprogrammet Barn og Helse, rundskriv I-25/95, Sosial- og helsedepartementet
6. Tilsynsmeldingen 1992, I-94, Statens helsetilsyn.
7. «Ny giv», Forebyggende og helsefremmende arbeid for barn. 1995, Norsk barnelegeforening og Statens institutt for folkehelse
8. Prosjektbeskrivelse, «Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten», Statens helsetilsyn.



Helsesøstrene i Moss svarer Olav Thorsen

Vi leser Olav Thorsens artikkel i Utposten 1995:24(5) og er forundret over denne interessen for å forandre helsestasjonsvirksomheten på et tidspunkt hvor helsestasjonen er i gunstig og tidsmessig utvikling, og brukerne er fornøyd.

Helsestasjonen har vært på søken etter sin form siden den ble overført til det offentlige, og den har forandret seg i takt med tidens behov og brukernes ønsker.

Det er viktig for en virksomhet at den diskuteres og vurderes, men det virker utidig med diskusjon om omlegging i dag. Vi mener helsestasjonen har mestret den store utfordring å følge med tiden og møte brukerne i et samfunn med ulike familiestrukturer, manglende nettverk og behov for god tilgjengelighet.

Hanna Bilds landsdekkende brukerundersøkelse konkluderer med at de aller fleste brukerne er fornøyd med dagens tilbud.

Helsestasjonsvirksomheten utgjøres av et tverrfaglig team, og dette sikrer at nye krav og ulike ideer kommer frem, og hindrer at virksomheten «stivner».

Olav Thorsen trekker frem at helsestasjonslegens arbeidsdag ofte er preget av «dødtid» mellom hvert barn fordi legen venter på at helse søster skal bli ferdig med sin undersøkelse. Dette er riktig i en del tilfeller, men dette avgjøres av legens interesse for å tenke og arbeide forebyggende. På en helsestasjon som fungerer vanlig godt, vil det dessuten alltid være møter hvor denne «dødtiden» kan utnyttes.

Det er nødvendig å komme over i forebyggende tenking, og dette kan være vanskelige i en

hverdag med kurativ virksomhet. Vi har i Norge vært opptatt av å lete etter symptomer og problemer, og må nå heller se muligheter og ressurser for å fremme helse, dvs. mer forebyggende tenking.

Olav Thorsen sier videre at de færreste leger deltar i grupperettet virksomhet. På dagens helsestasjon og i skolehelsetjenesten er det stadig vanligere at legen deltar i grupperettet virksomhet, og vi frykter nettopp at legens deltakelse skal minske hvis allmennlegen overtar helsekontrollene.

Vi setter også spørsmål ved hvordan allmennlegen har tenkt å ivareta innvandrer- og flyktningeproblematikken i legens travle hverdag. Helsestasjonsvirksomheten er i dag helhetlig og helsesøster vil vanskelig kunne drive godt nettverksarbeid og gruppevirksomhet uten dagens helhetlige virksomhet.

Olav Thorsen peker også på at helsestasjonslegen ofte er en annen enn familiens faste lege, og at helsestasjonslegen ofte ikke har tilgang til epikriser og oversikt over barnets tidligere sykdommer. Dette er viktige tanker. Ved våre helsestasjoner får vi epikriser fra sykehusinnleggelser og som oftest fra byens spesialister. Dette samarbeidet er viktig, og bør være en selvfølge. Ved hvert helsestasjonsbesøk spørres også foreldrene om barnet har vært syk siden sist, og vi kan da ettersylse epikriser i de tilfeller vi finner det nødvendig, og derfor oppleves ikke dette som noe problem hos oss.

Derimot ser vi at barna ofte blir syke utenom familielegens kontortid, og ender opp på legevakten. Dette utgjør et problem både for allmennlegen og helsestasjonen. Vi oppfordrer foreldrene til så langt som mulig å bruke samme

lege. Vår erfaring viser at familielegens tilgjengelighet er dårlig, og at foreldre kontakter helsestasjonen for hjelp fordi de ikke får kontakt med egen lege ved sykdom.

Vedrørende dårlig kontinuitet, er vi enige om at dette kan være et problem, men ikke mer ved helsestasjonen enn hos allmennpraktikeren. Det er mye flytting blant barnefamilier. Helsestasjonen sender helsekort til familiens nye hjemsted ved flytting, og tar personlig kontakt ved behov. Sender familielegen helseopplysninger ved flytting?

Det foreslås at foreldrene oppbevarer barnets helsekort etter mønster fra Danmark og delvis Frankrike. Dette tror vi er dårlig kvalitetssikring, da det er risiko for at papirer rotes bort etter en tid. Dette er vår erfaring når det gjelder vaksinasjonskort som ofte må skrives ut på nytt.

Helsesøster som har arbeidserfaring både fra Danmark og Norge advarer om å «skjele» til den danske varianten fordi helsestasjonen fungerer langt bedre i Norge. Vaksinasjonsdekningen er også dårligere i Danmark.

Vi bekymrer oss videre for det tverrfaglige samarbeid, og i særlig grad vedrørende funksjonshemmede barn og deres familier, som i dag blir stadig bedre ivaretatt på helsestasjonen. De såkalte «svakere grupper» krever mye samarbeid og støtte. Dette er tidkrevende arbeid som ikke må svekkes, men styrkes ytterligere.

Ved en omlegging etter mønster av forslaget til Olav Thorsen, hvor allmennlegen får ansvaret for helsekontrollene og det forebyggende helsearbeidet for sin pasient-

Forts. side 112

Helsestasjonenes være eller ikke være

Tekst: Kirsten Mostad Pedersen, Jens Brovold og Jørn Klepper



Kirsten Mostad Pedersen har arbeidet som helsesøster siden 1979. Hun har jobbet ved helsestasjon, grunnskole og en tid også i videregående skole. Har hatt et års engasjement med tilretteleggelse av kommunal helse-tjeneste for flyktninger. Startet Helsestasjon for ungdom i Fredrikstad i 1991, som prosjekt under Samlet Plan. Har vært ansatt som ledende helsesøster i kommunedelen siden august 1994.

Lege Jens Brovold er spesialist i allmennmedisin og har allmennpraksis. Han har tidligere vært skolelege i kommunen, ved siden av å være helsestasjonslege. Nå er han helsestasjonslege en dag i uka.

Lege Jørn Klepper, helsestasjonslege i snart 20 år. Han har tidligere også hatt svangerskapskontroll ved helsestasjonen. Han er spesialist i allmennmedisin, har allmennpraksis og arbeider også som bedriftslege. Han har forfattet litteratur om arbeidsmiljø.

Det er en debatt i gang om forebyggende helsearbeid. Da med helsestasjon/skolelegeordningen i sentrum for diskusjonen. Legetidsskriftet *Utposten* har hatt flere artikler om dette den siste tiden, og flere synspunkter har kommet fram.

Helsestasjonen har som institusjon en lang tradisjon i Norge. Norske kvinners sanitetsforening

åpnet den første kontrollstasjon for spebarn i Oslo i 1914. Det tok tid før de frivillige organisasjonene kunne trekke seg tilbake og det offentlige overtok helsestasjonsvirksomheten. Siden har denne institusjonen fått en dyp forankring i den norske befolkning. Dette viser seg gjennom en frammøteprosent på nærmere 100. At brukerne gir noe diffuse svar på hva som er hel-

sestasjonens oppgaver, kan skyldes så mangt. Noe av skylden får vi ta som helsesøstre, som ikke er flinke nok til å synliggjøre oss og våre arbeidsområder. Noe kan skyldes at helsestasjonen ikke er det samme for fru Jensen og fru Olsen fordi de har forskjellige behov, og dermed har et forskjellig utgangspunkt for kontakt med helsestasjonen.

Helsestasjonens pre i forhold til forebygging, er den kontinuitet og brede kontaktflate som er bygget opp gjennom årtier. Det er også det teamarbeidet som ligger i bunn, med lege og helsesøster som grunnbemanning, og etterhvert også jordmor og fysioterapeut.

Når nå deler av legestanden ønsker forandringer i strukturen, er spørsmålene mange. Det er lett å rive ned. Men hvor lett er det å bygge opp, og hvor blir det av tverrfagligheten i det forebyggende arbeidet? Helsesøster må ved siden av sine konsultasjoner i helsestasjon og skole, også sette av tid til møter med PPT, barnevern og andre samarbeidsinstanser. Av erfaring vet vi at helsestasjonslegen sjelden kan sette av tid til dette. Helsesøster blir her bindeleddet mellom legen og andre samarbeidspartnere når det er nødvendig.

Befolkningens forventninger til faggruppene er stadfestet. Allmenpraktikeren skal behandle sykdom. Dette er den forventningen foreldre har når de oppsøker legekontoret. Vi vet at allmenpraktikeren er vanskelig tilgjengelig, ofte med lang ventetid før man får en time. Hvordan vil da tiden strekke til i forhold til det forebyggende arbeidet? Det er fra sentralt hold lagt en mal på antall kontroller og hvordan disse skal utføres. Hva med de

som ikke møter på 1. innkalling? Er der tid til gjeninnkalling, evt. hjemmebesøk for å purre på disse familiene? Erfaringsmessig vet vi at dette ofte er de familiene som trenger mest råd og veiledning, evt. henvisning til annen instans. Hva med samarbeidet? Ut fra det tidspresset vi vet at allmennlegen allerede har, kan samarbeidet med helsesøster bli mer tilfeldig.

De fleste barnefamilier i vår kommune har ingen fast lege. Vi oppfatter at mye av foreldres legekontakt med syke barn, er gjennom legevakten. Dette er noe helsestasjonen jobber aktivt med. Gjennom bred kjennskap til befolkning, lokalisering av de enkelte leger og en viss oversikt over hvem som kan ha ledig kapasitet, forsøker vi å oppmuntre alle foreldre til å ha en stabil legekontakt.

Helsestasjonslegen oppgaver er av forebyggende art. Dette er en form for spesialitet. Det er i hovedsak funksjonsfriske barn som ses av helsestasjonslegen. Allikevel bør en ha god kjennskap til normalutvikling for å gjenkjenne avvik. Her teller kvantiteten i forhold til kvaliteten. Der er også en glidende overgang mellom legens og helsesøsters oppgaver. Et nært samarbeid med kontinuerlig kommunikasjon, avklarer hvilke oppgaver som ivaretas av hvem.

Helsestasjonslegen benyttes utover de fastlagte kontrollene. Helsesøster har oftere kontakt, og støter stadig på problemer som bør vurderes nærmere av lege. Legens tilstedeværelse på helsestasjonen er en nødvendighet for å få dette til i praksis.

De nasjonale satsingsområdene framover er foreldreveiledning, gode kostvaner, ulykkesforebygging, forebygging av belastningslidelser, røyking, allergi og psykososiale problemer. Dette er områder som helsestasjon og skolehelsetjeneste allerede arbeider med. Deres legene ønsker å gjøre dette ut fra sine allmenpraksiser, så ære være dem for det. Da vet de også

hvor tidkrevende dette er og avsetter tid til dette.

