

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMIFUNNSMEDISIN

NUMMER 5

1996

ÅRGANG 25

*Balanse-
kunst i
velferds-
staten*

*Om royndoms-
opplevelinga i
folketrygda og
psykiatrien*



- 171** Eystein Straume
Leder: Trygden og legene
- 172** Geir Sverre Braut
Leder: Pontius Pilatus i helsetenesta
- 173** Hanne M. Undlien
Tre nekrologer over et samarbeidsforhold
- 176** Knut Lindtnær
Tre betraktninger om Jesus og psykiatri
- 181** Nekrolog over Olav Rutle
- Anders Smith intervjuet av Eystein Straume*
- 182** Vi må skape faget samfunnsmedisin med basis i de faktiske forhold
- 184** Utpostens 25-års jubileum
- 185** Framlegg til postbehandlingsprosedyre
Torgeir Fjermestad
- 186** Hvordan måle tilgjengeligheten på telefon?
Tore Ytterdahl intervjuer John Murtagh
- 192** John Murtagh – allmennmedisinsk pedagog i verdensklasse
- 195** Når noen ikke passer inn!
Even Lærum
- 196** Hvordan behandle urolithiasispasienter med akutt kolikk?
Satya P. Sharma
- 198** Traumatisk artritt i allmennpraksis
Aslak Bråtvær
- 200** Bruk av CRP testing ved luftvegsinfeksjonar
Cecilie Daae
- 202** Sykelig sorg eller syk av sorg?
Brev til ass. helsedirektør Lars Hanssen fra Kjeld Malde Kjære Lars!
- 205** Arne Ivar Østensen og Nils Carl Lønberg
Forslag om vaktlegekursus
- 206** Ola Berglund
En helsesøsters refleksjoner over et prosjekt
- 208** Petter Øgar
Helsepolitiske notater
- 212** Utpostens EDB-spalte – Hogne Sandvik
EYR – Norsk Epostliste for allmennmedisin
- 214** Bokmelding
Blå skygge
- 215** Bokmelding
Tausheitsplikt, personvern og informasjonssikkerhet i helse- og sosialsektoren
- 216** Vegard Høgli
Kvalitetshåndbok for samfunnsmedisin på Internett
- 216** Smil i hverdagen

Forsidefoto: Geir Sverre Braut

170

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

Abonnement:

Kr 325,- pr. år.
Bankgiro 3838.07.68248
Postgiro 0825 0835 397

Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s
Tlf.: 66 80 89 00. Fax: 66 80 08 47

Trygden og legene

Med stolthet og glede hevder vi at vi lever i en av verdens best fungerende velferdsstater og at vi har et tilsvarende godt helsestall. Rikstrygdeverket er den økonomiske garantisten og legestanden en av de faglige garantistene for denne velstanden. Forholdet mellom trygden og legene er imidlertid ikke uten problemer. De to partene skuler til hverandre i mistenksomhet og samarbeidet er ofte vanskelig. Dette nummer av Utposten bringer en nekrolog over samarbeidet (1). Det er grunn til å se nærmere på situasjonen. Den tredje part og den det gjelder, nemlig pasienten kan fort bli den skadelidende dersom trygden og legene ikke samarbeider.

Situasjonen er ikke uten lyspunkter. Trygdemedisin er blitt eget fag med akademisk forankring og med et nytt korps av trygdeleger. Og det utprøves ulike samarbeidsformer med samarbeidsutvalget i Nordland som et spennende eksempel. Men er dette nok til å bygge bro mellom to ulike kulturer?

Legene har lang utdanning bak seg, de er beskyttet og forpliktet av en egen profesjonslov. Legeløftet sier at pasientens beste skal stå i sentrum for legens vurderinger. Det er en tenking som passer inn i den rådende markedsliberalismen. Maksimering av den andres, nemlig pasientens nyt-

te skal være avgjørende for legens handlinger. Å søke den andre beste er også etisk sett, gullstandard. I tillegg forutsetter legeyrket ofte en betydelig selvstendighet.

De spesielle forholdene omkring vårt yrke gjør at samfunnet har bygget ut et betydelig tilsyns og kontroll apparat og det er fastsatt krav til legen om å holde seg faglig oppdatert.

Trygden følger andre regler, bokstavelig talt. Det kreves ingen spesiell utdanning for å bli trygdefunksjonær. Opplæring skjer internt og målet er å få en korps med regelorienterte medarbeider. For trygdefunksjonären er det viktig at reglene følges. Slik må det kanskje være, skulle trygdefunksjonären søke å maksimere pasientens utbytte ved hvert besøk på trygdekontoret så sprakk vel statsbudsjettet fort!

Men selv strukturen i samarbeidet er også vanskelig. Her kommer trygdens to ulike funksjoner inn som en vanskelig faktor. Trygden kontrollerer legenes regninger og inntekt samtidig som den skal være viktig samarbeidspartner i pasientbehandlingen. Legene er avhengige av forholdet til trygden. I hvor stor grad påvirker det våre handlinger? Blir forholdet til trygden viktigere enn legeløftet? Og hva med fastlegeordningen. Dersom den kommer, vil vel rikstryg-



deverket administrere de økonomiske forholdene i ordningen og gjøre legene totalt avhengige av trygden. Og fortsatt er trygden en lukket verden: Den lærer opp sine egne, har sine egne eksperter, sørger sin egen domstol -trygderetten. Og trygden unndrar seg tilsyn og faglig kontroll. Så langt har helsetilsynet ikke tilsyn med rikstrygdeverkets saksbehandling, ei heller med trygdelegenes vurderinger. Ikke rart da at mistenksomhet og samarbeidsproblemer gror som ugress i forholdet mellom trygden og legestanden. Og er vi tjent med at en tredjedel av statens budsjett forvaltes av et delvis lavkompetent, lukket system som unndrar seg faglig tilsyn?

Så blir utfordringen å skape større bevissthet om de to ulike kulturene og å finne gode samarbeidsformer. Mer samfunnsbevisste leger og større faglighet i trygden blir to viktige stikkord for veien videre.

Braune

Litteratur:

1. Undlien HM. Tre Nekrologer over et samarbeidsforhold
Utposten 1996;25(5) 173-5



Pontius Pilatus i helsetenesta

Redaksjonen har vald å trykkja ein tilsynelatande sprø artikkel av Knut Lindtner om røyndomsbiletet i psykiatrien (1). Lindtner illustrerer poenga sine ved å sjå på ulike Jesusfigurar som regelmessig dukkar opp i dei fleste byar og bygdelag også her i landet. Han peikar på at den einsame Jesus, han som ikkje maktar å få sin eigen kyrkjelyd, gjerne blir eit kasus for psykiatrien. Den gale forkynnar som riv folket med seg, sjølv om det er aldri så destruktivt, får gå fri for både politi og psykiatri.

I ei tid der fleire og fleire personar med psykisk sjukdom blir buande utanfor institusjon, er det viktig at ein gong på gong vender attende til spørsmålet om kva som skal til for at samfunnet skal gripa inn overfor folk med avvikande tankar og gjerningar – og ikkje minst – kva som skal vera kriteria for at det er helsestellet/psykiatrien som skal gjera jobben.

Eg trur ikkje faren er stor for at vi skal oversjå Jesus når han verkeleg kjem att. Dei fleste truande er vel ganske overtydde om at all tvil då vil bli rydda av vegen. Jesus klarar seg nok. Og for dei som ikkje trur, er spørsmålet i seg sjølv utan relevans. Det er ingen grunn til å behalda Jesus på annan måte enn kven som helst elles, vil dei meina.

Eg er meir redd for alle dei av oss som i kortare eller lengre periodar av livet må satsa på miskunnsame medmenneske for å overleva. Eigentleg sett handlar det om at folk og samfunn kan møta galskapen på ein verdig

måte, utan å nyttja det til eiga materiell eller immateriell vinning. Det sentrale spørsmålet er korleis ein kan ta frå folk delar av sjølvråderetten utan å krenkja menneskeverdet.

I norsk samfunnsordning kan ein grovt seia at det er helsestellet eller sosialtenesta si oppgåve å ta hand om folk når dei ikkje maktar å greia seg sjølv, medan det primært er politiet si oppgåve å gripa inn når folk krenkjer andre menneske sin integritet. Gråsonar finst. Ikkje sjeldan er det psykologiske avvik som er årsak til at nokon øver vald mot andre. Då kjem spørsmålet om behandling opp. Men kor langt skal helsestellet vera med på løpet når samfunnet krev behandling der slik ikkje er mogeleg? Dette er eit uløyst problem som vil bli endå tydelegare dess fleire personar med kronisk sjukdom som får varig bustad utanfor det psykiatriske sjukehuset eller sjukeheimen.

Eg møter ofte menneske med ei røyndomsoppfatning som ikkje samsvarar med den eg er kjøpt og betalt for å hevda. Stort sett handlar det om folk som har møtt veggen tallause gonger i møte med helsestellet og staten. Stundom har dei fått ei psykiatrisk diagnose og er på ein eller annan måte i krig mot denne. Oftast handlar det om personar som eg opplever som djupt ulykkelege og einsame i kampen sin. Deira møte med meg blir gjerne enno ein stein i ei allereide tung bør. Eg kan ikkje forstå deira tankar, sjølv om eg kan akseptera det dei gjev uttrykk for. I slike

situasjonar er oppgåva oftast å vurdera visse medisinske eller forvaltningsmessige forhold. Dette er gjerne lite problematisk i seg sjølv. Men nett fordi det er lite problematisk, kan det lett gå automatikk i vurderingane. Difor har eg sjølv funne nytte i nokre få retoriske kontrollspørsmål som alle bør kunna svarast på med nei. Det er: Er dette ein hekseprosess? Er eg Pontius Pilatus? Handlar dette om sosial renovasjon? Kan vedkommande klara seg betre utan enn med den aktuelle hjelpa? Kan andre gjera det meir forsvarleg enn helsetenesta?

Likevel, lobotomisoga og Juklerød-saka skremmer – og midt oppi dette sit nokon kvar av oss og er litt forvirra over manglande heimlar og fravære av allment aksepterte faglege normer for tvangstiltak overfor folk med kronisk psykisk sjukdom som bur utanfor institusjon og for åferdsterapeutiske tiltak overfor personar med psykisk utviklingshemming. Dette er ein del av den daglege verksemda i mange kommunar for tida. Kva skal medisinsk fagleg rådgjevar tenkja, sei og gjera?

Geirform Brant

Litteratur:

1. Lindtner K. Om psykiatri og virkelighetsforståelse. Utposten 1996;25(5):176-180.

Tre nekrologer over et samarbeidsforhold

Tekst: Hanne M. Undlien



Født 7. mai 1963. Cand med i 92. Vikariat Drammen legesenter 94, kortere vikariater i Oslo og Drammen etter dette. Jobber nå i A-Med, (tidligere Arbeiderbevegelsens Bedriftshelsetjeneste) som allmennpraktiker for ansatte i fagbevegelsen i Oslo.

I min jobb som allmennpraktiker i Oslo forholder jeg meg til mange ulike trygdekontorer da mitt pasientmateriale er hentet ut fra arbeidssted og ikke geografisk tilhørighet. Dette medfører at jeg ikke opparbeider meg et forhold til et fast trygdekontor men har saker enkeltvis mange steder.

Dette har avstekommet refleksjoner over hvordan trygdekontorene fungerer og hvordan de bør fungere. Kort oppsummert:

- 1) Hvordan er kommunikasjonen mellom trygdekontor og lege?
- 2) Hvor rask er saksbehandlingen?

- 3) I hvilken grad følger man gjeldende regler og ikke minst: har man satt seg inn i regelverket?

I det følgende vil jeg ta for meg tre kasuistikkene. De illustrerer hver for seg et sviktende system og en frustrerende hverdag for en som er tvungen samarbeidspartner.

Kvinne 65 år søker i ultimo juni lege. Fast lege er bortreist og hun velger ukjent lege. Bakgrunnen er langvarig konflikt med arbeidsgiver. Kvinnen er nedkjørt og vet hun ikke kan møte den kommende arbeidsuken som eneste på jobb. Hun har en verifisert belastningslidelse og har flere lange og korte sykmeldinger bak seg.

Arbeidsgiver underkjenner sykmeldingen og nekter å utbetale penger i arbeidsgiverperioden. Kvinnen med bruttoinntekt på 130 000 blir trukket for 1/2 lønn i juli og må ta opp lån hos sine barn.

Hun kontakter trygdekontoret gjentatte ganger og ber om at de må utbetale pengene. Arbeidsgiver på sin side sender med et kryptisk informasjonsskriv hvor hennes adgang til anke berøres. Kvinnen gir dette til meg; heller ikke jeg skjønner hva dette dreier seg om. Jeg kontakter trygdekontoret, møter saksbeandler som «er halvt inne i saken». Jeg utber meg en forklaring og ber også saksbeandler om å forklare framgangsmåte her. Det kan ikke saksbeandler, «det er desverre så sjeldent vi behandler slike saker at jeg ikke vet hvordan vi løser det». Ved samtalene har det gått 3 måneder siden pengene ble holdt tilbake. Pasienten har kontaktet trygdekontor, legen som sykmeldte henne, arbeidsgiver og advokat. Ingen kan

forklare henne hvordan hun skal få pengene sine. Til slutt sitter hun på mitt kontor og gråter. Jeg kontakter sosialdepartementet og får gjennom advokat der vite om «ankenemda for sykepenger i arbeidsgiverperioden.»

Jeg skriver brev til trygdekontoret, forklarer pasientens bakgrunn og ber trygdekontoret forskuttere pengene og inndrive dem fra arbeidsgiver. Trygdekontoret besvarer ikke brevet, på telefonisk purring etter en måned får jeg avslag. Ved purring etter 4 måneder skal saken oversendes til ankenemda. Jeg har et nytt moment i saken: Saksbeandler «skal notere det på papirene som oversendes». Jeg skriver for sikkerhets skyld nytt brev der det nye momentet preseseres. Etter drøye 5 måneder avgjøres saken på det lokale trygdekontoret. Arbeidsgiver må betale innen en uke, hvis ikke vil trygdekontoret forskuttere beløpet.

Min pasient gikk gjennom 5 måneder, de siste av hennes arbeidsliv med elendig økonomi, utallige skriftlige og muntlige henvendelser til trygdekontoret, utgifter til advokat som barna måtte betale, alt dette fordi «arbeidsmengden var så stor». Ikke én gang tok trygdekontoret kontakt med meg eller pasient for å besvare, avklare eller beklage.

Kvinne 45, årevis med korte og lange sykmeldinger. Diffus sykehistorie med asteni, overvekt og hypertensjon. Jeg overtar henne i august og får umiddelbart behov for å avklare en del ting og også lage mer permanente løsninger på hennes sykmeldingsbehov. Jeg ser klart at hun etter noen uker med full jobb blir gradvis nedkjørt, hun går på kort tid opp 4-5 kg, det

meste ødemer. Blodtrykket er tidvis altfor høyt, men jeg finner ikke at dette er annet enn en essensiell hypertensjon.

Etter mange runder blir hun enig med meg at et basismøte likevel kan bli fruktbart. Jeg skriver en sykemelding 2 etter 8 uker og tar imot trygdekontorets utstrakte hånd; Ja, jeg ønsker et basismøte.

Etter en måned får jeg oversendt kopi av brev fra trygdekontoret, brevet er stilet til pasienten og forklarer at til tross for nærmest umenneskelige anstrengelser har man ikke lykkes å finne min adresse. Jeg kontakter aktuelle saksbehandler: hun gjentar historien med sin innsats som adressejeger. Jeg viser til den aktuelle sykemelding 2 som hun har opplyst at hun sitter med mellom fingrene og forklarer at adressen min står her i tillegg til på alle de ca 5 andre sykemeldingsattestene hun har fått fra meg. Det framføres en beklagelse, jeg benytter anledningen til å påpeke at det samme trygdekontor har feilsendt en rekke krav om sykemelding 2 til en arbeidsgiver jeg jobbet hos for 2 år siden, nærmest i blinde har de sendt fra seg disse kravene som bl.a. kommer til min manns arbeidsplass påført «lege Undlien». Alle sykemeldingsattester er datakjørt og rutinemessig påført min adresse.