Helsevern for barn og unge er et område i utvikling. Det er ønskelig å få helsestasjon/skolelege mer inn på banen. Helsesøster vil ha legen som samarbeidspartner. Økonomisk har vi ikke kommet så langt opp på den kommunale prioriteringslista. Dette har ført til presset tid for legen, slik at tiden ikke har strukket til annet enn å telle øyne og ører. Det er selvfølgelig veldig lite spennende og har sikkert skapt frustrasjon. Fra sentralt hold kommer det stadig pålegg om nye satsingsområder.

Når det gjelder all helsetjeneste, har den statlige politikken de siste årene vært å legge mer ned på kommunenivå. Det meste skal løses så nær brukeren som mulig, og det skal koste stadig mindre. Helsestasjonen har merket denne utviklingen, oppgavene øker og ressursene minsker. HVPU-reformen presset kommuneøkonomien ytterligere. Behandlingsmuligheter/indikasjoner blir stadig fler, dette gjelder både forebygging og symptombehandling. Primærhelsetjenesten styrkes ikke i samme takt. Polikliniske kontroller nedbygges, reduksjon av sengeplasser ved sykehusene, dårlig eller ingen lokalsykehusfunksjon, reduksjon i det psykiatriske tilbudet – alt dette medvirker til at allmennlegen får en presset og travel hverdag. At det offentlige systemet ikke er godt nok, viser det økende omfanget av «private helsetjenester». Forebyggende arbeid for spe- og småbarn vil bli en nedprioritert «salderingspost» hos allmennlegen. Vaksiner vil nok bli satt, men hva med omsorgen for foreldre og barn?

Vi bør arbeide med å få et vel etablert system til å fungere bedre. På sikt er dette den billigste løsningen. Kost, søvn, grensesetting – det er fortsatt behov for råd og veiledning til foreldre. Faktisk i så stor grad at man fra sentralt hold har foreldreveiledning som eget prioritert område. Er det riktig å

sprengte institusjonen fordi personene i den ikke fungerer etter intensjonen?

Med lang erfaring fra helsestasjonsarbeid, stabil arbeidsstokk og godt samarbeid, ønsker vi ved helsestasjonene i kommunedel Sentrum i Fredrikstad å gå videre med helsestasjonsarbeidet som vi kjenner det i dag. Vi opplever en stadig utvikling av våre tjenester og tror på arbeidsformen.

*Kirsten Mostad Pedersen
Kommunedel Sentrum
Fredrikstad*



Hva var det Hernes ikke sa noe om?

Noe fleipete sies det om politikeres ordgyteri at om 100 ord er all ting glemt. Maktutredersens far, Gudmund Hernes, gjorde et maktagrep da han fredet seg selv i 100 dager for å «sette seg inn i saken». Det er utrolig at han klarte å holde et samlet pressekorps på avstand så lenge. Amerikanske presidenter har jo noe lignende, men det har ikke oppstått ved presidentens initiativ – heller som et fredssignal fra pressens side. Uansett: man kunne unne både befolkningen og statsråder 100 dagers tenketid for å sette seg bedre inn i saker. Forutsetningen måtte vel være at de ikke tok tenketiden samtidig.

Det var ingen aprilspøk da Hernes endelig lot ordene strømme. Forventningene var store og ordene mange. Mye viktig (men akk så velkjent!) ble sagt og kommentert. Det var tiden for å gripe de synlige sakene, de mediefokuserte sakene fikk ennå mer fokus. Det var nok en gang sykevesenet og de enkelte pasientskjebner som fikk oppmerksomhet. Jeg skal ikke undervurdere dette. Tvertimot – det er flott at også Hernes støtter mye av det arbeidet som det har

Er altting glemt om 100 ord?

vært kjempet og arbeidet med fra mange hold i mange år.

En av avisoverskriftene som slo meg hadde en tittel som lød omtrent slik: «Helseskipet skal snus!». Det kunne gi forventninger i retning av at det virkelig var dramatiske forandringer på gang, ja nærmest en nært forestående helomvending av helsetjenesten i retning fra syketjeneste til helsetjeneste – et paradigmeskifte. Det ble med overskriften. Hernes har omtrent ikke sagt ett ord (relativt sett!) om helsefremmende og forebyggende arbeid – utover at egenomsorgen og fruktspisingen må øke. En storstilt satsning av å gjøre dette helsefremmende og forebyggende arbeid til en høyprioritert oppgave har vi ikke sett tegn til. Man kan jo ha forventninger i den retning etter de mange offentlige ord og utredninger om saken, bl.a. Stortingsmelding nr. 37 «Utfordringer i det helsefremmende og forebyggende arbeid» (1992–1993). Her legges det opp til en storstilt satsning, hvor viktige og fagre ord som tverrsektoriell innsats, flerfaglig samarbeid, miljørettet virksomhet, befolkningens medvirkning m.v. skal settes i høysetet. Selv om mange sektorer er sentrale i et slikt arbeid, er helsetjenesten (=nåværende syketjeneste) tiltenkt en viktig rolle. Hva betyr en slik stortingsmelding for politikere? Hvis

ikke ord snart blir fulgt opp av konkret handling og prioritering, er ordene mer destruktive enn skapende.

Makt er bl.a. definert som evnen til å få folk til å gjøre ting de (sannsynligvis) ellers ikke ville ha gjort (Tian Sørhaug i sin ferske bok «Om ledelse»). Helsefremmende og forebyggende arbeid er aldri kommet skikkelig på banen som høyprioritert oppgave i helsetjenesten – til tross for mange fine fraspark og prisverdige prosjekt. Det er mange grunner til dette, men myndighetenes satsning på området må få et helt annet preg og styrke skal dette skipet snus. Skip snus ikke bare ved ord! Fra Hernes har jeg tro og forventning om at såvel ord som handling også skal ramme (velsigne? – obs. tidligere kirkeminister!) dette feltet. Kan man håpe på mer tenkning, analyse og viktige ord og handling? Kan man håpe at han vil grave dypere etter hvert? Vil han bruke sin makt til dette? Tian Sørhaug sier videre i sin bok at «tillit skaper betingelser for og mobiliserer til handling og samhandling». Kan man håpe på at Gudmund Hernes vil finne en gunstig balanse mellom makt og tillit for å styrke og gi helsefremmende og forebyggende arbeid høyprioritet? Gjør han det, vil neppe hans ord heller bli glemt.

Helge Worren

populasjon av barn og unge, vil helsesøsters arbeid bli vesentlig forandret. Selv om vi hele tiden har samfunnets og familiens behov i fokus, og dette er grunnlaget for vår bekymring for omlegging, ser vi også at vårt arbeid vil bli vanskeliggjort. Vi mener det er lite trolig at helsesøster kan arbeide konstruktivt i en slik modell.

At helsestasjonslegen og helse-

stasjonen i dag skal ha en mindre betydningsfull rolle enn tidligere, er etter vår mening å sette virkelighet på hodet. Dagens helsestasjon fungerer godt og er et nødvendig tilbud.

- * Legen er en uunnværlig del av helsestasjonsteamet
- * Befolkningen er totalt avhengig av legen ved sykdom
- * Legen er i en unik maktposisjon

- * En slik makt gir et stort ansvar for ikke å bruke makten som virkemiddel.

La oss fortsette å diskutere til vi er sikre på at forandring er riktig.

*Helsesøstre i Moss
Byfogd Sandbergsgt. 5
1532 Moss*



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

OM PROSEDYREPERMER OG DNLFS WEB-SERVER

Dette er en respons på John L.'s innlegg «Prosedyrepermer – igjen» i denne spalten i Utposten nr. 1 1996. Et lite sukk: Innlegget er datert 31.10.95, og når dette leses er det medio mai måned. Når en skal prøve å holde tritt med tempoet i det som nå skjer med presentasjon formidling av kunnskap, spesielt via fenomenet Internet, er det åpenbart umulig å holde en oppdatert dialog gående i et blad som Utposten.

Først og fremst: Undertegnede tror at arbeidet med prosedyrebøkene rundt om i landet er noe av det viktigste som skjer i forhold til kvalitetssikring. Samarbeidet om prosedyrene åpner for kritisk revisjon av dagens arbeids- og samarbeidsrutiner.

Vi er ikke enig i at «Tilveksten av nye Prosedyrebøker har gått ganske tregt». Faktisk er det de siste 2-3 åra lagt ned et stort arbeide rundt om i landet, og vi har sett papirutgaver av prosedyrebøker for primærhelsetjenesta fra Telemark, Møre og Romsdal, Rogaland, Akershus, Sør-Trøndelag og Vestfold. I 7-8 andre fylker er arbeidet med Prosedyrebøkene kommet så langt at vi trolig vil få se flere nye utgaver dette året. Mange av Dnlf's spesialforeninger arbeider med prosedyrerbøker for sin egne spesialistmedlemmer. Dette er en styrke å ha i ryggen for de spesialistene som rundt om i landet deltar i arbeidet med prosedyrer for kontaktflata mellom 1. og 2. linje-

tjenesta. Tilsvarende arbeide er i gang ved flere sykehusavdelinger når det gjelder interne rutiner.

De siste 3 åra har Dnlf arrangert møter for kolleger som er engasjert i dette arbeidet. De to siste møtene har vært arrangert som 2-3 dagers seminarer i Kristiansund. I månedsskiftet august-september vil dette bli fulgt opp med et nytt seminar samme sted.

Så til John L.'s konkrete forslag om at Dnlf, Aplf, Oll og NSAM stiller seg bak en nasjonal prosedyrebok som vedlikeholdes på Dnlf's web-server: Trolig er vi delvis enige i dette, kanskje er her også nyanser i vårt syn på veien framover. I dag synes vi det er viktig å holde fast ved følgende:

1. Det er viktig å ta vare på grasrotarbeidet med prosedyrepermene. Samarbeidet om å utarbeide prosedyrebøkene er en viktig sosial og faglig prosess. Kommunikasjoner og lokal tilgang/mangel på visse spesialister tvinger fram ad hoc løsninger som det ikke går an å passe inn i prosedyrer som måtte bli tredd ned over oss sentralt fra. Sjøl med så vennlige instanser som Dnlf, Aplf, Oll og NSAM fryser vi vel litt på ryggen ved tanken på én nasjonal prosedyrebok.
2. Samtidig er det åpenbart også en del prosedyrer som har nasjonal status: dels basert på

sentral faglig konsensus, dels på bakgrunn av regulering gjennom lover og forskrifter. Naturligvis må disse oppdateres sentralt og være tilgjengelige for alle. Dnlf's web-server er et greit sted å starte. Samtidig ser vi at her nå er flere som arbeider med å etablere web-servere for sine lov- og forskriftrevir.

3. Til slutt: Vi arbeider med å lage HTML-utgaver av prosedyrepermene for Telemark og Møre og Romsdal. Så snart skal disse være tilgjengelige på Dnlf's web-server. Og det var vel det du etterlyste John L.?

Gisle Roksund/Ola Lilleholt



α_1 - blokade



**Reduserer høyt blodtrykk.....
og andre risikofaktorer for
koronar hjertesykdom. (1,2)**



Ref. 1) Lund-Johansen P., Hjermann I., Iversen B.M., Thaulow E. Alfablokkere – første eller annenhånds blodtrykkspreparater? Tidsskr Nor Lægeforen nr. 6 1993
Ref. 2) Leren T.P. Mekanismer for hvordan doxazosin påvirker serumlipidene. Farmakoterapi 2/92

CARDURAN "Pfizer"

Selektiv α_1 -blokker ATC-nr. C02C A04

Tabletter: 2 mg, 4 mg og 8 mg: Hver tablett inneh.: Doxazosin mesylat, aeqv. doxazosin. 2 mg resp. 4 mg og 8 mg Constit. q.s. Tabletter 2 mg og 8 mg med delestrek.

Egenskaper: Klassifisering: Antihypertensivum med reduserende virkning på perifer karmotstand. Kan brukes av pasienter med astma, diabetes, urinsyreigikt og hos eldre.

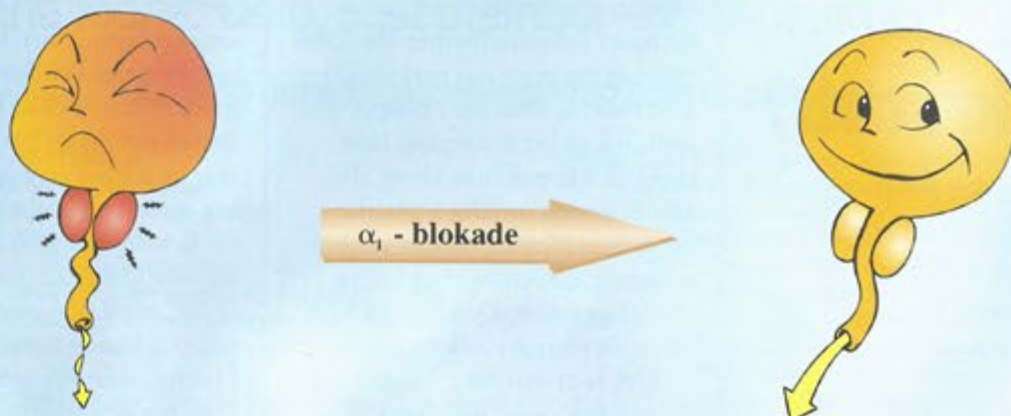
Virkningsmekanisme: Selektiv og kompetitiv postsynaptisk α_1 -reseptorblokkade. Senker blodtrykket som følge av reduksjon i total perifer karmotstand. En dose daglig gir klinisk adekvat blodtrykksreduksjon i 24 timer. Maksimal reduksjon sees vanligvis etter ca. 2-6 timer. Etter innstilt vedlikeholdsdose er det liten forskjell i blodtrykket i liggende og stående stilling. Toleranseutvikling er ikke sett. Bedrer benign prostata-hyperplasi symptomatisk ved selektiv α_1 -adrenoceptor blokkade i glatt muskulatur i stroma, kapsel og blærehals. **Absorpsjon:** 60-65%. Maksimal serumkonsentrasjon etter ca 2 timer. **Proteinbinding:** Ca 98%. **Halveringstid:** Bifasisk med terminal halveringstid på 22 timer. **Metabolisme:** Mindre enn 5% skilles ut i uforandret form. Ingen vesentlige endringer i farmakokinetiske forhold hos eldre og pasienter med redusert nyrefunksjon.

Indikasjoner: Hypertensjon, gitt alene eller i kombinasjon med tiazid, betablokker, kalsiumantagonist eller ACE-hemmer. Symptomatisk behandling av benign prostata-

hyperplasi. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet overfor quinazoliner (prazosin eller doxazosin). Nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Forholdsregler hos pasienter som allerede bruker doxazosin, og som får hjerteinfarkt, må vurderes individuelt.

Bivirkninger: Vanligst er ortostatisk svimmelhet initialt, bodepine, slapphet, vertigo, ødem og asteni, kvalme og rhinitt. Urininkontinens er sjeldnere. Med lav startdose (1 mg) og forsiktig doseøkning er takykardi og palpitasjoner sjeldne. Brystsmerter eller forverrelse av brystsmerter kan betinge seponering eller dosereduksjon. Ortostatisk blodtrykksfall, eventuelt med synkope, kan forekomme. Hjerteinfarkt, arytmier og slag er rapportert, men sammenheng med behandlingen er ikke klarlagt.

Forsiktighetsregler: Pasienter med angina pectoris bør på forhånd bruke midler som gir effektiv profylakse mot angina-anfall før de får doxazosin. Muligheten for uforutsett kraftig antihypertensiv effekt, spesielt ved samtidig betablokker-behandling, tilsier at doxazosin introduseres i lave doser (1 mg) og at eventuell doseøkning skjer langsamt. Ved overgang fra betablokker til doxazosin hos pasienter som har angina pectoris, må vanlige forsiktighetsregler ved seponering av betablokker iaktas og doxazosin først initieres etter at pasienten er blitt hemodynamisk stabil. Pasienter med symptomatisk hjertesvikt bør primært ha behandling rettet mot hjertesvikten før doxazosin initieres. Pasienter med behandlet hjertesvikt bør kontrolleres nøye i startfasen, med henblikk på



Rask, god og vedvarende effekt ved vannlatingsbesvær..... Benign Prostata Hyperplasi (1)

Effekt allerede etter	2 - 3 uker (2)
Maks effekt etter	6 - 8 uker (2)
Bedrer uroflow	20 - 30 % (2)
Bedrer symptomene	40 - 60 % (3)

Liten eller ingen blodtrykksreduksjon
hos normotensive pasienter (4)

Ref 1) Janknegt R.A. Summary: Perspectives on the management of benign prostatic hyperplasia. Scand J Urol Nephrol 29; 35-36, 1995

Ref 2) Fawzy A et al. Doxazosin in the treatment of benign prostatic hyperplasia in normotensive patients: A multicenter study. The Journal of Urology, Vol. 154, 105-109, July 1995

Ref 3) Chapple C.R. et al. A three month double-blind study of doxazosin as treatment for benign prostatic bladder outlet obstruction. British Journal of Urology (1994), 74, 50-56

Ref 4) Kirby R.S. Profile of doxazosin in the hypertensive man with benign prostatic hyperplasia. British Journal of Clinical Practice (suppl) 1994; 23-28

eventuell forverrelse. Ingen erfaring foreligger om bruk av doxazosin hos barn. Evnen til å betjene maskiner, motorkjøring o.l. kan påvirkes, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi bør institueres i samarbeid med spesialist i urologi. Før behandling iverksettes, og regelmessig under behandlingen, skal pasienten undersøkes nøye med digital rektal eksaminasjon, registrering av symptomer og måling av prostataspesifikt antigen (PSA) for om mulig å avdekke prostatacancer.

Graviditet/ amming: Forsøk hos dyr har ikke vist tegn på teratogen effekt, men indikerer akkumulering i brystmelk. Dyreforsøk med doser 300 ganger høyere enn øverste terapeutiske dosering har vist redusert føtal overlevelse. Sikkerhet er ikke godtgjort hos gravide eller ammende, og doxazosin bør bare brukes når behandlingsbehovet er avveiet mot mulig risiko. **Interaksjoner:** Doxazosin kan forsterke blodtrykksenkning som skyldes andre midler med virkning på blodtrykket. Blodtrykksenkning av doxazosin kan motvirkes av antiflogistika. **Dosering: Hypertensjon: Voksne:** Doseres én gang daglig. Initialt 1 mg. Dosen kan økes etter 1 eller 2 uker til 2 mg daglig. Om nødvendig kan dosen fordobles hver annen uke. Høyest anbefalte dose er 16 mg daglig.

Benign prostatahyperplasi: Doseres én gang daglig. Initialt 1 mg. Om nødvendig kan dosen fordobles hver eller hver annen uke til maksimalt 8 mg. Vanligste anbefalte dose

er 2-4 mg daglig. Vanlig dosering av doxazosin kan benyttes hos pasienter med redusert nyrefunksjon. **Overdosering/ forgiftning:** Inntrer hypotensjon, legges pasienten straks flatt med hodet ned. Annen behandling gis individuelt etter behov. Dialyse er ikke indisert på grunn av doxazosinets høye proteinbinding.

Pakninger og priser:

2 mg: Enpac:	28 stk kr 219,00
	98 stk kr 591,30
4 mg: Enpac:	98 stk kr 749,10
8 mg: Enpac:	98 stk kr 1135,30
T: 12	



Strandvn. 55 • 1324 Lysaker •
Telefon: 67 52 61 00 - Fax: 67 52 61 99



Byråkratitis?

- I Årsstatistikk for personell m.m. i kommunehelsetjenesten 1995
- II Protest over byråkratisering

Statens Helsetilsyn, Fylkeslegen i Møre og Romsdal, Den Norske Lægeforening, UTPOSTEN

Etter å ha sett på disse skjemaer med den største uvilje noen måneder, returneres de ubesvart i harme og fortvilelse over Helsetilsynets villige medvirken i spredningen av den epidemiske maligne byråkratitis.

Min arbeidsdag blir i stigende grad preget av en flom av brev og skjemaer fra allverdens instanser. Av hensyn til «planlegging», «statistikk», «kvalitetssikring», «intern kontroll» og «økonomisk styring» krever departementer, direktorater og kontorer oversikter over mest mulig og alt mulig. Alt som kan måles, skal kartlegges med den fromme begrunnelse at pasientenes rettigheter skal sikres. Den høytropende del av pasientene samt diverse hovedstadsbyråkrater seiler i medvind og danner pressgrupper som få leger tør opponere mot. En pasient med operasjonskomplikasjoner er langt bedre stoff for tabloidpressen enn en hardtarbeidende leges problemer med å klare arbeidspresset.

Amerikanske tilstander skremmer mange, men lokker andre – særlig jurister og byråkrater. Utviklingen går tydelig imot, at de 5% av arbeidsstyrken skal kontrollere de øvrige 95%. Den herskende klasse av hovedstadsbyråkrater vet meget

vel, hvordan lovverk, medier og opinion skal påvirkes, for å fastholde sin egen makt og innflytelse.

Den lovgivende og den dømmende makt i samfunnet følges og kontrolleres av medier, motstandere og fagfolk. Men den utøvende makt er spredt på store og små kontorer i departementer, direktorater og etater og er i praksis sikret mot innsyn. Den har i praksis fritt spill til å gå berserkerang i sin trang til å kontrollere alt og alle. Det er nesten umulig å påvirke saksbehandling og rutiner i departementer, direktorater og andre offentlige etater. De vil alltid hevde, at de mangler folk og ressurser.