Vel, jeg legger dette til side og spør om hva som er skjedd med min forespørsel om basismøte. Nei sier damen, det har du ikke bedt om. Jo sier jeg, det står på skjema, jeg er ikke i sykemeldingen på data og ser at det er gjort. Nei sier damen igjen. Jeg fortsetter å insister. Til slutt må jeg forklare hvor på attesten det står, jeg leser høyt. Ja sier damen men det var litt vanskelig å lese... Rett under står det: Ønsker De at trygdekontoret skal ta kontakt med Dem for å drøfte sykemeldingstilfellet? «Ja» har jeg skrevet. Kjenner ikke de ansatte på trygdekontorene til sine egne skje- maer? Kan de ikke lese?

Så kommer vi til sakens kjerne: damen siterer meg på at jeg ønsker

pasienten 50% ufør, da trenger jeg kanskje ikke basismøte? Jeg leier henne tilbake i teksten og viser at pasienten ønsker uføretrygd, ikke jeg. JEG ER I TVIL OG DERFOR BER JEG OM ET BASISMØTE. Jo sier damen, men pasienten er jo friskmeldt. Ja det gikk bedre nå, så hun ville prøve seg igjen men jeg skulle kanskje holdt henne sykemeldt i påvente av basismøte? Ny runde på problematikken: Nei, det er ikke varig, ja, pasienten kommer til å bli sykemeldt igjen i løpet av kort tid. Pasienten er informert om at det vil bli basismøte, hun gruer og jeg har brukt endel krefter på å få motivert henne til dette men vi kan selvsagt vente til neste sykemelding 2, som dere jo likevel ikke klarer å lese slik at jeg igjen kan purre dere etter en måned slik at hun igjen blir friskmeldt, slik at gisp...

Ja jeg tror det er best slik sier damen og vi skiller i den verste forståelse.

Mann 62, Har blitt tvunget til å si opp sin stilling. Er nedstemt og føler seg svært urettferdig behandlet. I tillegg har han en lei bronkitt som ikke vil bli bedre til tross for flere antibiotika kurar. Ved første konsultasjon framkommer det at han har lønn et halvt år, deretter vil han være arbeidsledig. Blir han imidlertid langtidssykemeldt kan han få sykepenger i inn til 1 år. Langt mer enn han vil få som trygdet. Jeg er i tvil. Vel er han nedfor og bitter, men er dette en behandlingstrengende depresjon som kvalifiserer til sykemelding?

Jeg henviser han til psykiatrisk poliklinikk bl.a. med forespørsel om å vurdere sykemeldingsbehov. Jeg sykemelder ham noen uker for hans bronkitt men jeg frykter at det kan bli vanskelig å få ham av sykemelding. Allerede ved 6 uker skriver jeg føre var sykemelding 2 og krysser av for basismøte. Jeg påfører her samvittighetsfullt mitt oppdrag til psyk. pol., og refererer svaret: «Satt opp hos sosionom, egen lege kontinuerer sykemel-

ding.» Denne gangen blir det en mer ubehagelig konfrontasjon med pasienten som føler seg mis- tenkeliggjort.

Etter en måned mottar jeg brev fra trygdekontoret: de vil gjerne ha en uttalelse fra psykiatrisk poliklinikk og finner det tydeligvis mest naturlig at jeg gir dem den. Min forespørsel om basismøte blir overhode ikke berørt, men jeg bes om å være rask for her står det om en sykemelding som kanskje er skrevet på sviktende grunnlag. Jeg er denne gangen trett av telefoner og ber skriftlig om en forklaring på at jeg nok engang avkrevdes erklinger når jeg gjennom hele min sykemelding 2 gir uttrykk for nøyaktig samme bekymring og ber om hjelp!

Nå skal trygdekontoret ha ros; etter bare 4 dager får jeg svaret. Heller ikke denne gangen synes de min forespørsel om basismøte er viktig. (Det kan ha sin bakgrunn i at pasienten nok en gang er friskmeldt, men det kunne gjort seg med et par ord om emnet.) Imidlertid er de villige til å betale meg for sykemelding 2. Pengar for uttalelsen fra psyk. pol. ser de seg desverre ikke i stand til å betale da dette skulle stått i forut sendte sykemelding 2. Denne var altså «mangelfullt utfyldt» fordi jeg hadde unnlatt å påføre den uttalelse psykiatrisk poliklinikk ville komme til å sende meg!

Har trygdekontoret noen gang hørt om en psykiatrisk poliklinikk som i løpet av 6 uker har klart:

- 1) Motta søknad,
- 2) Finne en ledig time,
- 3) Gjøre en vurdering over noen tid,
- 4) sende en tilbakemelding.

For det aktuelle trygdekontor er saken avsluttet med dette: De vil helst ikke høre mer fra meg og ber meg «Anke saken inn for fylkes- trygdekontoret i Oslo» dersom jeg skulle finne dette urimelig. Det blir herved gjort!

Så min siste klage: Som lege uten refusjonsavtale har jeg krav

på betaling for erklæringer skrevet på trygdens oppdrag. Dette er nedfelt i RTV rundskriv 0205 nr 1, vedlegg 6. Bare så sørget at ingen trygdekontorer vet dette. Hvor gjør de av de vedlagte regningskortene? Fram til for 2 uker siden hadde jeg sendt ut 15 regningskort. 1 har jeg fått utbetalt beløpet på, men hvem var det? Det kom gjennom hjemkommunens trygdekontor, de fant meg nok ikke i sine ruller og plasserte meg for anledningen som spesialist. Utbetaling kr. 82 for spesialisterklæring sto det. Men hvem hadde jeg skrevet erklæring på og hvor stammet pengene fra? Nei det sto ikke.

Så jeg har funnet en løsning på

dette: For hvert regningskort jeg sender fra meg vedlegger jeg et standardbrev hvor jeg opplyser om mine rettigheter. Det virker!

Som lege er jeg avhengig av å kunne stole på mine samarbeidspartnere profesjonalitet. Jeg stoler på at mine diabetikere får god oppfølging når jeg henviser til medisinsk poliklinikk. Jeg stoler på at kirurgene gjør arbeidet sitt, at pasienten som av nevrolog er frikjent for migrrene ikke trenger imigran. Jeg stoler på at reseptene mine blir riktig ekspedert på apoteket og at hjemmesykepleien kommer når de skal. Og jeg blir ikke ofte skuffet.

Men trygdekontoret skuffer meg: Det holder ikke å høre at

arbeidsmengden er for stor når pasienter sitter uten muligheter til livsopphold. Det er uakseptabelt å ikke svare på brev. Det er useriøst å ikke kjenne reglene etter 3 måneders mulighet til å sette seg inn i dem. Det er provoserede å få krav fra trygdekontoret som står i grell kontrast til de signaler man prøver å gi. Det er skuffende å bli tilbuddt hjelp når den ikke gis.

Det stilles stadig strengere krav til legene både fra trygdekontor og samfunn, men hva slags rettigheter har man som lege og samarbeidspartner og hvilke virkemidler kan man ta i bruk når systemet svikter?

Hanne M. Undlien

Voll Terrasse 63B, 1342 Jar

Arbeidsmedisinske forsknings-metoder og prosjektarbeid

18.-22. november 1996

Målgruppen er leger med tilknytning til det arbeidsmedisinske fagområdet. Kurset er obligatorisk og teller som 40 timer i spesialiteten arbeidsmedisin, og søkes også godkjent i utdanningene allmennmedisin, samfunnsmedisin og «bedriftslege DNLF».

Målsetningen med kurset er å styrke den vitenskapelige basis for arbeidsmedisinsk virksomhet. Ingen blir forsker av et kurs på en uke, men den kritiske sans kan skjerpes, ikke minst når vi leser artikler. Hvis noen blir stimulert til å gjennomføre et prosjekt som tilfredsstiller kravene til forskningsprosjekter, er det gledeelig. Uansett har vi alle nytte av å styrke vår evne til å planlegge og gjennomføre prosjekter.

Kurskomité:

Knut Skyberg (KS), overlege, Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) (kursleder)
Petter Kristensen (PK), overlege STAMI
Tor-Erik Danielsen (TED), bedriftslege, Dagbladet

Kurssted: Oslo

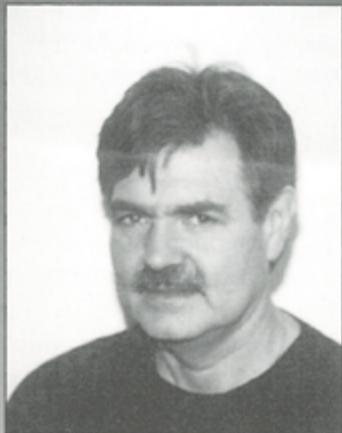
Påmeldingsfrist 1. oktober. Maksimalt antall deltakere 30. Kursavgift kr. 4.000 som dekker kursmateriell, lunsj og kaffepauser. Kursmiddag mandag 18.11 kl. 19.30 kr. 450

Kurssekretær og påmelding:

Anne-Lise Nordhagen, Statens arbeidsmiljøinstitutt, Pb. 8149 Dep., 0033 Oslo.
Tlf. 22 92 07 01. Faks 22 92 05 26.

Tre betraktninger om Jesus og psykiatri

Tekst: Knut Lindtner
Illustrasjon: Trude Berg



Født i 1945 i Bergen. Utdannet psykolog ved Universitetet i Oslo 1972. Skolepsykolog i Sogn, Finnmark og i Bergen tilsammen 14 år. 5 år ved Sandviken sykehus og i 2,5 år Hammerfest sykehus. Nå sjefpsykolog ved Lofoten sykehus.

Innledning

Arnold Juklerød døde nylig. Dødsfallet bringer spørsmålet om psykiatriens virkelighetsoppfatning i fokus.

I og med at departementet nå innrømmer at han i sak hadde rett, skolestyrevetaket som Juklerød protesterte mot var ulovlig, snus alt på hodet. Det forelå ikke saklig grunnlag for innleggelse og diagnostisering. Hvordan kunne det da skje? Hvilken virkelighetsforståelse ble brukt da psykiatrien utstyrte

Juklerød med diagnose og satte han på tvang?

Denne artikkelen må forstås som en kritikk av deler av tenking og praksis i norsk psykiatri. Hadde det vært så enkelt at psykiatrien bare gjorde gode gjerninger, ville ingen Juklerød-sak eksistert. Da hadde det ikke vært noe å diskutere. Problemets er at psykiatrien ikke bare hjelper folk, men også ødelegger mennesker.

Artikkelen er også en kritikk av utdanningsinstitusjonene våre for psykiatere, psykologer og andre. Disse utdanner fagfolk til arbeid med mennesker i nød uten å utstyre dem med en tilstrekkelig kritisk bevissthet om det de skal gjøre.

Artikkelen er ikke kritikk av den enkelte medarbeider innad i psykiatrien.

I denne artikkelen brukes Jesus uten anførelstegn. Det motsatte hadde muligens vært det mest korrekte. Det er ikke den historiske Jesus jeg omtaler, men ulike mennesker som gir seg ut for å være Jesus. Det har jeg ikke forutsetninger for å avgjøre. Dermed blir også bruken av anførelstegn vanskelig. Det kan jo hende at en av dem faktisk er Jesus.

Jesus og psykiatri

For mange er det vanskelig å se at disse to tema kan ha noen indre forbindelse. Psykiatrien er en moderne oppfinnelse, mens Jesus levde for to tusen år siden.

Jeg skal imidlertid reise noen spørsmål i tilknytning til dem. Spørsmålene kan virke banale overfladisk sett. Men alle berører problemet rundt psykiatriens virkelighetsoppfatning.

I. En Jesus-etterligning

Dette er en historie jeg ikke vet sannhetsgehalten av, men i og for seg er det uviktig. Den egner seg som illustrasjon for det jeg ønsker å problematisere.

For noen år siden skulle hendingesamfunnet demonstrere mot julefeiringen og alt dens vesen. Representanter for organisasjonen kleddet seg i kjortel, sandaler og tornekrans. Det skulle ikke være tvil om at det var Jesus som var gjenoppstått, slik vår offisielle statsreligion slår fast kommer til å skje.

Jesus gikk ut i julehandlegaten og anskueliggjorde uoverensstemelsen mellom julens innhold og dens faktiske og praktiske utføring for mange i vår tid.

Demonstrasjonen skulle illustrere det religiøse forfallet som hadde funnet sted, hvis det var et poeng. Den første uvilkårlig tankene hen på historien om da Jesus rensket templet for dem som hadde omgjort det til en markeds-plass.

Imidlertid forgært opprinnet noen. De ble helt konkret gjort oppmerksom på at de forberedet et deilig bløt og dette provoserte.

Jesus hos politiet

Politiet ble innkalt på grunn av gateordenen. Jesus ble tauet av Svartemaja, og tatt inn til forhør. Her ble Jesus bedt om personalia, og han svarte som historisk korrekt var, at han het Jesus og var fra Nasaret. «Det er du ikke», sa politimannen. Her begynner spørsmålene.

Hvordan kunne politimannen vite det? Hadde han fingeravtrykk av Jesus eller korrekte politibilder?

Tror ikke vi offisielt at Jesus skal dukke opp i framtiden og skille syndere fra frelste? Er ikke det den norske statens offisielle tro? Hvordan kan da en polititjenestemann tvile på Jesus når han endelig dukker opp?

Men situasjonen er nok den at falske Jesuser har dukket opp i høpetall til alle tider. Enhver nøktern politimann har all grunn til å tvile når noen presenterer seg som Jesus. Men da får han et annet problem. Folk som presenterer seg som Jesus og som ikke er det, må være gale. De hører hjemme i psykiatrien, ikke på politistasjoner.

Vår demonstrant ble sendt hjem etter at han hadde innrømmet sin egentlige identitet, som er dårlig Jesus-etterligning.

Andre, som hardnakket holder fast ved at de er Jesus og ikke gir inntrykk av løyer og fanteri, havner i realiteten i psykiatrien.

Jesus og mirakler

Offisielt tror vi at Jesus vil komme igjen. Hva ville skjedd hvis Jesus kom igjen til Norge i morgen? Hvordan skulle han presentere seg etter at titusener falske Jesuser i over to tusen år har skjerpet vår skepsis til det ytterste?

Det er grunn til å regne med at han ikke kom utenom sterke virkemidler – mirakler. I det gamle Israels land var mirakler kraftige saker med stor overbevisningskraft. I dag har vi moderne mirakelmenn (tryllekunstnere) som ved hjelp av moderne vitenskap produserer mirakler på løpende bånd. En rekke av Jesu mirakler fra den gang ville publikum gispe til i dag.

Dermed gir konklusjonen seg selv. Jesus ville fort bli en pasient ved en av våre psykiatriske innretninger. For å bli trodd måtte han holde fast ved sin identitet som Jesus, men da var det gjort. Alle de falske Jesusene som hadde kommet før han, hadde beredt grunnen for en tvangsinleggelse av den ekte personen.

Kanskje Jesus allerede er tilba-



Figur I. Falske Jesuser kryr det av. Mange får gå fritt omkring. Kanskje den ekte er tatt av psykiatrien.

ke, men ligger sterkt neddopet av nevroleptika-medisin, som tvangsinngått pasient helt ute av stand til de minste mirakler?

I et slikt perspektiv er det grunn for kristenheten å rette kraftig søkelys mot psykiatrien og dens funksjon i samfunnet. Hvis Jesus kommer igjen kan vi altså risikere at han ender i et av våre psykiatriske sykehus som uhelbredelig.

I psykiatrien er det troen som råder – ikke tvilen. Troen på diagnoser og kjemi (piller og sprøyter), troen på at faget forvalter sannheter på vegne av staten og den allmenne offentlighet samt troen på egen fortrefelighet: vi vet hvem som ikke er Jesus!

II. Falske Jesuser

Som vi tidligere har sett, kan historien vise til massevis av falske Jesuser. De kaller seg ikke alltid Jesus, men de regner seg som utsendinger med direkte kontakt med Gud.

Åpenbart er de falske for alle andre enn for tilhengerne som tror

på dem. For hvis 500 ulike mennesker mener de er Jesus på en og samme tid må minst 499 ta feil.