Det er et merkelig fenomen, at det samfunn som ikke har ytre fiender etter en periode med økonomisk og politisk stabilitet begynner å råtne opp innefra. Den lovgivende og dømmende makt hviler på grunnloven og tradisjonen, – og nyter stort sett befolkningens tillit. Men med den utøvende makt er situasjonen ganske forskjellig. Den utøvende makt kjører nemlig sitt eget løp, og bryr seg kun om befolkningens ve og vel i det omfang det ikke reduserer egen innflytelse. Den utøvende makt oppfinner til stadighet nye tiltak og skjemaer for å «sikre forsvarlig legebehandling» og pålegger den produktive del av helsetjenesten allverdens administrative rutiner. Rutiner som få tør opponere mot.

Undertegnede er utdannet til å diagnostisere og behandle sykdom hos mennesker, men i løpet av de siste 15 år har byråkrativældet utviklet seg til omtrent det tredobbelte, slik at jeg bruker adskillig mer tid på å ta stilling til rundskriv, offentlige utredninger og skjemaer enn jeg bruker på pasientene. Dette er jeg ikke utdannet til. Jeg kan og vil ikke akseptere dette lenger. Det viltvoksende byråkrati utgjør nå en slik plage at det tar min arbeidsglede, forpester min hverdag og reduserer min evne til å fungere som lege.

Lovene for byråkratiets virke og vekst er formulert av G.D Lund-

berg i boken *Managing the Patient-focused Laboratory* i 1976. Essensen i denne bok er fritt oversatt av professor Olav Hilmer Iversen. Kommunelege Henrik Brochmann formulerer i UTPOSTEN nr. 1, 1996 side 14–21 en vanlig kommuneleges problemer med det omseggrípene byråkrati. Tidligere statsminister Per Borten uttalte den 2. mars i NRK TV, at byråkratiet etterhvert har overtatt langt mer av statens styring enn lovverket egentlig har tiltenkt.

Et samfunn som er i splid med seg selv går sin oppløsning i møte, og det er på tide med en bred folkelig og legelig innsats mot den kreftbyll som det arrogante byråkrati utgjør i samfunnet.

Hvis tingenes tilstand fortsetter i kraft av inertiens lov, vil helsevesenet i dette land etterhvert bli styrt av byråkrater og advokater ved hjelp av skjemaer og trusler om prosess.

Jeg kan opplyse at vi i Sandøy kommune er 1 fast lege, 1 turnuskandidat, 2 hjelpepleiere i 60% stilling, 1 hjelpepleier i 30% stilling og 1 sekretær i 60% stilling. Vårt interne samarbeide er svært bra, men vanskeliggjøres i fortvilende grad av den syndflod av brev og skjemaer som vi daglig mottar.

Det ville vært ønskelig om Statens Helsetilsyn vil medvirke i en saneringsprosess, og hvis representanter for Statens Helsetilsyn trenger frisk luft, jordforbindelse og gode ideer, er man velkommen på visitats i Sandøy kommune. I Sandøy kommune kan ekte pasienter og riktige leger sees i sine naturlige omgivelser. Legene er ofte i parringstid og fores kl. 07.30, kl. 12.30, kl. 16.30 og kl. 20.00.

*Nils Carl Lønberg
kommunelege i Sandøy
Steinshamn, 6427 Harøy*

Referanser:

1. Henrich Brochmann: Utsikt fra Nærøy UTPOSTEN 1996, 1, 14–21.
2. Intervju med tidligere statsminister Per Borten i NRK 2. mars 1996

APLF-kurs:

«Primærlegen og medarbeideren»

Soria Moria, Oslo, 5. september – 7. september 1996

Kursets hovedtema: Hverdagen som utfordring!

TORS DAG 5. SEPTEMBER

Dagens tema: *Krav og forventninger*

- 09.00–10.00 Ankomst/registrering/kaffe
10.00–10.30 Velkommen/Åpning
10.30–11.15 Etik og moral – gjelder det oss på allmennlegekantoret? Allmennpraktiker Eivind Vestbø
11.15–12.00 Gruppearbeid om etik og moral på primærlegekantoret
12.00–13.00 LUNSJ
13.00–13.45 Hva forventer jeg/krever jeg av min lege? Hva forventer jeg/krever jeg av min medarbeider? Medarbeider Tove Rutle. Allmennpraktiker Helge Worren
13.45–15.00 Gruppearbeid: Hva kan og bør vi kreve av hverandre? (Kaffepause/standsbesøk underveis)
15.00–15.45 Hva har vi rett til å kreve av hverandre? Jurist Øistein Ruud, Fylkeslegen i Hedmark
15.45–16.30 Den gode allmennpraksis for pasientene – lar den seg forene med et godt liv for legen og medarbeideren? Allmennpraktiker Helge Worren

Viseaften med Ole Fredriksen og allsang!

FREDAG 6. SEPTEMBER

Dagens tema: *Dagliglivet på allmennlegekantoret*

- 09.00–09.15 God morgen!
09.15–10.00 Den vanskelige pasient, det vanskelige press! Allmennpraktiker Svein Slagsvold
10.00–11.00 Møte med barnet som pasient på primærlegekantoret. Barnelege Ole Sverre Haga
11.00–11.20 Kaffepause – standsbesøk
11.20–12.30 Møte med den eldre pasient på primærlegekantoret. Professor i geriatri Knut Laake

Kurskomité: Kari Beckmann, primærlege. Tove Rutle, medarbeider. Helge Worren, primærlege

Kursavgiften: kr. 1.600,-

Overnatting (fullpensjon): Enkeltrom: Kr. 980,- pr. døgn

Legens utgifter til dette kan søkes refundert fra Fond II.

Påmeldingsfrist: 1. juli (se påmeldingsblankett)

Kurset er godkjent tellende med 18 timer i videre- og etterutdanning til den allmennmedisinske spesialitet.

PÅMELDING:

Har du spørsmål i forbindelse med kurset, ta kontakt med Tove Rutle (RMR), tlf. 63 97 32 22, fax 63 97 16 25.

Påmelding innen 1. juli til: RMR kursarrangør, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim

Navn: Sett kryss: ☐ primærlege ☐ medarbeider

Adresse:

Arbeidsstedsadresse:

Tlf. (arbeid): Tlf. (privat): Evt. fax:

Ledsagende medarbeider/lege:

Jeg ønsker hotellrom på Soria Moria under kurset (sett kryss): ☐ Ja ☐ Nei

I fall du ønsker hotellrom, hva er ankomstdato: avreisedato:

Evt. avbestilling må skje senest 6 uker (4. juli) før kursstart av hensyn til hotellet.

12.30–15.00 LUNSJ + «Ut på tur – aldri sur» – 3 tilbud:

Tur i Marka (sløyfes ved dårlig vær?)

– Tur til Skimusjøet – Tur i bassenget

15.00–17.30 Miniseminarer (i mindre roterende grupper)

I) Telefonen – vårt viktigste utstyr?

Allmennpraktiker Erik Aagaard og

Medarbeider Yvonne Nilsson

II) Timeboken – stress eller struktur?

Medarbeider Tone-Merete Frey og

Allmennpraktiker Kari Beckmann

III) Venterommet – et sted for hygge eller pine?

Allmennpraktiker Karin Skarsaune og

Medarbeider Lise Castberg

Kaffepause/standsbesøk underveis

Festmiddag!

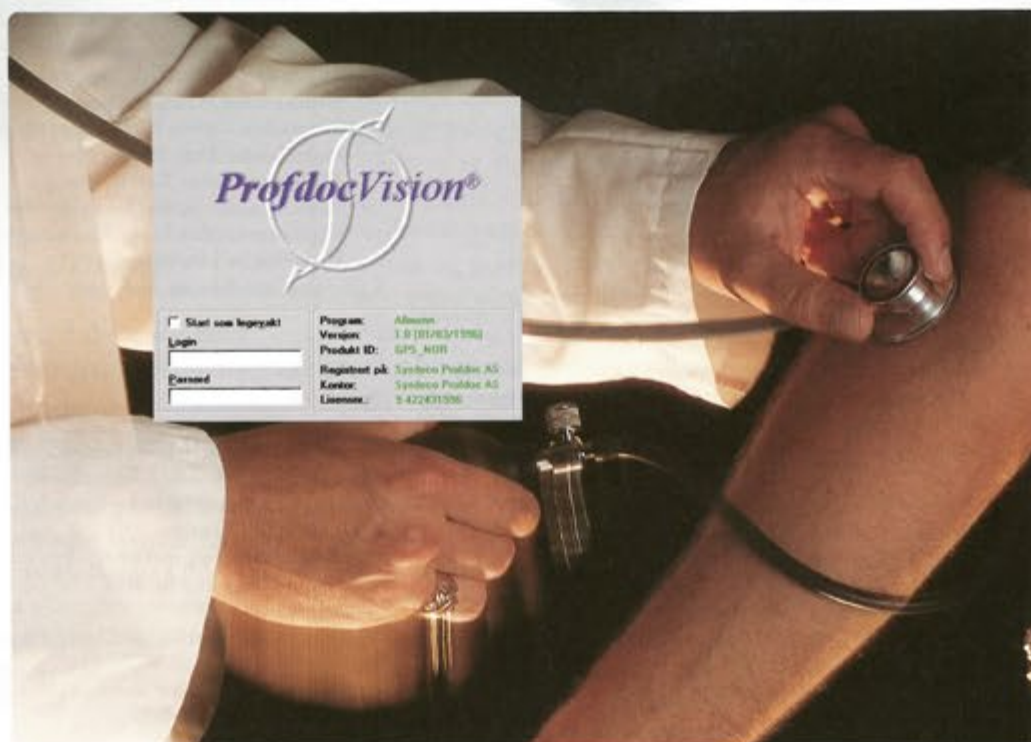
LØRDAG 7. SEPTEMBER

Dagens tema: *Alternativ behandling*

- 09.00–09.15 God morgen!
09.15–09.45 Alternativ behandling – hvem bruker hva hvor mye? Professor i allmennmedisin, Christian Borchgrevink
09.45–10.05 Dialog som grunnlag for bedre samarbeid. Forsker Vigdis Christie
10.05–11.00 Alternativ behandling mot kreft – hva vet vi? Allmennpraktiker Stig Bruseth
11.00–11.15 Kort pause
11.15–12.00 Soneterapi – «kan det hjelpe å kna føttene, da?» Fotsoneterapeut Inger Else Brekke
12.00–12.45 Kiropraktorbehandling – myter og fakta. Kiropraktor Anders Devold
12.45–13.00 Avslutning/Kursbevis
Lunsj og avreise

SYSDECO HEALTH

Ditt nye journalsystem er enkelt, effektivt og fleksibelt



ProfdocVision® er det windowsbaserte journalsystemet med enkle og selvforklarende ikoner, mange valgmuligheter og rask tilgang på hver enkelt funksjon.

For mer informasjon ta kontakt med:



SYSDECO

Sysdeco Profdoc AS, Schwabesgate 5, Postboks 440, 3601 Kongsberg, Norway
Telephone: +47 32 73 11 33. Telefax: +47 32 72 02 81



**Metodebok i skadebehandling
– godt hjelpemiddel i ensomme
vaktstunder**

*Greger Lønne, Kjetil Nerhus:
Metodebok i skadebehandling.
Brudd- og bløtdelsskader. Gipsing.
Sårskader.
Eget forlag 1995.
104 sider. Pris kr. 100,-*

Anmeldt av Petter Øgar

Vi hører, leser og tror at turnuskandidatlivet ikke er noen dans på roser. De faglige og menneskelige kravene er store. Utdanningen er ikke tilstrekkelig tilpasset den virkelighet kandidatene møter. Den faglige og menneskelige oppfølgingen i turnustjenesten er variabel og gjennomgående ikke så god som den burde være. Lønnsnivået gjør ikke bildet lysere.

På denne bakgrunn er det gledelig å registrere turnuskandidater som tar skjeen i egen hånd og yter et faglig bidrag av god kvalitet for å gjøre arbeidsdagen lettere å mestre.

Metodebok i skadebehandling er en praktisk prosedyrebok i diagnostikk og behandling av brudd- og bløtdelsskader i muskel-skjelettapparatet. Det er eget kapittel om gipsing og summariske kapitler om behandling av kutt- og brannskader. Enkle, men instruktive strektegninger finnes for de fleste skadetyper og bidrar sterkt både til kvalitet og lesbarhet. Boka er oversiktlig oppbygget og har et greit stikkordregister. Den er skrevet mens forfatterne var turnuskandidater ved Fylkessjukehu-

GREGER LØNNE, KJETIL NERHUS:

Metodebok i skadebehandling



set på Nordfjordeid der de har fått god veiledning av erfarne ortopedier.

Metodebok i skadebehandling bør være en god støttespiller både for turnuskandidater og allmenn-

praktikere i ensomme vaktstunder. Boka bestilles direkte fra forfatterne: Greger Lønne tlf. 57860203, personsøker 96757801. Kjetil Nerhus tlf. 94778476, personsøker 96641882.

Gjør «frisk luft» deg frisk?

Tekst: Marit Rognerud og Sonja Bjørkly



Marit Rognerud, f. 1957, lege, MPH (USA). Rådgiver i internasjonalt arbeid i samfunnsmedisinsk avdeling, Statens helsetilsyn og prosjektleder for Utredningen om miljø og helse – oppfølging av Helsinkideklarasjonen i Norge. Tidligere ass. fylkeslege i Buskerud, div. jobber som allmennpraktiserende lege i Tromsø, Oslo og Bærum og lektor ved Røde Kors sykepleierhøgskole i Tromsø.



Sonja Bjørkly, f. 1945, cand. med. 1973, kommune- og bydelslege i Oslo 1976-1989, spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, tilleggsutdanning i helseadministrasjon, de siste 6 år helsesjef i Drammen kommune. Veileder i samfunnsmedisin, engasjert i aktuelle samfunnsmedisinske problemstillinger og utfordringer, herunder miljøets betydning for folkehelse og levekår.

Uteluften er ikke like ren alle steder i landet. I de delene av landet hvor folketettheten er størst, er luften vanligvis mest forurensset. I en rapport utgitt av Nordisk ministerråd i 1993 (1) blir det hevdet at Oslo, Drammen og København er de mest nitrogen-dioxydforurensede byer i Norden med middelverdier for vinterhalvåret som ligger mellom 60-70 mg/m³. Nitrogendioksidforurensningen i en rekke svenske byer vinteren 92-93 viste til sammenlikning høyeste middelverdier på ca 40mg/m³ (2). Veitrafikk gir det største bidraget til utslipp av nitro-

genoksider (NO_x), svevestøv og karbonmonoksid (CO) i tettbygde strøk (3). Kombinasjonen av topografiske og meteorologiske forhold og mange motorkjøretøyer av eldre årgang med store utslipp, er viktige årsaker til de høye målingene i flere norske byer. Andre faktorer som bruk av piggdekk vinterstid og sammensetning og kvalitet på drivstoffet, er også av betydning for den totale forurensningen fra biltrafikken (3).

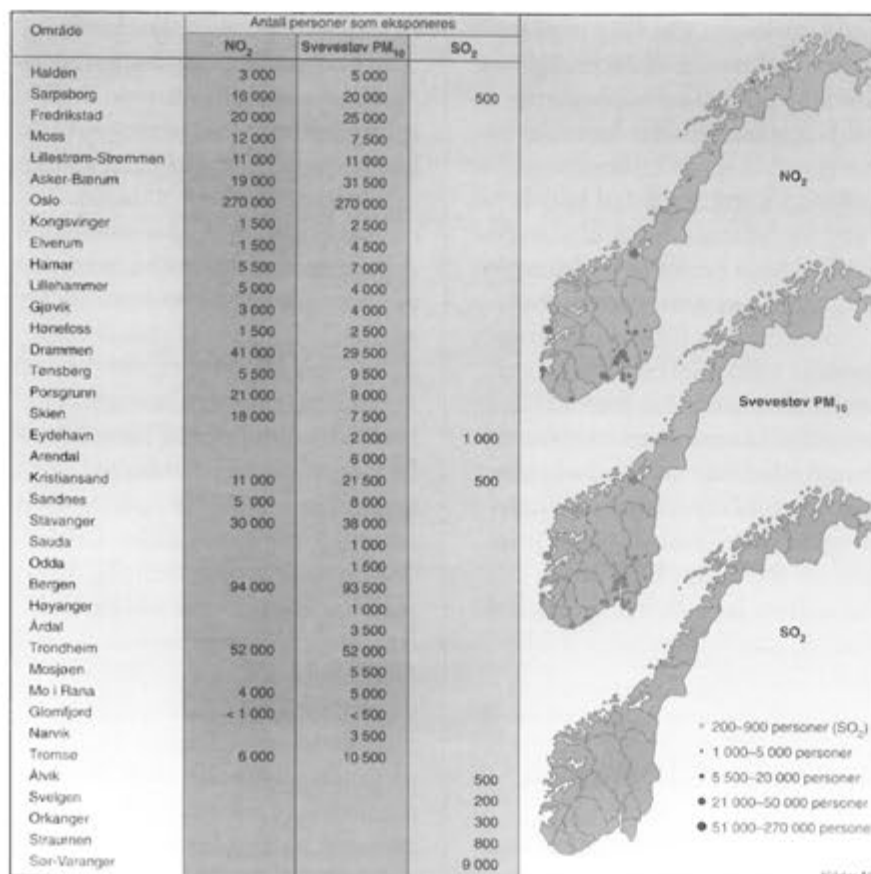
Betydning for folkehelsen

Et stort antall mennesker oppholder seg der luftforurensningen er

størst i Norge. Selv en beskjeden helseskadelig effekt vil, dersom den gjelder et stort antall mennesker, kunne få betydelige samfunnsmedisinske konsekvenser. Rapporten fra Nordisk ministerråd (1) og SFT (3) hevder at omlag 700.000 mennesker bor på steder der konsentrasjonen av svevestøv og nitro-genoksider overskrider fagmyndighetenes anbefalte grenseverdier (luftkvalitetskriterier). Figur 1 viser Statens forurensningstilsyns beregning over hvor mange mennesker som eksponeres for overskridelser av luftkvalitetskriteriene for nitrogenoksid, svevestøv og svoveldioksid i ulike byer i Norge (3).

En undersøkelse gjennomført av Institutt for Miljømedisin i Sverige i tre svenske byer viste at ca. 60% følte seg plaget av avgasser fra biltrafikk. Det kom også frem i undersøkelsen at folk som var bosatt i trafikkerte områder var mer plaget av astma, bronkitt og slimhinneirritasjoner enn folk som var bosatt i områder med renere luft (4).

En rekke epidemiologiske studier de senere årene har vist at det er sammenheng mellom høy luftforurensning og sykdommer og plager i luftveiene (5-18). Avgasser fra bensin og diesel inneholder en rekke stoffer som kan føre til både akutte, forbigående og kroniske sykdommer hos mennesker. Nitrogendioksid er en irriterende gass som kan skade celler i luftveier og lunger. Korttidseksponering kan føre til nedsatt lungefunksjon, utløsning av astmaanfall og minsket forsvar mot infeksjoner. Langtidseksponering kan utløse kroniske vevsskader med emfysem og bindevevsdannelse. Høye konsentrasjoner av svevestøv gir irritasjonseffekter med nedsatt lungefunksjon, hoste og pustebevær. Det er internasjonalt rapportert



Figur 1: Statens forurensningstilsyns beregning av hvor mange mennesker som eksponeres for overskridelser av luftkvalitetskriteriene for nitrogendioksid, svevestøv og svoveldioksid i ulike deler av Norge (3).

økt dødelighet blant syke, eldre og barn. Lengre tids eksponering kan føre til økt infeksjonshyppighet og utvikling av kronisk lungesykdom. Karbonmonoksid er særlig et problem i sterkt trafikkerte gater. Antall mennesker som eksponeres over det anbefalte luftkvalitetskriteriet er derfor forholdsvis lavt. Høye konsentrasjoner av karbonmonoksid kan imidlertid være et stort problem for personer med hjerte-karlidelser som er svært følsomme for karbonmonoksidpåvirkning. Inhalering av polycykliske aromatiske hydrokarboner (PAH) er forbundet med økt risiko for lungekreft. PAH-forbindelser inhaleres bl.a. adsorbert til svevestøv (5-7, 14-17). Statens forurensningstilsyn har i samarbeid med Statens institutt for folkehelse utarbeidet grenseverdier som luftforurensningen ikke bør overstige av hensyn til befolkningens helse. Det er imidlertid vanskelig å avgjøre hvor lave konsentrasjonene

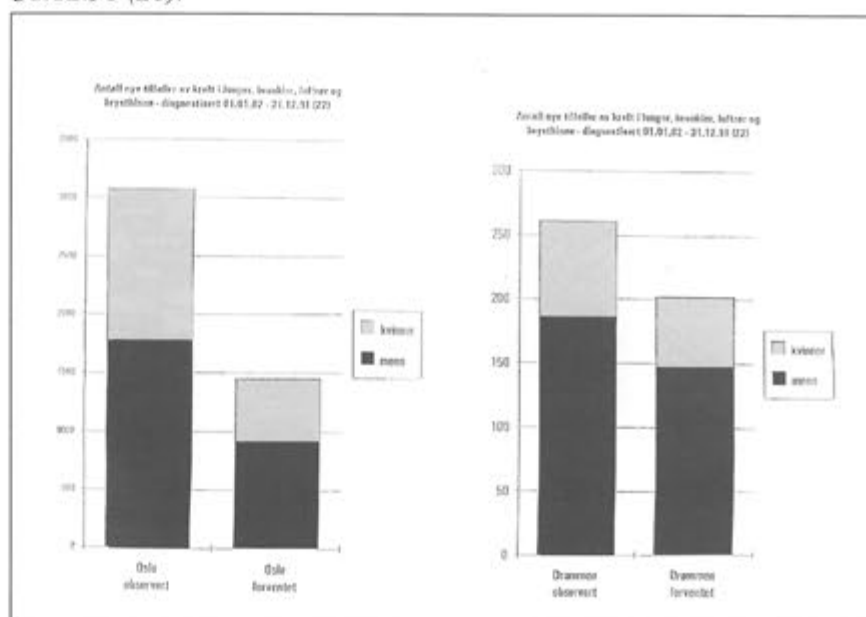
må være for at man med sikkerhet kan si at lang tids eksponering ikke medfører helseskade (16,17). Verdens helseorganisasjon (WHO)

fraråder derfor at anbefalte grenseverdier, i Norge luftkvalitetskriterier, blir brukt som en unnskyldning for ikke å iverksette tiltak som kan redusere utslippene så lenge man befinner seg under grenseverdiene (16).