Disse menneskene kan være meget farlige.

Farlige typer

I Guyana begikk 500 mennesker kollektivt selvmord etter marsjordre formidlet av en lokal Jesus. I Sveits og Canada skjedde det samme, igjen etter inspirasjon fra en person i direktekontakt med høyere makter. I Tokyo skulle tilfeldige reisende i T-banen til himmels med gass. Politiet arresterte en lokal Jesus etterpå. I USA ble FBI-agenter skutt da de skulle hente sektedømde til avhør. Deretter tente sekten på templet sitt og brant seg selv til døde.

Mildere varianter av lignende saker er det nok av.

Men hvor er psykiatrien? Hvorfor griper de ikke inn? Dette er åpenbart folk som både er hallusinert, har storhetsvanvidd, er personlighetsforstyrret eller lider av andre psykiske uhumskheter.

Psykoser i full offentlighet

Her inntrer et merkelig fenomen. Personer med åpenbare vrangforestillinger og personlighetsforstyrrelser framstår i full offentlighet med sine psykoser. Hvor er politiet, hvorfor blir de ikke tatt til forhør og avtvunget en dementi i det minste? Disse lederne får gå fritt omkring med sine vyer. Ikke nok med det – offentligheten regner dem plutselig som tilregnelige.

Men hvis de er tilregnelige, må de være Jesus alle og en. Selv et barn forstår at det ikke holder.

Hvor er psykiatrien?

Likevel griper altså verken psykiatri eller politi inn overfor disse menneskene. Det er riktig nok ikke forbudt å være identitetsforvirret, men å sette forvirringen i system med menigheter – det er farlige saker i mange tilfeller.

Kan det være at psykiatrien



Figur 2. Kjemisk fjerning av Jesus-tanker.

ikke ser dette før skaden er gjort? Lite trolig. Dette har jeg vist ovenfor. Falske Jesuser trer fram overalt, og det har de gjort til alle tider. Med en gang slike typer dukker opp, skulle de være omfattet en grundig personlighetssjekk og avkrevet løfte om å holde galskapen for seg selv.

Hvis de hardnakket fastholder sin identitet som Jesus, skulle de vært avkrevd mirakler. Slik sett skulle det være enkelt å undersøke holdbarheten i påstandene. Og hvis de ikke ga seg, skulle de vært medisinert fort og effektivt, slik det skjer med alle andre pasienter som har hallusinasjoner og plages av vrangforestillinger.

Psykiatrien gjør ikke dette. Falske Jesuser får gå rundt med sine budskap og spre dem til alle som vil høre på. Hvorfor ble den uekte Jesusen arrestert i handlegaten? Var det fordi det allerede i utgangspunktet var klart at det var et falskneri – men da var han også ufarlig.

Hvorfor blir de falske Jesuser

behandlet med silkehansker i motsetning til andre med store psykiske plager? Hva er kriteriene for å la en Jesus drive på uhemmet i samfunnet, mens en annen stakkar blir neddopt?

Dette er spørsmål som dreier seg om psykiatriens konsekvens og inkonsekvens.

Tvangsmedisinering

Vi kan tenke oss hva som kom til å skje hvis psykiatrien medisinerte en Jesus med egen menighet. Evnene til å begeistre menigheten ville bli borte, tankenes frie flukt ville falle død til jorden. Store møter med lederen ville være ute lukket fordi han ville være ute av stand til de store vyer og skjonne opphissende betraktninger. Han ville ikke kunne brukes som Jesus lenger. Menigheten ville lide et ubotelig tap. Meningen med livet ville være borte.

Psykiatrien ville unngjelde. Det var de som gjennom helbredende medisiner hadde ødelagt frelseren og hans guddommelige evner. Raseriet ville vokse etter hvert som det ble snakket om det. Det ville bli debatt om psykiatrien og dens praksis.

For psykiatriens omdømme ville ikke det være bra. Kanskje fagfolkene ville få spørsmål de ikke kunne svare på? Kanskje også andre grupper sluttet seg til med nye og ubehagelige spørsmål? Kanskje noen begynte å undersøke andre tilfeller med medisinering og tvang – selv tilfeller med folk som ikke hadde påstått de var Jesus? Kanskje det ville bli stilt spørsmål om hensikten med det også? For hvis Jesus med sin kraft ikke kunne verge seg mot medisin-virkningen, hvordan ville den virke på andre uten mirakelevner?

Se gjennom fingrene

Det beste for psykiatrien ville derfor være å la falske Jesuser med egen menighet gå fri så lenge de ikke foretok seg for mye galskap.

Det ville føre til mindre ubehag for faget, og mange mennesker ville finne en ny mening med livet – selv om psykiatrien visste at det var juks og løgn, fordi den lokale Messiasen åpenbart var gal.

Ingen ville stille ubehagelige spørsmål og alt kunne være som før: inkonsekvent og i sin skjønneste orden.

Og på den måten ville flertallet være fornøyd. Menighetene ville kunne holde på med sitt i fred og ro, med sin falske Jesus som begeistrete seremonimester og åndelig overhode. Psykiatrien kunne styre med sitt, uten nærgående spørsmål og ubehagelig oppmerksomhet.

Men er dette konsekvent? Er dette vitenskap?

Kanskje psykiatriens hovedfunksjon er å være et av samfunnets skjulte maktmidler. I motsetning til politiet, kamufleres den av kappen «vitenskapelighet». Politiet er det det er; samfunnets sivile direkte maktapparat for å sikre at spillereglene for oppførsel følges. Psykiatrien derimot, er den samfunnets skjulte hånd som tar vare på de som faller utenfor politiets klør, men som oppleves som så plagsomme at de må i forvaring?

III. En ensom Jesus

En av de mange Jesuser, var en ordentlig mann. Han hadde arbeid, hadde familie og levde et vanlig liv. Imidlertid var han blitt plagsom for familien fordi han snakket om seg selv som Jesus. De oppfattet han som ektefelle og pappa og ble skremt av Jesus-snaket hans.

Det måtte være noe alvorlig fatt. Pinlig ble det for dem da han begynte å snakke til andre om det. Familien opplevde da at han skjemte dem helt ut. Doktor ble tilkalt mot Jesu vilje. Innleggelse ble ordnet og han ble tvangspumpet med sterkt nervemedisin. Den virket som den skulle, og tankene om seg selv som Jesus bleknet med følge av kjemiens påvirkning. Men borte ble de ikke.

Poliklinisk Jesus-arbeid

For å få fjernet Jesus-tankene helt, skulle han følges opp av fagfolk poliklinisk. Ingen tenkte engang å stille spørsmål om han kanskje var Jesus. Han manglet de fleste nådegavene. Ikke hadde han evne til å hisse forsamlinger inn i skjønn religiøs rus – altså gi dem opplevnelser til vederkvegelse. Ikke hadde han misjonærers smittende overbevisning som må til i store doser hvis tvilere skal vinnes. Ikke hadde han mirakelevner, ikke varme hender engang. Han var et helt vanlig menneske, som hadde fått for seg at han var Jesus.

Alle skjønner at det ble for tynt. Men fagfolkene som skulle fjerne Jesus-tankene, fikk ikke det til. For det første demper ikke nervemedisinen bare de vonde tankene, de feilaktige forestillingene, alle de synspunktene som ikke er helt

«friske» – den demper tenkeevnen i sin alminnelighet, også de gode og «sunne» tankene, de riktige tankene, de tankene som skal få deg på andre tanker.

Dessuten – hva hadde fagfolkenes å gi i erstatning for Jesus? Napoleon, Josef Stalin, Einar Gerhardsen? Dårlige greier. Dessuten er ikke det fagfolkenes jobb. Den eneste gulroten de kunne by på, var et vanlig liv fra åtte til fire og med familien i helgene. Dessuten at de litt etter litt ville fjerne det kjemiske lokket medikamentene hadde lagt over tenkeevnen. Dette siste var i virkeligheten det eneste som fristet. Nervemedisinen hadde ganske plagsomme bivirkninger.

Jesus skal forkynne

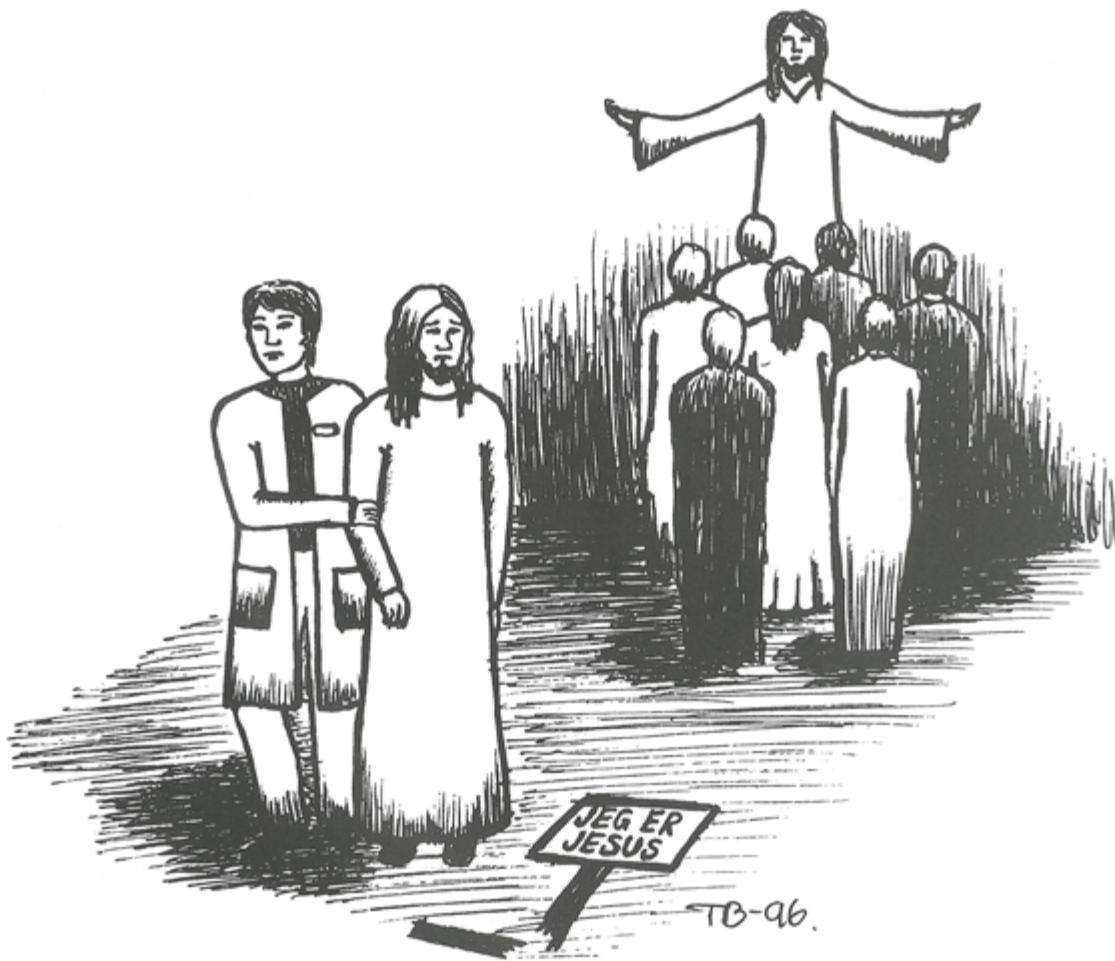
Det ble også oppleget. Mye tid

gikk med til å forklare og instruere Jesus om at når en trappet ned medisinene, måtte han ikke snakke høyt om at han var Jesus til andre, selv om lysten ble ubendig sterk. Gjorde han det, ble folk rundt han skremt og det ble en ny runddans med tvang, sproyter, innleggelse og masse ubehag som ingen var tjent med.

Men overbevisningens kraft er sterk. Tankene trengte seg på etter hvert som det kjemiske trykket løftet. Han måtte ut med det. Det skulle bare mangle. Hvis noen virkelig mener de er Jesus, er det meningsløst å holde det for seg selv. Poenget med Jesus er nettopp det å stå fram. En Jesus som ikke gjør det, er et paradoks av en frelses.

Det burde ikke overraske fagfolkene at de fikk en evig runddans mellom innleggelse, medisi-

Figur 3. Jesus med flokk er trygg. Streif-Jesuser tar psykiatrien seg av.



ner, gradvis nedtrapping og nye forsøk på forkynnelse.

En gang under de vedvarende polikliniske samtalene mellom hver innleggelse, var Jesus svært lei seg. Terapeuten spurte hva det var. Jesus svarte: «Det er ingen som tror på meg».

En Jesus som ingen tror på, er en stor tragedie. Hva skal han kunne brukes til? Ingen menighet, ingen begeistring, intet fellesskap i troen! Ingenting.

Deretter bønnfalte Jesus terapeuten: «Kan ikke du tro på meg?» Men terapeuten var betalt for å fjerne Jesus-tankene – ikke tro på dem. Jesu forespørrelse truet dermed terapeutens levebrød. Han manglet dessuten som før nevnt alle nødvendige nådegaver. I tillegg var terapeuten en erklaert ateist. Det var en fullstendig håpløs bønn. Terapeuten sa: «Jeg tror ikke på Gud engang».

Jesus forble ensom og forlatt i troen.

Jesus trenger menighet

Hadde han klart å skaffe seg en menighet, hadde psykiatrien styrt unna. Det er forskjellen. Jo større menighet – desto lengre avstand ville vitenskapen holdt. Ensomme Jesuser er lett bytte. Jesuser med store tros-skarer, er farlige for psykiatrien, men også for folk flest.

Dette er et paradoks. Psykiatrien kan og skal bruke makt overfor folk som er til fare for seg selv og/eller andre. Jesuser med flokk

kan, som vi har sett, ofte være meget farlige typer. De har en tendens til å hisse både seg og flokken opp. Streif-Jesuser er av samme grunn mindre farlige, fordi de mangler flokken. De har ingen andre enn seg selv å hisse.

Terapeutens Jesus var ikke farlig. Et eksempel: Denne ensomme Jesusen måtte sykemeldes fra jobb tre uker før hver jul på grunn av alt oppstyret rundt ham i radio og fjernsyn. Det ble snakket om Jesusbarnet både seint og tidlig, og det gikk ut over konsentrasjonen på jobben. Han hadde en ansvarsfull jobb som kunne sette andre menneskers liv og helse i fare. Hvordan kunne han være en fare for andre? Han var plagsom for familien, det er sant. Men det er ikke forbudt. Jeg vet om mange flere som psykiatrien ikke har tatt seg av som plager familien mye mer enn terapeutens Jesus.

Personlig tror jeg at demokratiet og makta rår. Folkeflertallet bestemmer hva som er sant og hva som er vrangforestillinger. Får du noen til å tro deg, er du reddet. Deres tro vil beskytte deg mot psykiatrien. Har du en menighet er du ikke gal, men en åndelig leder av en sekt. Da står du sterkt. Vokser menigheten utover, kan du bli en religionsstifter. Da vil du kunne få fagfolk og psykiatrien til å tro deg. Da er du virkelig ovenpå.

Streif-Jesuser er utsatt. Dem tar psykiatrien seg av hvis de ikke lærer seg å holde kjeft. Dem er det jakttid på året rundt. Lukter psykiatrien en streif-Jesus, slippes jaktlaget laus og du trenger nådegaver i massevis for å unnslippe.

En forkynnelseskåt streif-Jesus uten blygsel som står i starten av sektstifting, er i en sårbar fase. Til dem vil jeg si: Vokt dere for psykiatrien. Den har monopol på sannheten.

For alle dere andre uten hang til religiøst svermeri: Det er makta som rår, ikke alltid fornuftens eller vitenskapen. Utfordrer dere makta kan psykiatrien tas i bruk, slik det ble gjort med Arnold Juklerød.

Da spiller det ingen rolle om du har rett. Jesus med flokk har makt, derfor fredes slike av psykiatrien, selv i den beste jakttiden. Om de har rett, slik Arnold Juklerød hadde, spiller mindre rolle.

*Knut Lindtner
Voksenpsykiatrisk poliklinikk
Lofoten sykehuse, 8372 Gravdal*

Opplæringskonferansen

2.- 4. oktober 1996, Folkets Hus i Oslo

Læring for livet – fra lydighet til selvstendighet
Konferansen er godkjent tellende med 18 timer til spesialiteten allmennmedisin, 16 timer til barne- og ungdomspsykiatri, 18 timer til barnesykdommer, 9 timer til ysikalsk medisin og rehabilitering, 18 timer til indremedisin, 18 timer til revmatologi og 18 timer til samfunnsmedisin.

Wonca 1997

Wonca-konferansen arrangeres
30. august til 3. september 1997 i Seoul, Korea.

Henvendelser kan gjøres til:

Conference Secretariat

SL Kangnam PO Box 305, Seoul, 135-603, Korea

Tel: 82 2 3476 7700

Fax: 82 2 3476 8800

E-mail: koconex@chollian.dacom.co.kr.



Magne Nyjenna

Olav Rutle er død

Det var en svært vond og lammende nyhet som rammet oss da vi fikk høre at Olav Rutle døde brått og uventet under en sykkeltur den 23. august. Siden har vi forsøkt å samle oss i det følelses- og tankekaos vi befinner oss i. Smerten, sorgen, savnet gjør at vi leter etter trøst. Ord blir selvsagt fattige og utilstrekkelige.

Olav Rutle var helt spesiell – han var et menneske og kollega av en særdeles edel stopning. Hans faglige liv levde han med begge bein godt plantet såvel i den akademiske allmennmedisin (ved Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Oslo) som i sin allmennpraksis på hjemstedet Jessheim. Hans roller var mange: lærer, veileder, forsker, medlem/leder av uttallige utvalg innenfor såvel praktisk som akademisk allmennmedisin (han var sentral i utarbeidelsen av den nye studieplanen), leder for spesialitetskomitéen i allmennmedisin og ikke minst allmennpraktiker. Innenfor alle rollene eksellerte han. Ikke i kraft av høyrestethet eller albuedytting. Slik var ham fullstendig fremmed. Tvertimot eksellerte han gjennom sin faglige tyngde, sin klokskap, sin evne til å lytte og evne til innlevelse. Han fremhevet selv mange ganger hvor viktig modelllæring er. Han selv var et forbilde av dimensjoner. Hans smil, stillferdige humor og ofte forsiktige tankevekkende spørsmål førte visjoner, forventning, nysgjerrighet og trygghet med seg. Som allmennpraktiker var han preget av sindighet, jordnærhet og idealer. Han var samtidig blant de første som turde snakke høyt om egen usikkerhet og farens for utbrenthet som

allmennpraktiker. Hvorfor ble vi så grep av Olav Rutle? Hans mange gode faglige og menneskelige egenskaper lyser. Sterkt lyser også opplevelsen av å ha kjent et ekte, modig og harmonisk menneske. Harmonien ga seg bl.a. uttrykk i den ro og trygghet han kunne vise i en diskusjon – selv når han stod alene om et standpunkt. UTPOSTEN fikk også oppleve han i sine spalter. I hans profil som en jordnær men samtidig visjonær og klok allmennpraktiker føler vi at det er noe UTPOSTENsk over Olav Rutle. Mye av det flotte vi forbinder med norsk allmennmedisin er nært knyttet til Olav Rutle.

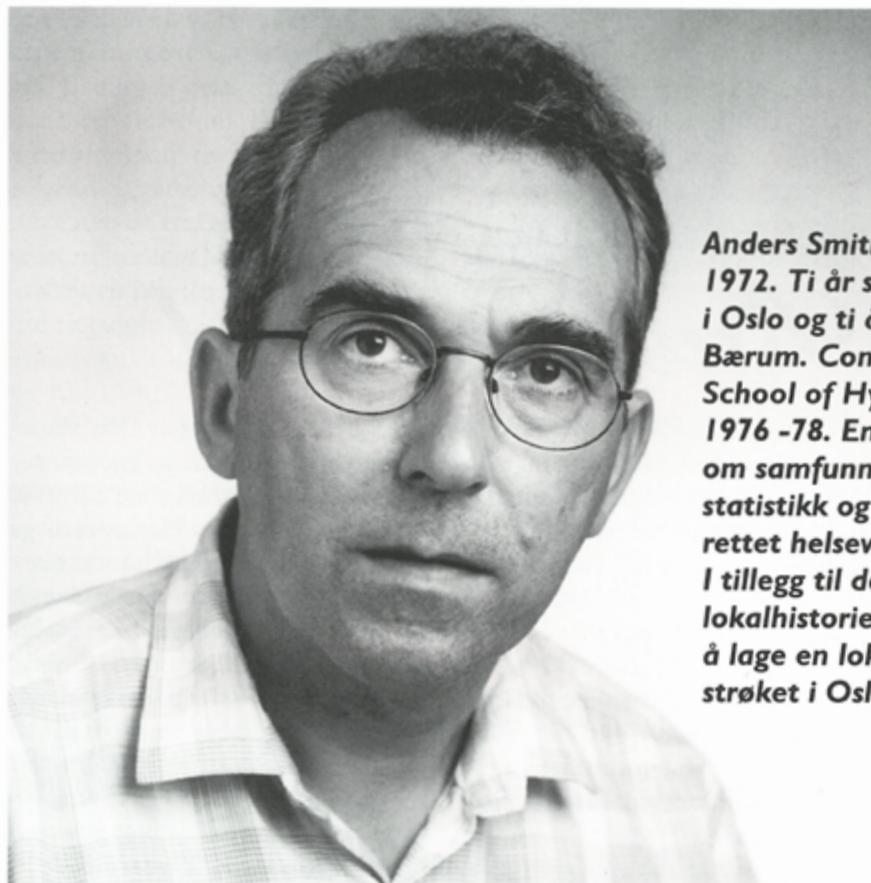
Vi føler sterkt med hans kjære kone, Tove, i det dype savnet, smerten og sorgen, likeledes med hans barn, svigerbarn, barnebarn og øvrige familie. Tove er selv en lysende stjerne i det allmennmedisinske miljø gjennom sin virksomhet som medarbeider i Olavs praksis, kursvirksomhet, sekretariat for UTPOSTEN, m.m. Tove sa i sin gripende tale ved båren at hun var så stolt. Vi andre bærer også på en stolthet – en stolthet over at vi har fått ha han som venn og kollega. I det norske allmennmedisinske landskap har han en helt spesiell og fremtredende plass.

Olav Rutles minne vil leve. Den beste måten vi kan hedre Olav Rutle på er å la det han stod for være våre fyrlykter og inspirasjon i arbeidet fremover.

Vi lyser fred over Olav Rutles minne!

Vi må skape faget samfunnsmedisin med basis i de faktiske forhold

Kommuneoverlege i Bærum, Anders Smith intervjuet av Eystein Straume



Anders Smith, født 1945, cand med. fra Oslo 1972. Ti år som allmennlege, før det meste i Oslo og ti år som kommuneoverlege i Bærum. Community Medicine fra London School of Hygiene and Tropical Medicine 1976 -78. En rekke publikasjoner og foredrag om samfunnsmedisinske emner, særlig statistikk og epidemiologi anvendt i miljørettet helsevern. Redaktør for «Helserådet». I tillegg til de faglige interessene opptatt av lokalhistorie og har i flere år vært med på å lage en lokalhistorisk kalender fra det strøket i Oslo hvor han bor.

Du har gjennom flere år markert deg som en av de ledende lokalsamfunnsmedisinerene i Norge. Vi er mange som har studert dine innstilinger og forslag til vedtak i Bærum. Og som utgiver av «Helserådet» deler du din erfaring i dialog med alle samfunnsmedisinske miljø i landet. Nå har du sagt opp din stilling, hva er din kommentar?

Som samfunnsmedisinere kan vi selv sagt ikke heve oss over den nye kommuneloven som gir kommunene anledning til å organisere sin virksomhet som de selv vil. Men vi

bør bidra til slikt organisasjonsarbeid at kommunlegen får en plass i den kommunale organisasjonen hvor han eller hun best kan gjøre jobben sin. Jeg mener det er en fallgrube å havne i rådmannens stab. Det er faglig sett en dødbringende posisjon som bare vingeskrekker kommunlegen. Maktstrukturen ligger i linjefunksjonen. Lov om kommunehelsetjenesten er et godt redskap for kommunlegen. Og gitt en definert posisjon med ansvar og myndighet kan kommunlegen drive meningsfull

og spennende fagutvikling. Mitt råd vil være at medisinsk faglig rådgiver og smittevernlegen er samme person og at legen får administrativt ansvar.

Ledelse av kommunehelsetjenesten er viktig, men har samfunnsmedisinen forsømt sin rolle som leder? Det er ikke naturliggitt at en lege er en god leder. Det er feil når leger hever seg over lederoppgaven ved å skyve sin faglighet foran seg som et skjold. Men forutsetningene for å

gjøre en god lederjobb er ikke alltid tilstede, for eksempel mangler ofte den nødvendige merkantile hjelp. Legene skulle dyktiggjøre seg i ledelse, det er bra at vi har fått et studium i ledelse og administrasjon.

Rollen som leder har også andre sider som er problematiske for en nyutdannet lege. På mange måter har studiet fjernet den vordende lege fra virkeligheten og legen som kommer ut får flere sjokkertete opplevelser. For det første møter legen en virkelighet han ikke kjenner. For det andre får han se at spillet om helse skjer på bortebane og avhengig av tiltak andre setter i gang.

Du har flere ganger påpekt denne manglende sammenhengen mellom vår grunnutdanning og den virkelighet legen senere møter. Når legeforeningen nå gir midler for nye professorater ved flere av universitetene så er det for å gi anvendt samfunnsmedisin et faglig løft. Men vil denne akademiseringen kunne øke kloften mellom lærestedene og de arenaene hvor samfunnsmedisin praktiseres? Det er viktig at samfunnsmedisinen forankres i det virkelig liv og at faget bygger på faktiske forhold. Jeg er bekymret for at det kan bli vanskelig å praktisere anvendt samfunnsmedisin når faget forankres i universitetsmiljøet. Vi må bygge faget på den virkelighet som er i kommuner og fylker. Det skal bli spennende å se hvordan fylkeslegekontorene utvikler seg.

Fylkene er egnede regioner for epidemiologisk overvåking. Og fylkeslegene har nærbekjæring med det som skjer på alle forvaltningsnivå. De sitter på mye lokalkunnskap og praktisk erfaring. Jeg skulle ønske meg et nærmere samarbeid mellom fylkeslegene og universitetene.

Hvorfor kan ikke hvert fylkeslegekontor opprette en universitetsfilial?

En slik filial kunne være velegnet for undervisning, statistikk og

epidemiologi. Den kunne bli grobunn for en sunn fagutvikling og den kunne bli en operativ samfunnsmedisinsk enhet.

Jeg tror det vil være bedre å arbeide for et nettverk av slike enheter enn å opprette noen få samfunnsmedisinske professorater.

Disse spørsmålene angår ikke bare forholdet mellom akademisk og anvendt samfunnsmedisin, det rører også ved spørsmålet om den sentrale helseforvaltingens rolle.

Samhandlingen mellom Statens helsetilsyn, Folkehelse og Sosial- og helsedepartementet er for mangelfull etter mitt syn. Det er også en stor gjennomtrekk av fagfolk i disse miljøene.

Jeg frykter for at vår sentrale helseforvaltning skal forvirre innenfra. Oppbygging av universitetsfili-aler ved fylkeslegenes kontor kunne gi en nødvendig revitalisering.

Lokalsamfunnsmedisinerens rolle er sammensatt og oppleves ofte frustrende.

Særlig er det vanskelig å være lokalsamfunnets vakthund når det gjelder helsespørsmål.

Lojaliteten mot egen arbeidsgiver blir fort problematisk. Det faller ofte harde ord såvel fra rådmann som kommunelege når det gjelder rett til å uttale seg og plikt til å være lojal. Legene må være seg sin rolle bevisst og ikke overspille. Men kommunen som arbeidsgiver må også lære seg å ha en i den kommunale forvaltning som både kan være med og mot sin arbeidsgiver, d.v.s. en som kan ha et avvikende syn i forhold til rådmann eller helse- og sosialsjef. Det må sikres forståelse for at dette er til det beste for publikum og beslutningstakere, særlig i saker vedrørende miljørettet helsevern.

Helsearbeid er mangfoldig. Vi vektlegger ulike sider ved helsetjenesten som viktige. Vårt mandat synes like-

vel klart: Vi skal arbeide for å bedre folkehelsen. Men er det helse som er oppfyllelsen av vårt mandat? Og hvordan kan vi unngå å skape angst for sykdom? Hvordan kan vi unngå å medikalisere tilværelsen?

Vi må lære oss å skille mellom helsetjeneste og syketjeneste. Kanskje kunne vi lære noe av svenskene som mer konsekvent snakker om sjukvård og helsovård. Med helsetjeneste mener jo vi som oftest individrettet syketjeneste. Vi må dyktiggjøre oss i helsetjeneste og vi må lære oss å spille på lag med premissleverandører fra andre fagområder. Vi må også bli dyktigere i vårt forhold til såvel media som de politiske beslutningstakere.

På den måten kan vi oppdagere nye sammenhenger og andre mål. Jeg hadde en gang Lord David Owen som lærer. Vet du at han er samfunnsmedisiner? Han er opprettet av forholdet mellom fred og helse. Krig er den største trusselen mot helse. Og en god helsetjeneste er en stabiliserende faktor av stor betydning. Kan vi ikke tenke oss at å arbeide for god helse er å arbeide for fred og demokrati? Og motsatt: At fredsarbeid er god helsetjeneste. Jeg tror slike tanker må ha vært en av hovedmotivene for David Owens fredsarbeid i det tidligere Jugoslavia.

Miljørettet helsevern favner vidt. Det har også med et avsnitt om sosiale miljøfaktorer.

Du har vært opptatt av dette området av miljørettet helsevern. De fleste kommunaleger arbeider imidlertid neppe særlig mye med dette. Området oppleves lite tilgjengelig og uhåndterlig. Her ligger vel også begravet en motsetning mellom kommunelegen og sisionomen eller sosiologen i lokalsamfunnet?

Det er klart at de sosiale miljøfaktorene er viktige. Det er nok vanskelig for legen å forholde seg til disse faktorene fordi helsetjenesten ikke har noe «eiendoms» forhold til det sosiale miljøet. Vi skulle likevel kunne bruke statistikk og

epidemiologi for å beskrive sammenhenger mellom sosiale miljøfaktorer og uhelse. Det er ingen liten oppgave å beskrive virkeligheten! Det er en samfunnsmedisinsk oppgave å kartlegge faktorer som alkohol og rusmidler, arbeidsledighet, lav utdanning og fattigdom for å ta noen viktige faktorer. Med basis i slik viden kunne vi lete etter muligheter for å drive forebyggende arbeid. En slik plattform av faktisk viden vil også være med på å gjøre oss til attraktive samarbeidspartnere!

Mange sier at samfunnsmedisinene er nede i en bølgedal og at faget smuldrer opp som så mye annet i vårt samfunn. Hvordan ser du veien videre for faget?

I tillegg til de forhold vi alt har snakket om ser jeg tre viktige områder for satsing.

De fleste kommuner søker nye måter å organisere seg på. Den nye kommuneloven gir som kjent kommunene stor frihet. Organisasjonskartet burde forenkles med klarere retningslinjer og klarere ansvarsforhold. Jeg har vært med på å foreslå en struktur med et eget avsnitt kalt levekår. Avsnittet er direkte underlagt rådmannen og består av en avdeling for allmennhelsetjeneste og en avdeling for folkehelse og miljø. Her håper jeg at forurensingsloven, miljøvernloven og det miljørettete helsevernet kommer under samme kommunale hatt.

Vi må også løse faglige utfordringer! Et annet forhold er fastlegeforsøket. Fastlegeforsøket gir ikke

mye rom for samfunnsmedisin, men det er fortsatt en samfunnsmedisinsk oppgave å legge forholdene til rette for individuelle syke- tjenester. For det er jo det fastlegeforsøket er!