Eksponering for både forurenset luft og pollen hos pollenallergikere ser ut til å medføre kraftigere og mer langvarig allergisk besvær av pollen enn ved polleneksponering alene (5,8). Gunnar Bylin hevder at det ikke er uvanlig at 10-20% av akutte innleggelser for astma ved Huddinge sykehus henger sammen med høy luftforurensning (8). Det rapporteres både fra Norge og utlandet at barn som bor eller oppholder seg nær trafikkerte veier har dårligere lungefunksjon, mer luftveisplager og flere sykehusinnleggelser for astma sammenliknet med barn som lever i områder med renere uteluft (9-11,18).

«Clean Air» kongressen i Helsinki 28.05-2.06.95, arrangert av International Union of Air Pollution and Environmental Protection Association (IUAPPA), tok spesielt for seg temaet luftforurensning og helse, og det ble presentert en rekke vel dokumenterte studier som viste klare sammenhenger mellom

Figur 2: Kreftregisterets statistikk over antall observerte og antall forventede tilfeller av kreft i luftveiene i Oslo og Drammen i perioden 01.01.82 - 31.12.91 (20).



perioder med høy luftforurensning og økt antall innleggelser på sykehus, økt sykefravær på arbeidsplasser og skoler og nedsatt lungefunksjon (6,19). Walch refererte resultatene fra en undersøkelse fra seks store byer i USA hvor beregninger kan tyde på at ca. 30 prosent av alle dødsfall kan ha sammenheng med luftforurensningen (19).

Kreftregisterets statistikk for perioden 1982-91 (20), figur 2, viser at det er betydelig flere tilfeller av kreft i lunger og luftveier enn forventet (i følge Kreftregisterets beregninger) både i Drammen og Oslo. Drammen og Oslo er antakeligvis Norges mest trafikkforurensede byer (1,3). Statens helseundersøkelser screening av 40-42 åringer tyder på at disse Drammenserne røyker mindre enn tilsvarende aldergruppe andre steder i landet (21). Bebyggelsen i Drammen gir ikke stor risiko for høye verdier av radon i inneluft. Vi mangler informasjon om andre mulige årsaker til økt forekomst av lungekreft i Oslo. Det har imidlertid vært rapportert av flere (17, 18, 22) at befolkningen i større byer har høyere forekomst av lungekreft og luftveislidelser enn landets øvrige befolkning. Trafikk-

forurensningen kan ikke uten videre avskrives som en mulig årsak til denne overhyppigheten.

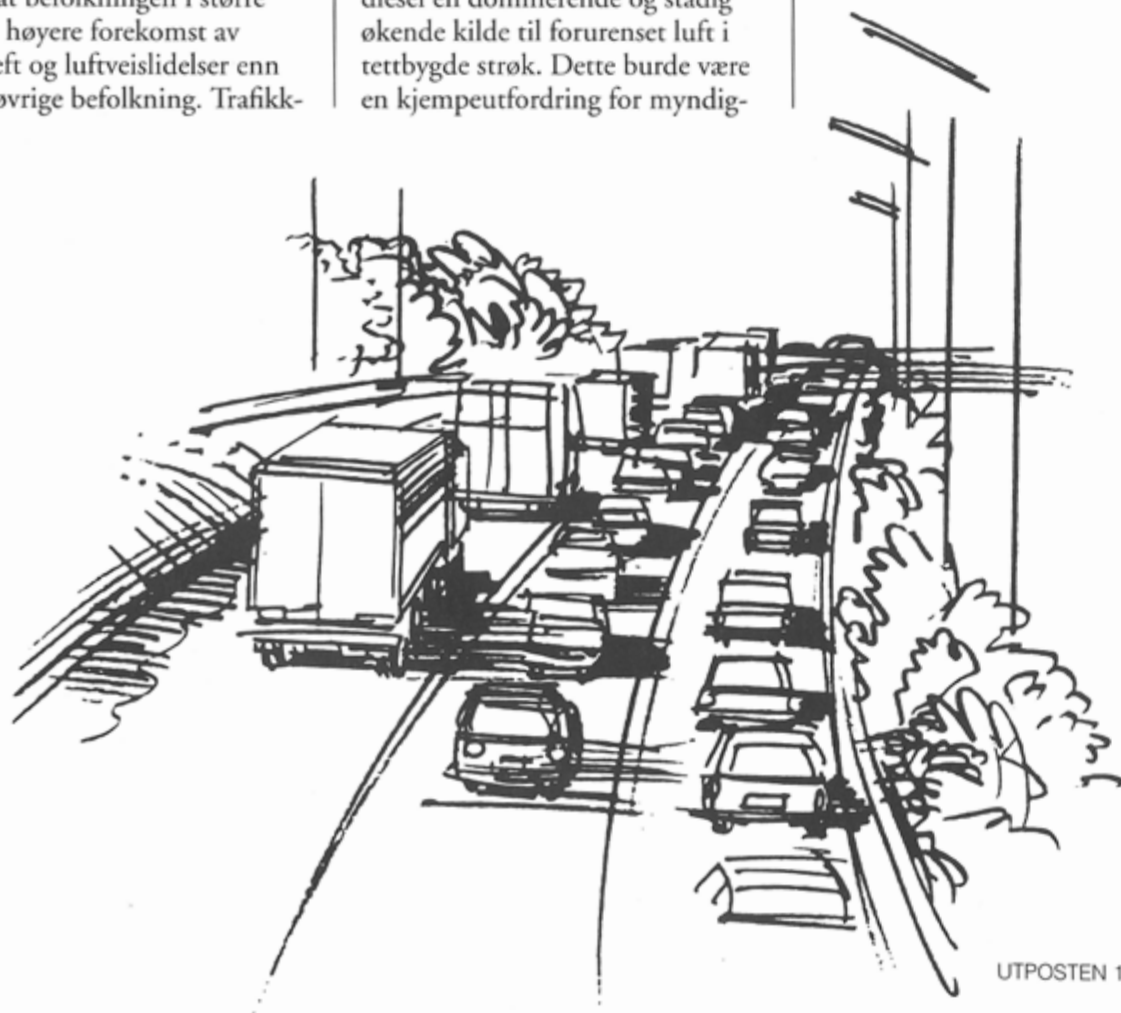
Noen forskere hevder at det er svært usikkert om luftforurensningen i norske byer har betydning for helsen. Myndighetene har derfor støtte i enkelte forskningsmiljøer for å avvente ytterligere dokumentasjon før de iverksetter sterkere virkemidler for å få redusert utslippene. Men foretrekker egentlig Norge å være etter snar framfor føre var med forhold som kan ha stor betydning for befolkningens helse? Folk er nokså prisgitt sitt nærmiljø. Hvis luften er forurenset der folk bor og oppholder seg, kan de ikke velge å ikke puste den inn.

Hvor ligger ansvaret og hva bør gjøres?

Akutte astmaanfall og innleggelser i norske sykehus er ikke først og fremst et resultat av langtransportert luftforurensning fra f.eks. Ruhrområdet eller Øst-Europa. Derimot er avgasser fra bensin og diesel en dominerende og stadig økende kilde til forurenset luft i tettbygde strøk. Dette burde være en kjempeutfordring for myndig-

hetene på alle nivåer. Det er viktig at helsetjenesten kan dokumentere og tilbakeføre kunnskap om luftforurensningens betydning for folkets helse til de myndighetene som utformer politikken på dette området. I Norge er Miljøverndepartementet og de overordnede politiske myndigheter ansvarlig for regelverk og nasjonal politikk på dette området.

På nasjonalt plan kan man ta i bruk både juridiske og økonomiske virkemidler for å redusere utslippene fra både private og offentlige transportmidler. Utvikling og bruk av miljøvennlig drivstoff har fått prioritet i land etter land (18). Det er et tankekors at Norge som oljeproducerende nasjon ennå ikke har tatt i bruk miljødiesel (svensk klasse I og II) på generelt grunnlag, men foreløpig nøyer seg med det nest beste på området, nemlig lettdiesel. Sist nevnte har liten effekt for å redusere utslipp av partikler og nitrogenoksid. Miljøvernmyndighetene



forsøker gjennom en samordnet areal- og transportplanlegging å redusere transportbehovet og øke andelen som benytter miljøvennlig transport. Det kunne også være aktuelt å stille krav til avstand fra trafikkerte veier for boligbebyggelse, skoler, barnehager, sykehus og sykehjem m.m. Dette ville nok redusere eksponeringen for trafikkforurensningen noe. På Verdens helseorganisasjons Healthy City-konferanse i Madrid 22.-25. mars 1995 ble det fokusert på noen andre mulige tiltak for å redusere

biltrafikken i større byer. Et tiltak som ble anbefalt av flere var å bruke inntekter fra bompengeringer til å bygge ut sykkelveinett og subsidiere offentlig transport (og gjøre den billig, kanskje gratis?, og miljøvennlig) i stedet for å bygge flere veier.

Luftforurensning bør etter vår mening få en bredere plass i medisinen og folkehelsearbeidet i Norge. Det finnes nok dokumentasjon som viser at denne forurensningen har betydning for folks helse og trivsel, men det kreves vilje, sam-

handling og nytenkning for å få gjort noe med problemet. Etter vår mening bør helsemyndighetene ta initiativ til å utarbeide retningslinjer for tiltak basert på kunnskap om helsevirkninger og rutinemessig informasjon til befolkningen via media. Sammen med miljøvernmyndighetene bør vi forsøke å skape politisk gehør for å få iverksatt flere og mer effektive tiltak for å redusere luftforurensningen i norske byer og tettsteder.