Og til slutt: Vi må finne måter få å verdsette det samfunnsmedisinske arbeidet.

Det er grenser for hvor lenge et fag lever dersom det hele veien blir lønnstaperen.

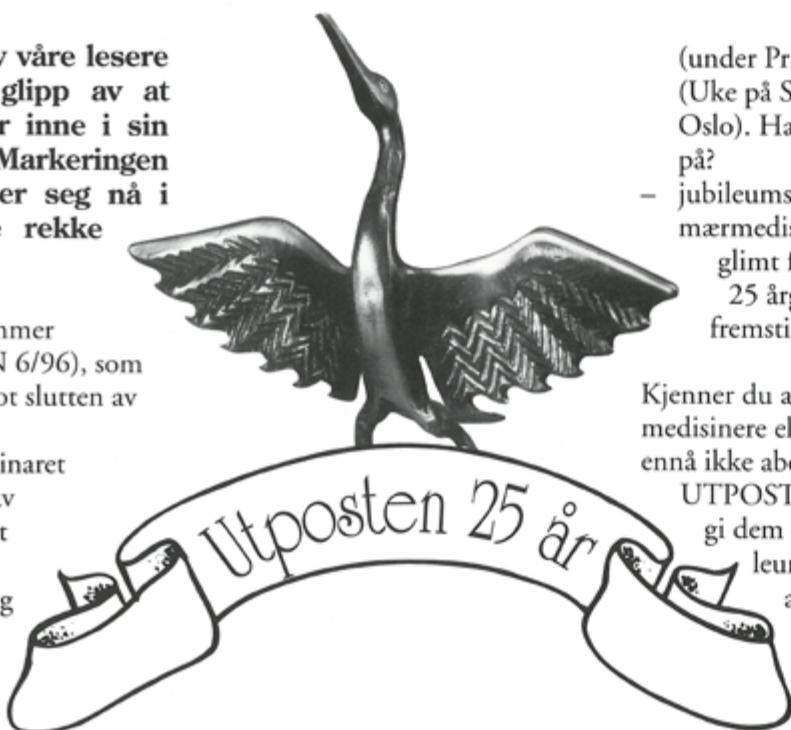
Fra høsten av skal Anders Smith lede en nyopprettet seksjon for informasjon og dokumentasjon ved avdeling for helsetjenesteforskning ved Statens institutt for folkehelse. Det blir en viktig posisjon for formidling av kunnskap og erfaring.

Utposten ønsker lykke til!

UTPOSTENS jubileum toppler seg i høst!

De færreste av våre leserne har vel gått glipp av at UTPOSTEN er inne i sin 25. årgang. Markeringen av dette toppler seg nå i høst, i første rekke med:

- jubileumsnummer (UTPOSTEN 6/96), som utkommer mot slutten av oktober
- jubileumsseminaret «Formidling av erfaringsbasert kunnskap» mandag 11. og tirsdag 12. november

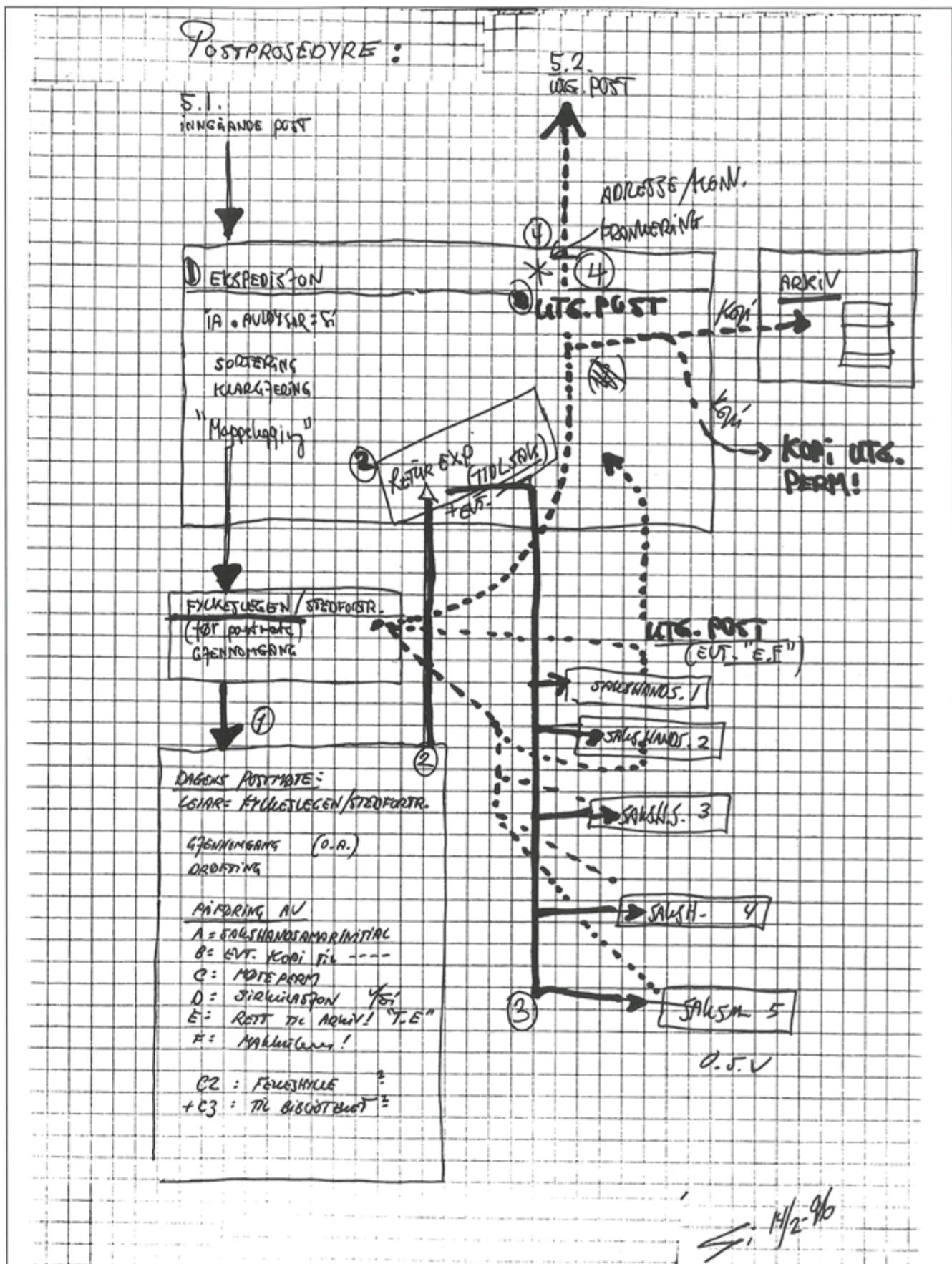


(under Primærmedisinsk (Uke på Soria Moria i Oslo). Har du meldt deg på?

- jubileumsstand under Primærmedisinsk Uke, hvor glimt fra UTPOSTENS 25 årganger vil bli fremstilt.

Kjenner du aktuelle primærmedisinere eller andre som ennå ikke abонnerer på UTPOSTEN? Hva med å gi dem en gave i jubileumsåret i form av et abonnement?

Framlegg til postbehandlingsprosedyre



Hvordan måle tilgjengeligheten på telefon

Tekst: Torgeir Fjermestad



Torgeir Fjermestad født 1954, spes. i allmenn- og samfunnsmedisin. Allmennpraksis Ranheim legesenter fra 1984, fra 1993 «fastlege» med listestørrelse 1400, samt 115 prosjektmedarbeider Fastlegeforsøket i Trondheim. Medlem komiteen Nidaroskongressen fra 1980. Utvandret vestlending, ivrig emisær for fastlegeordning.

Hva bør regnes som akseptabel telefontilgjengelighet? Hvordan kan vi måle vår tilgjengelighet på telefon? Hvordan kan telefonbruken organiseres slik at den blir et godt hjelpemiddel for både pasient, medarbeider og lege?

Erfaringer fra telefon tellinger under fastlegeforsøket i Trondheim

Fastlegeforsøket i Trondheim startet i mai 93. Et av det viktigste parametre som er valgt for å evalu-

Telefonen – et uunværlig hjelpemiddel på legekontoret, men også kilde til mye frustrasjon, i begge ender av tråden.

Undersøkelser flere steder i landet viser at telefontilgjengeligheten på legekontorene varierer mye. Sjansen for å komme gjennom ved første forsøk varierer fra 10 til 90 prosent. Telefontilgjengeligheten er en viktig faktor som kvaliteten av vårt arbeid vurderes ut fra. I offentligheten, blant politikere og i media blir det stadig fokusert rundt dette. Lægeforeningen har gitt ut et hefte om telefontilgjengelighet i sin serie om kvalitetssikring. (1)

ere tilgjengeligheten er registrering av telefontilgjengelighet, via Telenor. Praksisen må være tilknyttet digital telefonsentral for at dette teknisk kan gjøres.

Telenor registrerer all telefontrafikk over ei uke, uten at legesentrene visste når dette blir gjort. Det ble foretatt tellinger ved ti legesentre 2 måneder før forsøket startet. Siden ble det i april 94 og april 95 målt alle ved 25 praksiser som hadde digital tilkopling, Telenor leverer en standardrapport der det for hver time på hver ukedag telles

- antall besvarte anrop
- antall anrop som får opptatt
- antall anrop som kommer fram, men telefonen blir ikke tatt

Dette er meget nyttige (og avslørende!) «driftsdata» for et legesenter, tall som for de fleste har vært helt ukjent. Noen fikk seg en ubehagelig overraskelse, de trodde ikke det stod så dårlig til. Men dataene ga også grunnlag for visse omorganiseringer. Når vi ser at telefontrafikken topper seg på visse tider, kan vi mer aktivt styre telefonbruken, f.eks å si at de som skal ringe etter avtale, (prøvesvar, syke-

melding mv.) unngår å ringe på de mest travle tidene. Ved Ranheim legesenter hadde legene annonseret telefontid 1½ time hver dag. Tellingen viste at det en av dagene kl 13-14 var over 400 anrop! De aller fleste kom selvsagt ikke gjennom. Etter dette la vi vår praksis om: Fortsatt har legene telefontid, men nå får pasientene når de ringer beskjed om at legen ringer tilbake mellom kl 13-13.30.

En begrensning ved tellingene er at vi ikke vet hvor mange forskjellige pasienter som ringer. Pasiente ringer ofte mange ganger, helt til de kommer gjennom. Fire hundre anrop kan f.eks være 40 pasienter som gjennomsnitt ringer ti ganger.

En annen svakhet er at svar fra automatiske telefonsvarere også blir registrert som svar! Hvis legepraksisene er ute etter å få «fine» tall så kan de bare sette på automatiske svarer! Men hvert legesenter vet når de selv har på slike svarere, så det forkludrer i liten grad praksisens egen analyse av tallene.

Hver legepraksis har fått tilbakemeldinger der eget resultat blir sammenlignet med alle andre, som er anonymisert. (tabell 1)

Det har vært en viss forbedring i telefontilgjengeligheten fra 1993.

Rangering 1995	% besvart 1995	% besvart 1994	Rangering 1994
1	76,6	69,1	3
2	75,9	61,1	5
3	75,1	53,7	8
4	74,8	52,7	10
5	73,1	90,9	1
6	68,1	58,5	6
7	66,1	56,6	7
8	63,6	43,0	13
9	60,7	51,4	11
10	59,0	48,4	12
11	58,7	76,22	2
12	55,5	53,4	9
13	52,4	68,4	4
14	34,7	19,2	22
15	34,4	36,2	15
16	32,8	38,8	14
17	32,0	20,4	20
18	24,7	36,1	16
19	22,5	27,4	18
20	22,1	29,0	17
21	21,2	16,8	23
22	18,2	10,3	25
23	15,8	14,4	24
24	13,3	26,9	19
25	12,1	19,6	21

Tabell 1. Besvarte anrop på telefon i prosent av alle anrop. Rangering av 25 legepraksiser i Trondheim i 1994 og 95.

De ti legesentrene som ble målt før fastlegeforsøket startet hadde da gjennomsnittlig svar på anrop på 31 prosent. Etter ett år med fastlegeordning steg dette til 43 prosent. Gjennomsnittlig svarprosent for 25 praksiser var i 1995 48 prosent, mot 43 prosent i 1994. Men spredningen mellom praksisene er fra 12 til 76 prosent i 1995.

Tilgjengelighet på telefon er spesielt viktig i fastlegeordning, fordi pasientene her vanligvis på dagsid ikke får komme til hos andre leger enn sin faste eller vikar. Spissformulert kan vi si at hvis pasienten ikke kommer fram på telefon, blir en ikke bare utestengt fra legen, men også fra hele allmennlegetjenesten.

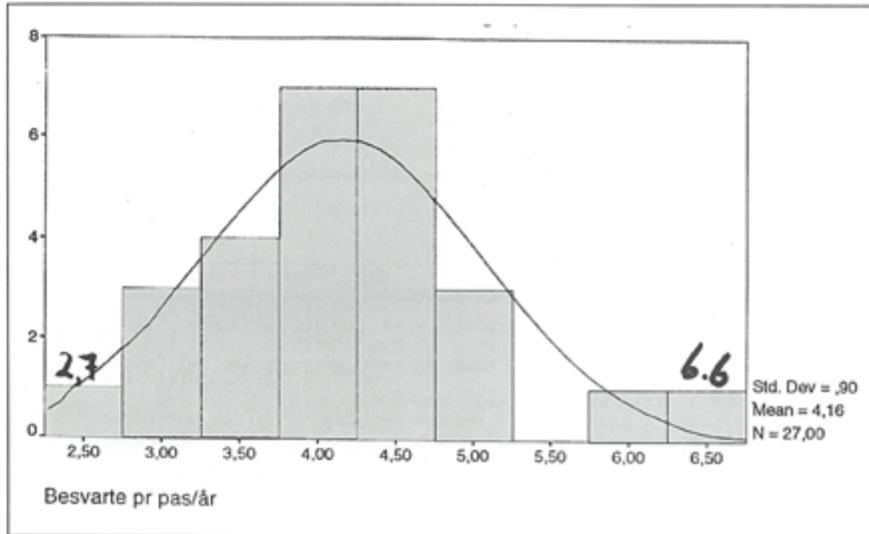
Fordi vi vet hvor mange personer hver legepraksis betjener gir en fastlegeordning et mye mer presist redskap for å analysere data fra telefonregistreringer.

Telefontellingen viser hvor mange telefoner som blir besvart på ei uke. Hvis vi multipliserer det med 52 og dividerer med antall personer praksisen betjener, finner vi hvor mange telefoner det er pr person på liste pr år. Derved har vi et standardisert sammenligningsgrunnlag. For praksisene i Trondheim er det her meget stor variasjon, fra 2,7 til 6,6 telefoner pr listeperson pr år. (figur 1). Følgende eksempel illustrerer hva slike forskjeller betyr i praksis: Et legesenter med 4 leger, med 6000 på liste (1500 pr lege i gjennomsnitt) vil med laveste bruk av telefon ha ca 16000 telefoner inn pr år, som gir gjennomsnitt 65 pr dag. Men ved høysete telefonbruk vil antal telefoner bli nær 40000 pr år, som gir et snitt på 158 telefoner pr dag!

Det er i prinsippet tre mulige årsaker til svak telefontilgjengelighet:

- for dårlig linjekapasitet
«sprengt sentralbord»
- utilstrekkelig betjening av telefonene pga for svak bemanning eller dårlig organisering

Figur 1. Antall tlf. pr. pasient pr. år – 27 legepraksiser.



- urasjonell bruk av telefonen – for mange samtaler og\eller for lange samtaler.

Analysene fra Trondheim viser at viktigste faktor er linjekapasiteten, målt som antall linjer pr tusen personer på liste. Praksiser med god linjekapasitet har gjennomgående best tilgjengelighet på telefon. Hvor mange medarbeidere som er ansatt, har selvsagt også stor betydning her. Vi har ikke data for medarbeiderårsverk på legesentrene i Trondheim, men det er ingen store variasjoner. De fleste ligger på

ett medarbeider årsverk pr lege, eller litt over.

Erfaringer med telefontellinger har vist at begrepet «tilstoppingsefekt» er viktig. (2) Dette er en konsekvens av at de fleste pasiente ne ringer og ringer til de kommer fram. Hvis tilgjengeligheten er litt dårlig, må pasientene ringe flere ganger, og da blir tilgjengeligheten enda dårligere. Systemet er selvforsterkende i stor grad. Motsatt innebærer dette også at hvis en forbedrer telefonkapasiteten noe, f.eks med en ny linje, mer målrettet, effektiv besvarelse, lengre

åpning på telefon mv. så kan vi oppleve en kraftig forbedret telefontilgjengelighet.

Dette illustreres ved et legesenter i Trondheim som på eget initiativ har foretatt telling via Telenor fra 1991. Ved første telling hadde de ca 4000 anrop på ei uke, og ca 500 besvarte telefoner. Ved å prioritere telefonen, få ei ny linje og avsette mer personal på betjening av telefon, samt utvide telefontiden, gikk ved ei seinere telling antall anrop ned til 900, mens besvarte telefoner fortsatt lå på ca 500. (3) Dette viser at en legepraksis som har et fast pasientgrunnlag, må i hovedsak betjene samme antall telefoner. Forskjellen er at ved dårlig telefontilgjengelighet må pasientene ringe mange flere ganger før de kommer gjennom, med den frustrasjon og misnøye det medfører. Konklusjonen er: ved mindre justeringer av organiseringen kan det oppnås en formidabel forbedring i telefontilgjengelighet.

Det må presiseres at disse forholdene først og fremst gjelder i stabile legepraksiser, som fastlegepraksiser, samt kommuner der det ikke er lett for pasientene å ringe andre steder.

I vanlig allmennpraksis, i allfall i større byer, fungerer telefonen delvis som en barriere mot for mange henvendelser. Størrelsen på praksis, hvor mange pasienter legen vil ha, kan delvis reguleres med tilgjengeligheten på telefon.

Etter tellingen i 1995 analyserte prosjektleder ved fastlegeforsøket resultatene for hver legepraksis og stilte en «diagnose». (4) Dette var ment som en hjelp for å kunne arbeide videre for bedret telefontilgjengelighet.

I Trondheim har Telenor tatt ca kr 4000 pr legesenter for telling av denne type. Legesentrene har fått dekket dette via fastlegeforsøket, fordi det er et ledd i evalueringen. Slike tellinger vil være av stor nytte for både kommunen og legesenteret, og det kan tenkes at helseledelsen i en del kommuner vil være

Figur 2.

UKEDAG:	REGISTRERINGSSTED: (eksp. lab mv)						
	ANTALL TLP FORSØK	PRØVE SVAR	RÅD	TIME- BESTILL	AKUTT	SNAKKE M\LEGE	RESEPT SYKEM. MV.
08-09							
09-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
SUM							

Nærmore forklaring:
 "RÅD" = medarb. gir råd (direkte el etter samtale med legen) og samtalen avsluttes med det.
 "AKUTT" = et akutt problem med time seinest dagen etter, el. evt pr tlf. henvise legevakts, sykehus mv.
 "TIMEBESTILL" = alle som får time utenom akutt
 "SNAKKE MED LEGE" = pas ber om å snakke med legen, og får det enten straks, el legen ringer tilbake i tlf.tid.
 "RESEPT, SYKEMELD MV." = alle typer blanketter som hentes siden, også hvis medarb må spørre legen før bekrefteelse
 "ANNET" = Det som ikke passer inn i noe av de andre kategoriene

med å dekke utgiftene. Men utgiftene er helle ikke større enn at en legepraksis som prioriterer god tilgjengelighet bør kunne klare å dekke dette selv.

Andre metoder for telefonregistrering:

Ved Ranheim legesenter har vi som et supplement foretatt registreringer av telefonbruk med en annen metode. Over ei uke har medarbeiderne i september 94, april 95 og september 95 foretatt registrering på følgende.

- antall telefoner ble registrert for hver time
- fordeling av hvor telefoner ble ekspedert (ekspedisjon, skrivested, lab)
- type henvendelse
- spørsmål om hvor mange ganger pasienten ringte før han kom gjennom

Vi laget et registreringsskjema (figur 2) satte et strek i aktuelle rute, for hovedårsaken.

De tre målingene vi har tatt viser meget godt samsvar i fordeling av årsaker til henvendelsene.

I april 95 ble tellingen foretatt samtidig med televerkets telling, uten at medarbeiderne visste akkurat det. I en travel legepraksis vil det være umulig å få til telling av alle samtaler via medarbeiderne. Hos oss talte medarbeiderne opp ca 65 % av alle innkomne telefoner denne uka. Dette viser at denne metoden er usikker for å vurdere den totale telefontrafikk. Men den gir viktige data for hvordan telefonen brukes ved hvert legesenter.

Metoden er også nyttig ved sammenligning av flere praksiser: Før en workshop om telefontilgjengelighet ved Nidaroskongressen 95 ble de påmeldte invitert til å være med i en telefonregistrering på eget arbeidssted. Data fra 22 legepraksiser ble presentert. Disse praksisene var både by- og landpraksiser, både solo og grupper.

Tabell 2 viser store variasjoner i

	Max	Min	Gj.snitt
Prøvesvar	19	0	7
Råd	18	0	8
Timebestill	33	12	21
Akutt	18	2	8
Snakke lege	49	7	22
Resept, SM etc	34	4	18
Annet	32	4	16

Tabell 2. Fordeling (i prosent) av typer henvendelser på telefon – 22 legepraksiser.

fordelingen av typer henvendelser varierte i de 22 praksisene.

Det ble også regnet ut en oversikt over tilgjengelighet, ved at antall forsøk ble dividert med antall telefoner som ble ekspedert. Hvis talet er 1 betyr det at alle kommer fram første gang. Jo høyere tall dess flere ganger ringer pasientene før de kommer gjennom. Data fra 13 praksiser viser også her stor variasjon (tabell 3)

Fordelingen av typer telefonhenvendelser sier en del om hvordan praksisen er organisert. Ved å sammenligne seg med andre kan dette være et godt grunnlag for å diskutere om det er mer hensiktsmessige måter å organisere sin egen praksis på. Dette vil være av stor interesse for såvel lege som medarbeider.

Variasjonen mellom 7 og 49 prosent der pasienten vil snakke med lege, illustrerer to helt ulike typer praksisdrift. Praksisen der 49 prosent vil snakke med legen lå samtidig lavest på «råd fra medarbeider» med 0 prosent, ikke uventet. Dette illustrerer hvor ulike roller medarbeiderne kan ha, fra aktiv medspiller i rådgivning, til passiv «sentralbordsdame».

Hvordan to enkle forhold som prøvesvar og kontrolltime organiseres, påvirker i stor grad telefontrafikken: To typer praksiser som illustreres med A: kontrolltime tildelet ved avslutningen av konsultasjonen, kontra B: «ring om tre måneder så får du ny time», vil ha

ulike konsekvenser for telefontrafikken. For prøvesvar vil praksistyper illustrert ved «du kan stole på at du får beskjed hvis det er noe galt eller noe som må følges opp», kontra «ring om ei uke så kan du høre» ha vidt forskjellige konsekvenser for telefontrafikken.

Hva er god tilgjengelighet på telefon?

Det finnes ingen entydige svar på dette. Vurderingene varierer nok ut fra om ståstedet er som pasient, helseadministrator, eller praktiserende lege\medarbeider. Ett hundre prosent er helt urealistisk. Alle

Tabell 3.

Tilgjengelighet =
antall forsøk : antall telefoner
(dess høyere tall, dess mindre tilgjengelighet)

Nr. (legepraksis)	Tilgjengelighet
15	1,06
11	1,10
16	1,11
4	1,15
10	1,36
9	1,42
14	1,57
13	1,57
18	1,62
17	1,73
21	1,89
5	2,44
2	3,22

vil være enig om at 10 % er ille, og at 20-30 % er dårlig. Men hva er grensen for god tilgjengelighet: 50, 60, 70% eller mer? Fra fylkesleghold er fremsatt at 90 % tilgjengelighet bør være akseptabel standard. (5). Standarder innen et fagområde bør settes i dialog med de involverte parter. De som standarden gjelder for må være sentrale i denne prosessen. Et byråkratisk vedtak om en standard er lite verd hvis ikke utøverne av tjenesten identifiserer seg med den. I Trondheim blir videre utvikling av telefontilgjengelighet behandlet i ei gruppe, der legene og kommunens helseledelse er representert.

Poenget er kanskje ikke så mye å finne fram til en nøyaktig prosent for god standard, men stimulere til at arbeidet for bedret telefontil-

gjengelighet blir satt på dagsorden (6).

Konklusjon: Det er enighet at det er god allmennmedisinsk praksis å prioritere tilgjengelighet på telefon. For å vite hvordan tilgjengeligheten er må vi foreta registrering. Telling via Telenor er «gullstandarden». Men tellinger via legekontoret kan gi annen type informasjon, bl.a. om typer henvendelser. Med enkle midler kan mye gjøres for å forbedre telefontilgjengeligheten. Det viktigste er å sette saken på dagsorden, samt ha vilje til å prioritere dette.

Torgeir Fjermestad
spesialist i allmenn- og
samfunnsmedisin
Ranheim legesenter
7053 Ranheim

Referanser:

1. Nordby, Kjell: Telefontilgjengelighet i allmennpraksis Den norske lægeforening 1994
2. Paulsen Bård: Fastlegeforsøket i Trondheim – årsrapport andre driftsår, april 1995
3. Øien, Torbjørn, foredrag Nidaroskongressen 1995
4. Paulsen Bård: notat til fastlegene høsten 1995
5. Otterstad H.K. Tidsskr Nor Lægeforen. nr. 27 1990; 110: 3512-14
6. Worren H: Utposten 1995; 24 (2) s.68-70

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

Tildelte allmennpraktikerstipend for 2. halvår 1996

Det ble søkt om 42 allmennpraktikerstipend måneder for 2. halvår 1996 og Allmennmedisinsk forskningsutvalg hadde 19 stipendmåneder til disposisjon.

Følgende søker ble tildelt stipend:

Bergen:

Normund Svoen, kommunelege, Flørø, fikk 3 måneder for prosjektet «Røykfrie klasser i Steigen. Ein kontrollert intervensionsstudie».

Sabine Ruths, tilsynslege, Os, fikk 1 måned for prosjektet «Diagnoserelatert legemiddelforskrivning til sykehjemspasienter».

Tromsø:

Gudmundur Pålsson, kommunelege, Sortland, fikk 2 måneder for prosjektet «Måling av otoakustiske emisjoner ved rutine hørselsscreening på helsestasjon i Sortland kommune».

Oslo:

Anne Karen Jenum, bydelslege, Oslo, fikk 3 måneder for prosjektet «Helse og uhelse på Romsås. Hva vet vi – hva bør vi gjøre? Forslag til pilotprosjekt».

Annika Sommersnes Åbyholm, avtalelege, Oslo, fikk 1 måned for prosjektet «Mestringssstrategier ved kronisk smerte».

Mette Brekke, allmennpraktiker, Oslo, fikk 3 måneder for prosjektet «Prosjekt Storbyhelse: Ulikhet i sykelighet, helsetjenesteforbruk og helsetjenestetilbud mellom indre by øst og ytre by vest i Oslo».

Ole Rikard Haavet, bydelsoverlege/helsesjef, Fet, fikk 1 måned for prosjektet «Sykelighet hos barn med alvorlige livshendelser».

Nils Gabriel Homb, kommunelege/familieterapeut, Vågåmo, fikk 1 måned for prosjektet «Evaluering av prosjektet: Grupperett undervisning integrert med individuell behandling som et tilbud til hele populasjonen av diabetikere i Vågå kommune».

Fredrik Clausen, helsejef/kommuneoverlege, Blaker, fikk 1 måned for prosjektet «Care for the elderly – care by the elderly».

Tom Vøyvik, allmennpraktiker/bydelslege, Jessheim, fikk 3 måneder til prosjektet «Evaluering av kreftstipendordningen».

ARTROSE



Ved behov! Brexidol® Piroxicam-β-cyclodextrin

C BREXIDOL «NYCOMED PHARMA»

Antiflogistiskum. ATC-nr.: M01A C01

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

T TABLETTER 20 mg: Hver tablet inneholder: Piroxicam - β-cyclodextrin, aeqv. piroxicam: 20 mg, lactos. 102 mg constit. q.s.
EGENSKAPER: Klassifisering: Ikke-steroid, antiinflammatorisk middel med analgetisk og antipyretisk effekt. Piroxicam danner et kompleks med β-cyclodextrin i molar forhold 1:2,5. β-cyclodextrin er et syklig oligosakkard som gir substansen bedre løselighet og derved raskere absorpsjon. Virkningsmekanisme: Ikke helt klarlagt. Hemmer prostaglandinsyntesen. Hemmer hyperkontraktilitet i uterus ved dysmenoré. Absorpsjon: Etter enkeltdose på 20 mg oppnås vanligvis plasmakonsentrasjon på 1,5-2 µg/ml i løpet av 15-30 min. for dosepulver og etter 30-60 min. for tabletene. Forsøk viser at 75% av forsøkspersoner oppnår fullstendig absorpsjon henholdsvis etter 15 min. for dosepulver og 30 min. for tabletene. «Steady-state». Med 20 mg daglig vanligvis stabilisering på 3-8 µg/ml etter 7-12 dager. Gis startdose på 40 mg første 2 dager, nás ca. 76% av «steady-state» etter annen dose. «Steady-state» koncentrasjon, AUC og halveringstid er for øvrig tilsvarende de som følger etter 20 mg daglig. Proteinbinding: Ca. 99%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 120 ml/kg legemsvekt. Halveringstid: Ca. 50 timer. Effektive serumkonsentraserjoner opprettholdes hele døgnet med en dose daglig og er stabile ved langtidsbehandling.

Metabolisme: I stor grad. Særlig ved hydroksylering og konjugering. Utskillelse: Mindre enn 5% er uforandret i urin og fæces.

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

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

BIVIRKNINGER: Gastrointestinale (vanligst): Dyspeptiske plager som kvalme, epigastriske smerte, fordøyelsesbesvær, stomatitt. Gastrointestinal blodning, perforasjon og ulcus forekommer. Fatale tilfeller er rapportert med piroxicam. Sentralnervose: Swimmelhet, hodepine, sovnloshet, depresjon, hallusinasjoner og parestesier er sett. Kardiovaskulære/renale: Palpitasjoner, ødem, spesielt ankelødem, reversibel forhøyelse av BUN og kreatinin er rapportert, hematuri. Dermatologiske: Kloë, utslett, fotoallergisk reaksjon, alopecia. Meget sjeldent: Onycholyse, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse (Lyells syndrom), vesicobullosc reaksjoner. Hypersensitivitet: Anatylaktisk reaksjon, bronkospasme, urticaria/angioneurotisk ødem, vaskulitt og «serum sickness» er sett sjeldent. Hematologiske: Reduksjon i hemoglobin og hematokrit ikke-relatert til synlig gastrointestinal blodning. Trombocytopeni, ikke-trombocytopenisk purpur (Henock Schonlein), leukopeni og eosinofili er rapportert. Meget sjeldent aplastisk og hemolytisk anemi. Lever: Enkelte tilfeller av forhøyet transaminasenivå. Ikterus og hepatitt er rapportert. Oye/oro: Tinnitus. Hørselsnedsettelse i sjeldne tilfeller. Tåkesyn og øyeirritasjon. Andre: Hypo- og hyperglykemi, neseblodning, dyspné er rapportert. Sjeldne tilfeller av positiv ANA-test.