Marit Rognerud

Klinikk for forebyggende medisin,
Ullevål sykehus, 0407 Oslo

Sonja Bjørkly

Helseavdelingen, Drammen kommune
Nedre Storgt. 3, 3015 Drammen

Litteratur:

- Bernes C. Nordens miljø. Nordisk ministerråd. Nord 1993; 11: 196-201.
- Göteborg Miljøteknik. Luftforurensninger i några svenske tettortar vinteren 1992-93, 1993; 09-30: 56.
- Statens forurensningstilsyn. Forurensning i Norge. 1994.
- Victorin K, Ewertz L. Helsoeffekter av bilavgasser. Forskn st 1983, 56-71.
- Devalia JL et al. Effect of nitrogen dioxide and sulfur dioxide on airway response of mild asthmatic patients to allergen inhalation. Lancet 1994; 344: 1668-71.
- Bates DV. Adverse Health Impacts of Air Pollution-Continuing Problems. Reports from IUAPPA's Clean Air Congress, Helsinki, May 28-June 2, 1995. Vol. 4: 49-60.
- Mauderly, J. L. Toxicological and epidemiological evidence of health risks from inhaled engine emissions. Environ-Health-perspect. 1994 Oct; 102 (4), 165-71.
- Gunnar Bylin. Det ligger i luften. Alprosen. 1995;1:5.
- Wijst, M. et al. Road traffic and adverse effects on respiratory health in children. BMJ. 1993 Sep 4; 307 (6904): 596-600.
- Weiland, SK et al. Self-reported wheezing and allergic rhinitis in children and traffic density on street of residence. Ann-Epidemiol. 1994 May; 4(3): 243-7.
- Edwards, J. et al. Hospital admissions for asthma in preschool children: relationship to major roads in Birmingham, United Kingdom. Arch-Environ-Health. 1994 Jul-Aug; 49(4): 223-7.
- Hemminki, K., Pershagen; G. Cancer risk of air pollution: epidemiological evidence. Environ-Health-perspect. 1994 Oct; 102 (4): 187-921995.
- Hansen, E.S. A follow-up study on the mortality of truck drivers. Am-J-Ind-Med 1993 May; 23(5): 811-21
- Diaz-Sanchez, D. et al.
- Statens forurensningstilsyn. Virkninger av forurensning på helse og miljø - anbefalte grenseverdier. 1992;16: 12-20.
- Takanaka, H. et al. Enhanced human IgE production results from exposure to the aromatic hydrocarbons from diesel exhaust: direct effects on B-cell IgE production. J-Allergy-Clin-Immunol. 1995 Jan; 95: 103-15.
- WHO Regional Office for Europe. Air Quality guidelines for Europe. WHO regional publications, Copenhagen 1987; no 23.
- Office of Environmental Health Hazard Assessment, California Environmental Protection Agency: Health Risk Assessment of Diesel Exhaust, June 1994.
- Carlsen KH. Trafikkforurensningen kan ha skylda: Innleggelse av astmabarn fordoblet. Samferdsel, 1991 nr 3: 4-5.
- Walch MP. Motor Vehicle Pollution Control: A Local, Regional and Global Challenge. Report from IUAPPA's Clean Air Congress, Helsinki, May 28-June 2, 1995. Vol. 4, 1-14.
- Kreftregisteret. Forekomst av kreftsykdommer i Norges kommuner. Antall nye tilfeller 1982-91, 1993.
- Statens helseundersøkelser. Hertesaken. Rapport om hjerte-karundersøkelsen. 1993.
- Glasgow Healthy City Project 1995. Working together for health. 1995.
- WHO regional office for Europe/OECD environment directorate. Air quality guidelines in the european region. Report on a third workshop 2-5 July 1991.

AAFP - New Orleans

3.-6. oktober 1996

Alle har en drøm om New Orleans

Medica tours arrangerer
3 alternative turer til
Kongressen:

- Utreise 27/9 - 10 dager
- Utreise 28/9 - 9 dager
- Utreise 2/10 - 5 dager

Priser

fra kr. 14.000,- for delegat
fra kr. 7.590,- for ledsager

Vi «skreddersyr» også
Deres tur.

Ta kontakt med:

Medica tours, Kristiansand
Telefon 38 02 56 11
Telefax 38 02 14 79

 **Medica tours** 

NOU 1996:5

Hvem skal eie sykehusene?

(Hellandsvikutvalgets innstilling)
– svaret på helsevesenets problemer?

Tekst: Petter Øgar

Utvalgsleder Paul Hellandsvik overrakte NOU 1996: 5 Hvem skal eie sykehusene til helseminister Gudmund Hernes på en pressekonferanse i Oslo 13. mars. Helseministeren ville naturlig nok ikke kommentere innholdet i innstillingen, men slo fast at dette var et av de viktigste helsepolitiske dokumentene på flere år. Dagsorden for den helsepolitiske debatt de nærmeste måneder skulle dermed være ettertrykkelig satt. To spørsmål reiser seg: Hva står i innstillingen? Og: tar Hellandsvikutvalget opp de viktigste problemene i helsevesenet eller bidrar den sterke fokuseringen på sykehusenes eierforhold til å fortrenge andre like viktige problemstillinger?

Selv om innstillingen handler om sykehusene, bør innstillingen også være av betydelig interesse for primærhelsetjenesten, dels på grunn av den store kontaktflaten til sykehusene og dels fordi utvalget – nærmest i en bisetning – hevder at det ville vært interessant å utrede en fylkeskommunal overtagelse av primærhelsetjenesten!

Mandat

Utvalget skulle i utgangspunktet utrede alternativer til dagens eierskap og finansiering av regionsykehusene. Mandatet ble etterhvert utvidet til å utrede eierskap, finansiering og organisering av alle sykehus i et regionalisert helseve-



sen. Dette er sammensatte og vanskelige problemstillinger som innebærer ulike interesse- og verdiavveininger. Ingen løsning er ideell på den måten at den ivaretar alle ønskelige hensyn. Som utvalgsleder Paul Hellandsvik sa på pressekonferansen, er det derfor naturlig at utvalget delte seg i sine anbefalinger.

Vurderingskriterier

Innstillingen er et godt stykke akademisk håndverk der en har beskrevet og analysert ulike løsninger på en fordomsfri måte. Ulike modeller er vurdert opp mot følgende kriterier:

- Lik tilgjengelighet til sykehus-tjenester.
- Muligheter for regional sam-ordning.
- Høy faglig standard på pasient-behandlingen.

- Høy faglig standard på klinisk forskning, utdanning og kunnskapsformidling.
- Fornylses- og omstillingsevne.
- Integrering med primærhelsetjenesten.
- Kostnadskontroll.
- Institusjonell stabilitet.
- Lokal politisk styring.
- Legitimitet.
- Kostnadseffektivitet.

Betydelig grad av enstemmighet

Utvalget har kommet fram til enighet på en rekke punkter:

- Ønsket om en bedre samordning mellom fylkene skal ligge til grunn for valg av modell.
- Utvalget vil ikke gå inn for statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader eller anbefale at staten overtar drifts- og eieransvaret bare for regionsykehusene.
- Utvalget tilrår styrking av universitetsfunksjonene som et viktig bidrag til å opprettholde kvalitet og kompetanse i helsetjenesten.
- Utvalget tror ikke at oppløsning av fylkeskommunene og etablering av større regionfylkeskommuner vil være en egnet modell.
- Uansett valg av modell bør alle sykehus tilhøre det samme forvaltningsnivå.
- Det er enighet om at dagens «frivillige regionssamarbeid» ikke har vært tilstrekkelig for en effektiv regional utnyttelse av sykehusressursene.

Tabell 1. De ulike modellens antatte virkning på valgte kvalitetskriterier. Utgangspunktet er dagens modell.

Kriterium	Fylkeskomm.	Inter-fylkeskomm. modell	Statlig modell selskap
Lik tilgjengelighet	?	?	?
Regional samordning	++	+	++
Faglig standard	?	+	+
Kompetanseoppbygning	?	+	+
Omstillingsevne	0	+	—
Integrering primærhjt.	0	0	0
Kostnadskontroll	0	0	—
Instit. stabilitet	0	0	?
Lokal politisk styring	0	—	—
Legitimitet	0	?	?
Kostnadseffektivitet	0	+	+

+ Bedre

— Forværring

++ Vesentlig bedre

— — Vesentlig forværring

? Usikkert

0 Ingen endring

Tre forslag til modeller

Etter vurdering av ulike modeller for eierskap, finansiering og organisering har utvalget blitt stående ved tre alternative modeller. Utvalget har delt seg i tre like store fraksjoner som støtter hver av disse modellene.

1. *Regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunen som sykehuseier.* Dagens løst formaliserte regionale samarbeid skal videreutvikles og bedres bl.a. gjennom økt statlig styring. Fylkeskommunene skal gjennom det regionale helseutvalg forpliktes til å samarbeide om bl.a. fordeling av regionfunksjoner, gjestepasientordninger, bindende avtaler om bruk av regionsykehusmidler og søknader om godkjenning av spesialisthjemler. Staten får en oppmannsfunksjon ved uenighet.
2. *Formalisert interfylkeskommunalt samarbeid – interfylkeskommunalt selskap.* Fylkeskommunene skal eie og drive sykehusene i regionen gjennom et interfylkeskommunalt selskap. Fylkeskommunene styrer selskapet gjennom et representantskap. Det opprettes et styre og en regionselskapsdi-

rektør. Pasientbehandlingen skal fortsatt finansieres fra fylkeskommunene ved at det inngås avtaler mellom den enkelte fylkeskommune og selskapet. Universitetene kjøper undervisningstjenester og forskning fra selskapet.

3. *Regionalisert sykehusvesen med staten som eier.* Staten overtar alle sykehus. Det opprettes en Statens sykehusforvaltning med fem regionkontorer. Staten vedtar overordnede føringer og tildeler regionene økonomiske rammer. Regionkontorene gis betydelig frihet til organiseringen og driften av sykehusene innenfor disse rammene. Fylkestingene skal få uttale seg om regionale årsplaner og budsjetter. Sykehusdrift utgjør 60% av fylkeskommunenes driftsbudsjett. Fraksjonen er klar over at statlig overtakelse av sykehusene aktualiserer spørsmålet om fylkeskommunenes eksistensberettigelse, men har ikke gått videre inn på denne problemstillingen.

Det vil føre for langt å gå inn i argumentasjonen for og imot de ulike modellene. Utvalget har vurdert modellene i forhold til de

kvalitetskriteriene de har valgt. I tabell 1 har jeg forsøkt å sette dette opp i tabellarisk form ut ifra hvordan jeg tolker utvalgets tekstlige vurdering. Sammenligningsgrunnlaget er dagens system.