FORSIKTHETSREGLER: Pasienter som har hatt peptisk mavesår eller alvorlig dyspepsi, må vurderes særsikk til kontrolleres jevnlig. Doser på 30 mg daglig eller høyere over lengre tid øker risikoen for gastrointestinale bivirkninger. Pga. nedsatt plateaugregasjon, samt interaksjon med ev. antikoagulantia og risiko for forlenget blodningstid, må piroxicam anvendes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Antiflogistika kan forårsake reversibel nedsettelse av nyregjennomblokkering og nyrefunksjon. Forsiktighet må utvises ved nedsatt nyrefunksjon og/eller hjertefunksjon, samt ved høy alder. Pga. piroxicams renale utskillelse bør lavere dosering vurderes ved nedsatt nyrefunksjon, og pasienten overvakes. Bør separeres ved vedvarende økning i leverfunksjonsprover eller kliniske tegn på leveresykdom. Ved synsforsyrrelser anbefales undersøkelse hos øyespesialist. Anbefales ikke til barn. Kan maskere infeksjon. Ut fra teoretiske betraktninger og studier over virkningsmekanismen for antiflogistika er det en mulighet for at behandling over lang tid kan forsinke tilhengsprosesser, inklusive frukttilhengning. Det er videre mulig at artroser kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antiflogistika.

GRAVIDITET/AMMING: Kontraindisert i 3. trimester. Teratogen effekt er ikke vist i dyreforsok. Anbefales ikke til gravide eller kvinner under amming da sikkerheten under gravitet ikke er dokumentert. Overgang i morsmelk: Koncentrasjon i melken ca. 1-3% av koncentrasjon i serum.

INTERAKSJONER: Preparater med høy proteinbinding, f.eks. orale antidiabetika og antikoagulantia. Okte litiumkonsentraserjoner er rapportert.

Cimetidin kan gi lett økning i absorpsjon, AUC og C-max av piroxicam. Interferens med diuretikas natriuretiske effekt. (I:50e anti-reumatika)

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

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

PAKNINGER OG PRISER: (Pr. 1.3.-96) Tabletter: Enpac: 7 stk. kr. 45,20. 20 stk. kr. 92,80.

Boks: 100 stk. kr. 370,90. Dosepulver 20 stk. kr. 92,80 T: 3, 17, 25

Intervju med John Murtagh

– allmennmedisinsk pedagog i verdensklasse

Intervjuet av Tore Ytterdal

– Keep it simple, sier lærermesteren, og minner oss om at de vanligste tilstandene forekommer oftest. Med faglig bakgrunn i pedagogikk og realfag evner professor Murtagh å tegne sitt budskap med enkle streker. Den logiske sansen, videreutdanningen i flere kliniske fag og fremfor alt ti års reflektert tjeneste som «rural doctor» i Australias «outback» ble raffinert til suksessboken General Practice i 1994. Det er nå bare et par hundre eksemplarer igjen hos verdens fagbokhandlere. Nytt opplag og oversettelser til italiensk og spansk foreligger med det første. Murtagh var i flere år redaktør for Australian Family Physician, og bragte tidskriftet til å bli det mest leste i Australia. Ikke rart at han er blitt en allmennmedisinsk guru både i Australia og internasjonalt.

En opprømt norskvennlig sekretær med aner fra Jæren viser meg til professor Murtaghs kontor ved Department of Community Medicine ved Monash-universitetet i Melbourne.

Jeg har fått presset inn en avtale rett før han reiser til Saudi-Arabia til et oppdrag som ekstern eksaminator. Som internasjonal kapasitet på medisinsk pedagogikk er det mange land som bruker ham til å evaluere den faglige kvaliteten i sin medisinerutdanning. Han har også holdt gjesteforelesninger i Europa, bl.a. i Oslo og Bergen våren 1995.

– How are Even and Per? Han



John Murtagh.

husker fornavnet til flere toneangivende allmennmedisinere fra det norske akademiet.

Pedagogisk grunnutdanning

I ungdomsårene var det matematikk og biologi som opptok Murtagh.

– I tillegg til å kvalifisere meg til Bachelor of Science tok jeg pedagogisk utdanning til diplomnivå, og underviste en periode biologi og kjemi i gymnaset på landsbygda i Victoria. Her gikk det opp for meg hvor interessante oppgaver landsbylegene hadde, og begynte på medisinstudiet ved det nyåpnede Monash-universitetet i Melbourne i 1961.

Jeg videreutdannet meg ganske bredt innenfor «rural medicine», kirurgi og fødselshjelp.

Landsbylege med visjoner

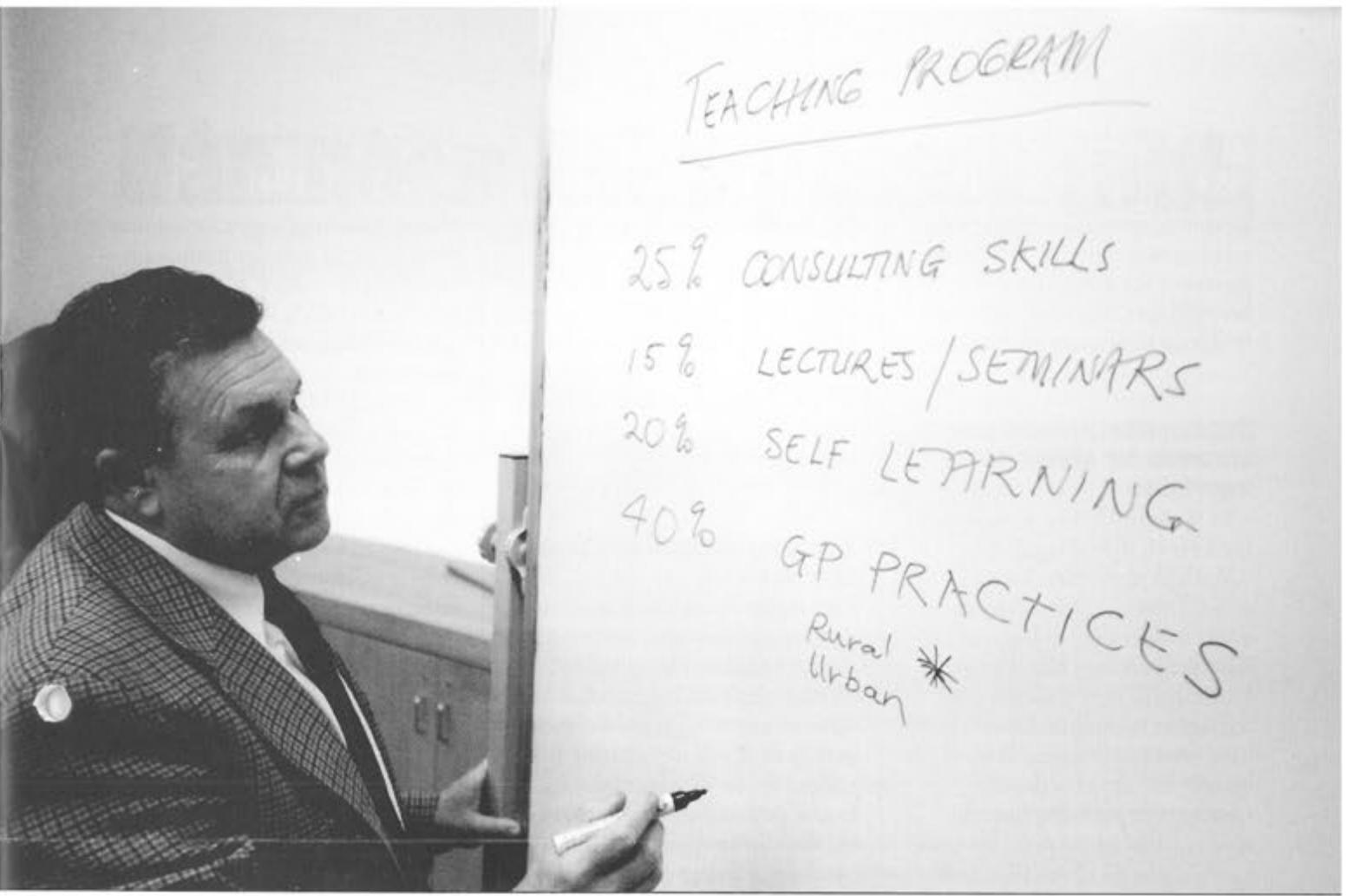
Sammen med sin kone, som er anestesiolog, ble de et godt team

da de senere ble enelegger for 2700 innbyggere i «the outback» og gjorde sitt «bush nursing hospital» selvhjulpent på de fleste områder.

– De ti årene ute på landsbygda lærte meg hva folk flest egentlig strever med. Det gikk opp for meg at evnen til kommunikasjon er den viktigste ferdigheten en lege kan ha. Uten denne ferdigheten er det umulig å forstå pasientens sosiale og kulturelle referanser, sykehistorien, mulighetene til å bedre pasientens totale situasjon og ikke minst gjøre legens budskap forståelig. Vi laget undervisningsopplegg for egenomsorg og forebyggende arbeid for pasientene og drev regulær undervisning for lokalbefolkningen.

– Du har vært spesielt opptatt av ryggplager?

– Som barn hadde jeg polio og fikk et lite handicap i ryggen. Det



Pedagogen John Murtagh.

var derfor naturlig at jeg interesserte meg for ryggproblemer, særlig fordi ellers friske åpenbart hadde mer problemer enn jeg selv. Jeg tok et kort studieopphold hos legendariske James Cyriax i London, og fikk etterhvert mye erfaring med ryggsmerter. Jeg var interessert i forskning i allmennpraksis, og gjorde opp mitt omfattende ryggmateriale fra ti år i allmennpraksis til en doktorgrad.

Akademisk allmennmedisin

– Jeg ble etterhvert fanget av akademiet. Egentlig hadde jeg mest lyst til å fortsette forskningen, men presset utenfra om å skrive bøker gjorde at livet ble annerledes.

– Var det behov for en omfattende lærebok i allmennmedisin?

– Selv om allmennmedisinen er et destillat av de kliniske organespasilitetene, har fagområdet likevel sin egen tilnærming til folks helseproblemer. Som medisinsk frontpersonale blir det vår oppgave å se se

helheten fremfor organer, omsorg fremfor høyteknologisk medisin, forenkling fremfor faglige fotnoter, personlig kommunikasjon fremfor maskinell diagnostikk og kontinuitet fremfor enkeltkonsultasjoner. I en slik setting må allmennmedisineren beherske strategier som fanger opp de vanligste somatiske og psykososiale problemene først, og ha teknikker som fører til en logisk diagnostisk prosess basert på sannsynlighetsbetraktninger, oppdaterte kunnskaper og egen erfaring.

– Du bruker mye plass i læreboken til konsultasjonsferdigheter?

– Konsultasjonen er allmennpraktikerens viktigste verktøy. Skal legen lykkes i sin rolle som motivator, lærer og rådgiver, er god kommunikasjon avgjørende.

Konsultasjonen som arena for proaktive forebyggingsamtaler

– Du er opptatt av medisinsk folkeopplysning og helsefremmende arbeid?

– I Australia kommer 80% av befolkningen til sin allmennpraktiker hvert år. Og hver konsultasjon er en enestående mulighet til å gi informasjon om hvordan helsen kan bedres og sykdom unngås. Sels om pasientens begrunnelse for konsultasjonen skyldes en konkret plage han ønsker løsningen på, er det legen som må ta initiativet til en proaktiv samtale om forebyggingspotensialer.

Siden bare en brøkdel av muntlig informasjon under konsultasjonen blir forstått riktig, har jeg utviklet et sett med skriftlig tilleggsinformasjon om de vanligste helseproblemene. Heftet «Patient Education» brukes nå i stor utstrekning blant australske allmennpraktikere, som fritt kan kopiere fra heftet og gi pasientene de aktuelle sidene. En amerikansk undersøkelse viser at 90% av pasientene ønsket skriftlig informasjon i tilslutning til konsultasjonen, 67% leste informasjonen og tok vare på den, 30% leste den og kas-

tet den, mens bare 2% kastet informasjonen uten å lese den. Relevant skriftlig informasjon om konsultasjonstemaet er etter min erfaring meget nyttig. Det sparer pasienten for mange unødige bekymringer, legen for noen kontroller og samfunnet for utgifter.

Kommunikasjonsevne som kriterium for opptak til legestudiet

– Er skoleflinkhet en forutsetning for å bli en dyktig lege?
– Ved vårt universitet har vi de siste 5-6 årene tatt konsekvensen av at det hjelper lite om legen er kunnskapsrik hvis han ikke greier å samhandle med pasienten. Vi har derfor laget opptaksprosedyrer hvor evnen til kommunikasjon teller mer enn skolekarakterene. Gjennom et personlig intervju med et panel på tre personer testes kandidatene på evnen til muntlig presentasjon og sosial interaksjon. Dette er spesielt viktig nå når studiet er lagt opp som problembasert læring, som jo forutsetter at studentene lærer gjennom selvstudier og aktivt grupperarbeid med presentasjoner og diskusjoner.

Vi er svært godt fornøyd med denne form for utvelgelse til legestudiet. Våre tidligere erfaringer viste at de som skåret dårlig på kommunikasjonsferdigheter også hadde de dårligste resultatene i de kliniske fagene.

Som ferdige leger vil nok de

som kommuniserer best være de som får færrest klager fra pasientene.

Professor Murtagh kalles ut til konsultasjonsrommet for en BCG-vaksinering.

– Med den store innvandringen fra Sørøst-Asia må vi igjen tenke på de gamle folkesykdommene.

Den norskættede sekretæren byr på kaffe med cookie, og benytter anledningen til å få vite mer om Figjo.

Allmennpraktikere som praksislærere

– 25 allmennpraktikere er tilknyttet vårt universitet og underviser allmennmedisin i longitudinelle blokker gjennom hele studiet. 40% av undervisningen i allmennpraksis skjer ved utplassering hos praksislærere. Vi velger først og fremst ut praksiser i utkantstrøkene, der allmennpraktikeren må håndtere alle slags problemstillinger alene. Gjennom hele studiet arbeider vi systematisk med å oppøve ferdigheter i samhandlingen med pasienten. Etter undervisningsplanen skal 25% av tiden brukes til konsultasjonsteknikk.

IT-samfunnet på legekontoret

– Du har jo skrevet hele åtte bøker for allmennpraktikere. Er du redd for at de moderne elektroniske mediene skal overta den tradisjonelle fordypningen i faglitteratur?

– Nei, jeg ser heller på mulig-

hetene den nye teknologien gir: hurtig tilgang på siste nytt innen epidemiologi, farmakoterapi og klinisk forskning legger forholdene enda bedre til rette for kunnskapsbaserte beslutninger. Med CD-rom blir det enda lettere å visualisere medisinsk informasjon overfor pasientene.

Professor Murtagh begynner å bli urolig. Det minner meg om at hans lærebok har et velskrevet illustrert kapittel om kroppsspråk, og jeg fornemmer at han allerede har begynt å tenke på det forestående oppdraget i Saudi-Arabia. På veien ut til den sommerlige marsluften i Melbourne nevner han at han og instituttet ser frem til at Even Lærum skal tiltrer staben i august 1996.

Tore Ytterdahl
Strandgården
4790 Lillesand

Litteratur:

1. Murtagh, JE. Practice Tips. Sydney: McGraw-Hill, 1991
2. Murtagh, JE. Patient Education. Sydney: McGraw-Hill, 1992
3. Murtagh, JE. Textbook of General Practice. Sydney: McGraw-Hill, 1994
4. Murtagh, JE. General Practice Companion Handbook. Sydney: McGraw-Hill, 1996

9.-10. oktober 1997, Oslo, Norge

«Tid for sorg»

Nordisk konferanse om sorg og sorgstøttearbeid. Arrangeres av Sorg og Omsorg/Universitetet i Bergen.

INFORMASJON:

Sorg og Omsorg

Institutt for Samfunnspsykologi

Universitetet i Bergen, Christiesgt. 12, 5015 Bergen

Tlf. 47-55 58 31 69/47-55 58 31 17 • Fax: 47-55 23 48 11

Når noen ikke passer inn!

I «ingensland» lever mennesker med motstridende følelser og opplevelser av hverdagen.