Kampen om virkelighetsforståelsen

Flere av de forhold utvalget har vurdert er vanskelige. Det datamessige grunnlag er på flere områder mangelfullt. Kunnskapen vår er mangelfull både om de enkelte faktorenes betydning og om samspillet mellom dem. En har derfor i stor grad måttet postulere hvilke deler av kritikken som påvirkes av eierstruktur, organisasjon og finansieringsmåte. Når virkeligheten er så vanskelig å beskrive, blir det en kan kalle kampen om virkelighetsforståelsen helt sentral for hvilke konklusjoner en kommer ut med.

En sentral problemstilling er vurderingen av situasjonen for helsetjenesten i dag. Er det en tjeneste i krise eller en rimelig god tjeneste utsatt for vellykkede krisemaksimerende utspill? Kapittel 5 i utredningen omhandler kritikken mot dagens ordninger. Det innledes på følgende måte:

I forhold til mange andre land er tilgjengelighet til helsetjenester i Norge nokså jevnt fordelt i befolkningen. Man har også en relativt godt utbygd primærhelsetjeneste, og det er grunn til å tro at kostnadskontroll og kostnadseffektivitet er relativt god i internasjonal sammenheng.

Ingen dårlig attest, spør du meg. Utvalget oppsummerer kritikken i relasjon til eierstruktur, organisasjon og finansieringsmåte i følgende punkter:

- Gjestepasientsystemet kan medvirke til at tilgangen på regionsykehustjenester varierer mellom fylkeskommunene, men det er vanskelig å dokumentere.
- Gjestepasientsystemet skaper planleggingsproblemer både for

- fylkeskommuner som er eiere og fylkeskommuner som ikke er eiere fordi nivået på pasientstrømmene vil variere.
- Det er betydelige problemer med å samordne sykehusenes aktiviteter innen enkelte fylkeskommuner og mellom fylkeskommunene innen den enkelte helseregion. Det bidrar til en uhensiktsmessig funksjonsdeling/sykehusstruktur og høyere kostnader enn nødvendig.
 - Forholdet mellom universitetene og regionsykehusene er konfliktfylt. Det hevdes at forskning prioriteres for lavt i forhold til pasientbehandling.
 - Statens finansieringssystem overfor fylkeskommunene og sykehusene er lite målrettet. En rekke ad hoc-pregede øremerkede tilskudd har gitt uoversiktlige og utilsiktede effekter.

Forventede utviklingstrekk det neste 10-året drøftes. Disse er del-

vis innbyrdes konfliktfylte og i strid med hverandre. I forhold til kritikken av dagens system er de mest relevante forhold at økende spesialisering og rask kunnskaps-generering stiller økende krav til kompetanse, etterutdanning og tettere integrering mellom behandlingsleddene. Utvikling av telemedisin og bedre kommunikasjoner gjør avstandsproblematikken mindre aktuell.

Uløste problemer

Hvilke problemer berøres ikke eller bare i liten grad av Hellandsvikutvalget? Jeg vil ikke gå inn på en dypere analyse av dette, men noen stikkord trenger seg på:

- forventningskrisen i helsevesenet
- medikaliseringssølgen og en etterspørsel uten grenser
- prioritering i praksis
- utdanning av helsepersonell

med den utdanning prioriterte behov tilsier

- plassering av helsepersonell der samfunnet ønsker de skal være ut i fra behovsprioritering og bibehold av geografisk og sosial likhet i tjenestetilbud
- mer kunnskapsbasert praksis
- tilstrekkelig bred og grundig beslutningsprosess før implementering av nye behandlingsmetoder
- bedret samhandling mellom primærhelsetjenesten og den spesialiserte helsetjeneste

Hvor viktige disse problemstillingene er kan nok også diskuteres. Men jeg sitter med en bestemt følelse av at Hellandsvikutvalgets innstilling ikke alene bør få dominere den helsepolitiske debatten i 1996.

Petter Øgar

Pb 411

5801 Sogndal.

C IMIGRAN® GLAXO® Migrenemiddel

ATC-nr.: N02C X04

- T INJEKSJONSVÆSKE 12 mg/ml:** 1 ml inneholder Sumatriptan succinat respond. sumatriptan 12 mg, natriumchlorid 7 mg, aqua ad inject. ad 1 ml.
- T TABLETTER 50 mg og 100 mg:** Hver tablett inneholder 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) o.s.
- EGENSKAPER:** Klassifisering: Vaskulær 5HT₁-receptoragonist. Virkningsmekanisme: Selektiv 5HT₁-receptoragonist uten effekt på 5HT₂- og 5HT₃-reseptorer. 5HT₁-reseptorer er funnet i hovedsak i carotis sirkulasjonen. Dilatasjon av disse karer antas å være den underliggende mekanisme ved migræne. 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 indolealkaloidderivat av sumatriptan, uten 5HT₁ eller 5HT₂ aktivitet. Utskillelse: I urinen.
- INDIKASJONER:** Injeksjonsvæske: Akutte anfall av migræne med eller uten aura der symptomene er alvorlige og annen behandling ikke har ført frem. Cluster hodepine. Tabletter: Akutte anfall av migræne 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 stramminger i deler av kroppen, inkludert bryst og halsregion. Symptomene er hovedsakelig 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 blodtrykkssjunning (10 mm Hg). Kvalme og oppkast. Mindre hyppige: Endringer i leverfunksjonsprøver. Hudutslett. Sjeldne (< 1/1000): Epileptiforme anfall, blodtrykkssjall, bradykardi, overfølsomhetsreaksjoner (fra hudreaksjoner til sjeldne tilfeller av anafylaksi). Takykardi. Hjerte-bank. 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. Migrænepasienter kan være spesielt utsatt for cerebrovaskulære hendelser (f. eks. cerebrovaskulær skade, TIA) som i enkelte tilfeller kan forveksles med symptomer på migræne. Sumatriptan bør bare brukes i tilfeller hvor det ikke er tvil om diagnosen migræne. Ved tvil bør pasientene henvises til nevrolog. Sumatriptan bør ikke benyttes ved hemiplegisk, oftalmoplegisk eller basilaris migræne. 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 krampe terskelen. 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

intak 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 oppstå som et resultat av migræne 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 AMNING: 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 migræne og cluster hodepine. Må ikke brukes profylaktisk. De anbefalte doser bør ikke overskrides. **Migræne:** Det anbefales å starte behandlingen ved de første tegn på migræne. 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 subkutan. 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 à 100 mg. En lavere dose (50 mg) vil være effektiv for noen anfall hos enkelte pasienter. 1 tablett à 50 mg bør benyttes dersom pasienten har nedsatt leverfunksjon eller dersom pasientens bivirkninger begrenser nytten av 100 mg tablett. 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 subkutan ved hvert anfall. Maksimum døgndose: 2 injeksjoner (12 mg). Det skal være minimum 1 time mellom dosene.

OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Injeksjonsvæsken beskyttes mot lys.

PAKNING OG PRISER: Injeksjonsvæske: Engangssprøyte: 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.

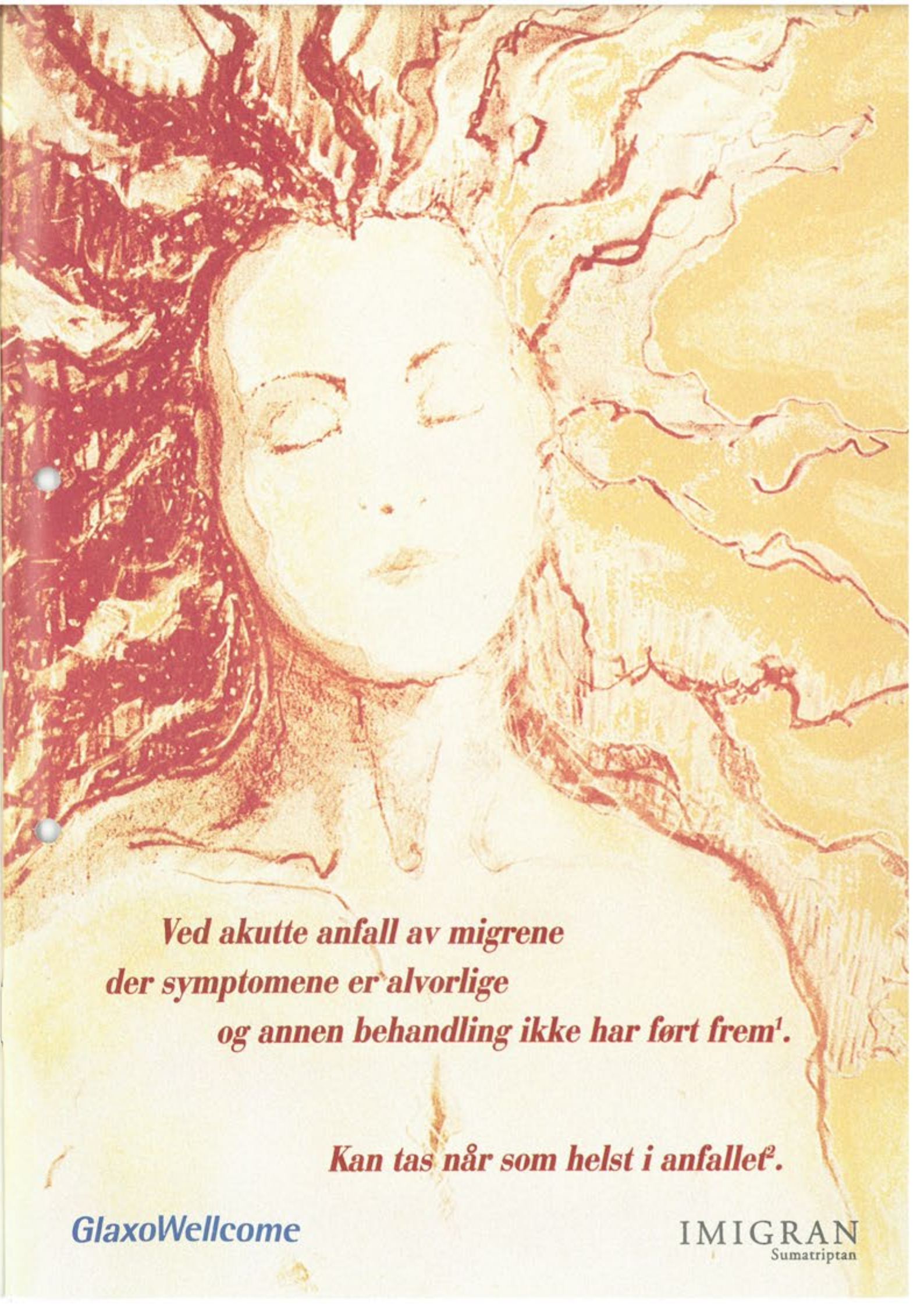
T:36

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 frem¹.*

Kan tas når som helst i anfallet².

GlaxoWellcome

IMIGRAN
Sumatriptan



Budesonid
Rhinocort®

ASTRA
Astra Norge

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