Når «ingen» føler seg «intet» er hun

- | | |
|-----------------|------------------|
| For frisk til: | – For syk til: |
| å være sykmeldt | – å være på jobb |
| å kalles syk | – å kalles frisk |

Men

- | | |
|--|---|
| Frisk nok til
å være mor | – Fortsatt for syk til
– å være husmor |
| å glede seg over hagen og blomster | – å være gartner |
| ha lyst til å prøve på nytt og gammelt | – holde ut begge deler |
| å ta sjansen på å prøve
å pusle | – å klare og mestre |
| å se behov | – å yte |
| å ville fylle dem | – å fylle dem |
| å ha lyst på utfordringer | – å makte å fylle dem |
| å ønske en endring | – å ta dem |
| å prøve på forandring | – klare å få endringen til |
| å gjenta forandringsforsøket | – med forverring som resultat |
| | – Da blir hun syk nok til en sykmelding. |

Når hun er syk og ønsker stadig en forandring har hun tid til å tenke og planlegge:

- | | |
|---|------------------------------|
| Hun er frisk nok til å tenke | – for syk til å handle. |
| hvor ble det av målene? | – de må forandres! |
| hvor ble det av drømmene? | – de må skrinlegges! |
| hvor ble det av den jeg trodde jeg var? | – en re-definering må til! |
| hvor ble det av meg? | – men jeg er jo meg... eller |

Ingen eller intet som samfunnet vil ha. Det føle ordet KRONIKER.

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| Og tankene maler | Loven sier |
| Du er blitt | – du har |
| en belastning for samfunnet | – en rettighet |
| en snylter | – går det ikke – så går det ikke |
| | Politikerne vil |
| en smile | – hurtighet |
| en sinke | – effektivitet av hver krone |
| KRONIKER | – få dem i arbeid |

Hvilket spenningsfelt en kroniker lever i! Det ingen kan være er sterk – i et slikt spenningsfelt. Egen styrke er medtatt av sorg og bekymring. Egen styrke blir til intet når loven sier rettighet mens de som har laget den angrer seg og vil endre på det. I elektriske spenningsfelt oppstår brann når en kommer for nære, eller noen kobler feil. I dette spenningsfeltet er det legen din sammen med ingen som skal lede på rett vei. I øyeblikket brennes alt opp og ut. Det hadde i grunnen vært greit å brenne opp fordi da blir det reelt sett ingen å lede gjennom spenningsfeltet. *Er det dette vi vil???*

Liv Magnbild Østebroed

Hvordan behandle urolithiasispasienter med akutt kolikk?

Tekst: Even Lærum



Even Lærum, 50 år, cand. med. fra Oslo 1970, allmennpraktiserende lege ved Nedre Eiker legekontor 1972–1980. Dr. med. 1984, Forskningsveileder NAVF-program for allmennmedisinsk forskning 1986–89, professor i allmennmedisin samme år, har nå legepraksis ved Tanum legekontor en dag i uken. Har drevet forskning og forskningsveiledning bl.a. knyttet til nyresten, urin- og luftveisinfeksjoner i allmennpraksis, pasientopplevelser ved sykdom, helse og livskvalitet og utgitt ca. 110 vitenskapelige publikasjoner. Er for tiden instituttbestyrer ved Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo.

Flere skandinaviske befolkningsstudier har vist at ca 10 % av voksne menn og ca 4 % av voksne kvinner får urolithiasis en eller flere ganger i løpet av sitt liv (1).

I øyeblikkelig hjelpe- og legevaktsituasjoner er pasienter med akutt ureterstenskolikk i tråd med dette ikke uvanlig. Pasientene har ofte intense smerter med sterkt ønske om smertebehandling. Enkelte kvinner som både har født og hatt ureterkolikk har opplevd stensmertene sterkere enn fødselsteveiene.

Det er vist at økt prostaglandinfrigjøring i nyrene/ureter er viktig faktor i smertegenesen. Dette er forklaringen på den gode og i klinisk kontrollerte forsøk dokumenterte effekt av prostaglandin syntese hemmere. Best dokumentert er effekten for indomethacin som gis langsomt intravenøst, og diclofenac som gis intramuskulært (2-6).

I sammenlignende studier med opoide analgetika og spasmolytika har prostaglandin-syntesehemmere like god eller bedre smertedempende effekt. Sett i relasjon til potensielle problemer med narkomane som simulerer stenkolikk er det en fordel å kunne anvende antiflogistika.

I en nylig gjennomført norsk klinisk kontrollert studie ble 50 mg indomethacin gitt langsomt intravenøst sammenlignet med 75 mg diclofenac gitt dypt intramuskulært (7). Statistisk signifikant smertereduksjon inntraff allerede 5 min. etter påbegynt injeksjon i diclofenacgruppen og etter 10 min. for indomethacin. Bivirkningsprofilen var noe gunstigere

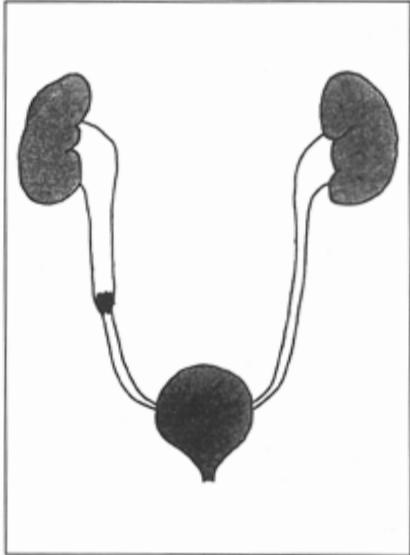
for diclofenac. Den smertestillende effekten av diclofenac var i løpet av en oppfølgingstid på to timer like god som for indometacin. Dette sammenholdt med langt lavere pris og enklere administrasjonsmåte for diclofenac, og at mange etterhvert har god erfaring med bruk av medikamentet, gjør at diclofenac kanskje bør være et førstehåndsvalet ved ureterstenskolikk, vel vitende om at dette ikke er identisk med anbefalingen i Norsk legemiddelhåndbok (8).

Hvis ikke det er tilstrekkelig effekt av en injeksjon med antiflogistikum gjentas denne etter 20-30 min. Er heller ikke dette nok, bør man gå over til opoid analgetikum, f. eks. 100 mg pethidin intramuskulært.

Videre smertebehandling

Ofte vil pasienten ha ytterligere behov for analgetisk behandling ved at et flertall av pasientene får nye kolikkepisoder, særlig i løpet av de første døgnene. For å motvirke dette kan man utstyre pasienten med pethidinsupp, evt. stikkpiller av indomethacin. Et godt alternativ er sannsynligvis umiddelbart å starte peroral behandling med diclofenac 50 mg ganger 3 i en uke. Dette er vist å ha klart bedre effekt enn placebo i en nylig gjennomført norsk studie (9). Sammenlignet med placebo ble det en 50% større reduksjon i antall nye kolikkepisoder og en betydelig reduksjon i favør av diclofenac mht. reinnleggelsjer (60% mot 10%).

Spontan stenkitteringsrate ble ikke påvirket.



Råd om væsketilførsel

Eksperimentelle studier har vist at prestenotisk trykk og distensjon i ureter og nyrebekkenveggen proximalt for fastkilt sten øker med diuresen (2). Dette er rasjonale for å anbefale væskekarens under pågående kolikkanfall (2). Den kliniske effekten av dette råd er imidlertid ikke underbygget i kontrollerte forsøk (7). Men i alle fall synes det rimelig å gi råd om at pasienten ikke skal drikke rikelig under pågående anfall i motsetning til det råd de har fått i stenprofylaktisk øyemed. Det er viktig å presisere dette overfor pasiente-ne. Mange er forvirret ved å ha fått motsatt rettede råd.

Videre oppfølging

Som en grunnregel skal pasienten følges opp til stenen er kvittet.

Alle pasienter skal en gang ha tatt urografi for å få et anatomisk bilde av urinveiene. Det er omdiskutert hvorvidt urografi bør være standard metoden ved nye kolikkepisoder. Man har uker på seg før det skjer skader av nyren. For de som har hatt flere residiv og diagnosen synes rimelig sikker, kan pasienten henvises til undersøkelse med oversiktsbilde og ultralyd av urinveiene i første omgang. På prøverekvisisjonen kan man påføre evt. urografi og overlate til radiologen om det bør tas.

Konkrementer med minste diameter under 5 mm vil avgå spontant med 90% sannsynlighet i løpet av noen uker. Større stener, og særlig hvis de sitter i øvre del av ureter eller i nyrebekkenet, har klart lavere sannsynlighet for å avgå spontant. Pasienter med obstruerende sten bør henvises til urologisk vurdering. Feber og tegn til UVI under pågående kolikk er øyeblikkelig innleggelsesindikasjon på grunn av fare for urosepsis..

Utredning av pasienten med urolithiasis for å finne metabolske eller andre avvik som årsak til stendannelsen kan skje hos allmennpraktiserende lege (1). Lege-vaktlegen bør se det som sitt ansvar å informere pasientens faste lege slik at pasienten kan bli adekvat fulgt opp.

Even Lærum

Institutt for allmenmedisin

P.b. 1130 Blindern

0317 Oslo

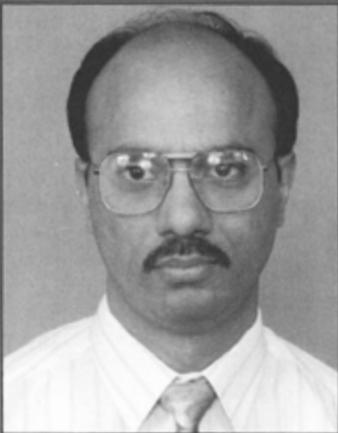
Litteratur

1. Lærum E. Studies on urolithiasis in general practice. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Oslo, 1983.
2. Holmlund D: Ureteral stones. An experimental and clinical study of the mechanism of the passage and arrest of ureteral stones. Scand J Urol Nephrol 1968; (suppl 1).3.
3. Hwang TI, Yang CR, Chang CL, Chang CH, Wu HC: Use of indomethacin in the prophylaxis of ureteral colic following extracorporeal shock wave lithotripsy. Scand J Urol Nephrol 1992; 26: 351-355.
4. Kinn AC, Elbarouni J, Seideman P, Sollevi A: The effect of diclofenac sodium on renal function. Scand J Urol Nephrol 1989; 23: 153-157.
5. Holmlund D, Sjödin J-G: Treatment of ureteral colic with intravenous indomethacin. J Urol 1978; 120: 676-677.
6. Viksmoen L, Hertzberg S, Lærum E, Waaler G: Treatment of acute biliary and renal/ureteral colic. A comparative study on the effect of bruprenorfin indomethacin and pethidine given intravenously. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106, 1104-1108.
7. Lærum E, Ommundsen OE, Grønseth, JE, Christiansen A, Fagertun HE. Intramuscular diclofenac versus intravenous indometacin in the treatment of acute renal colic. In press in Eur Urol (under trykking).
8. Norsk legemiddelhåndbok 1996-97 for helsepersonell. Oslo: Norsk Legemiddelhåndbok, 1996.
9. Lærum E, Ommundsen OE, Grønseth, JE, Christiansen A, Fagertun HE. Oral diclofenac in the prophylactic treatment of recurrent renal stone. Eur Urol 1995; 28: 108-11.



Traumatisk artritt i allmennpraksis

Tekst: Satya P. Sharma



Satya Pal Sharma er født i India 1954. Utdannet fysioterapeut 1976 i New Dehli. Flyttet til Norge 1977 og arbeidet som fysioterapeut fram til 1982. Eksamens i ortopedisk medisin med bla. manipulasjon ad modem Cyriax, London. 2 1/2 årig deltidskurs med eksamen i klassisk akupunktur. Cand. med. Bergen 1988. Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin 1995. Kommunelege i Masfjorden 1990-95. Helsesjef i Åsane fra 1995. Har skrevet flere artikler i Utposten tidligere.

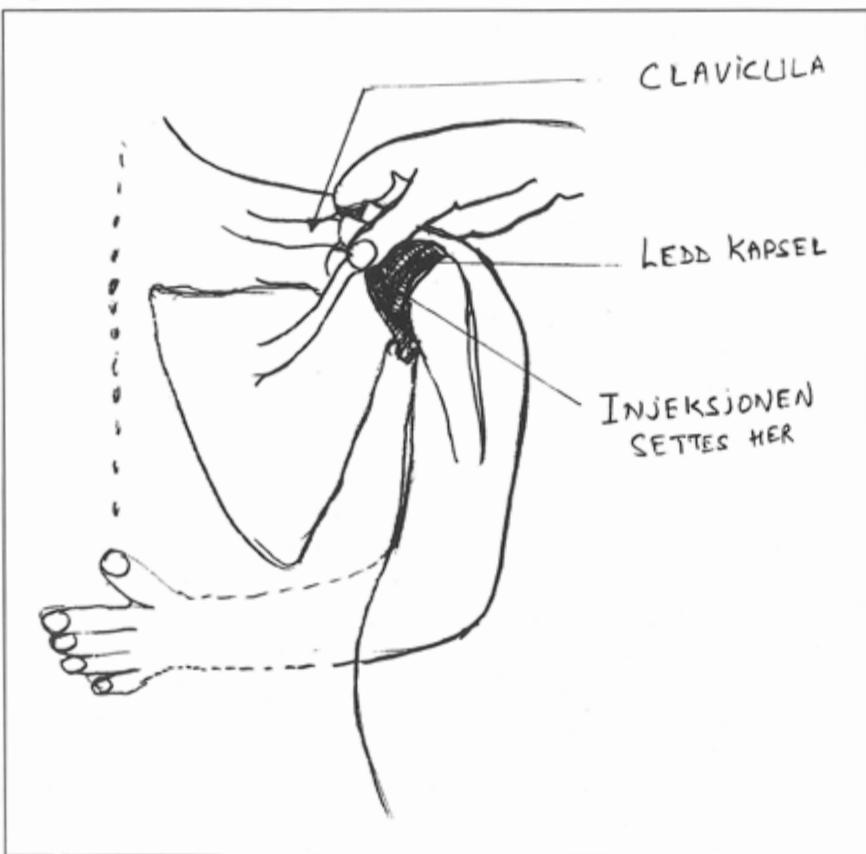
Hun fikk smertestillende og fortsett fysioterapi, tross mye smerter. Bevegeligheten ble mindre og mindre. Hun ble skrevet ut til sitt hjem med rollator og skulle begynne å belaste foten gradvis.

Ved sykebesøk ca. to uker etter hjemkomst hadde hun konstante smerter. Det var nesten ingen aktiv bevegelighet i skulderen, og hun ble fullstendig pleietrengende. Passivt hadde hun ca. 5 grader lateral rotasjon, ca. 15 grader abduksjon, fleksjon ca. 30 grader og omtrent like mye innadrotasjon. Det kliniske bildet tydet på kapsulært mønster (1). For skulderleddet betyr dette mer restriksjon av lateral rotasjon, noe mindre av abduksjon, og minst av medial rotasjon

og fleksjon. Kapsulært mønster i et ledd tyder på artritt. I dette tilfelle dreide seg om traumatisk artritt.

Fysioterapi var uaktuelt og ville være nytteløst. Hun fikk kortisoninjeksjon, 1 ml. Celeston Chronodose med Xylocain intraartikulært. Dette hadde god effekt både på smerter og bevegelighet. Injeksjonen ble gjentatt etter en uke. En uke senere var hun betydelig bedre. Hun trengte ikke lenger smertestillende medikamenter. Bevegeligheten nærmet seg 75 grader i fleksjon, ca. 45 grader av abduksjon og ca. 30 grader av lateral rotasjon, og hun hadde kun noe smerter hvis armen kom over 75 grader i fleksjonen. Hun var blitt svært selvhjulpen, kunne bruke

Figur 1.



En 82 år gammel vital kvinne falt hjemme og fikk brudd i høyre tibia. Hun ble innlagt på sykehus og fikk behandling for frakturen. Imidlertid fikk hun økende smerter i høyre skulder. Røntgen var negativt, og fysioterapeut begynte å mobilisere skulderen. Smertene bare økte på. Det ble tatt nytt røntgen som også var negativt.

rollator og hadde begynt å belaste foten. Kunne øve på hjemmeøvelsene for å øke bevegelighet. Hun fikk sin tredje injeksjon to uker etter den forrige. Ved oppfølging tre uker senere var hun fullstendig restituert og hadde full bevegelighet i høyre skulder.

Injeksjonsteknikk

Jeg pleier å bruke posterior teknikk. En adduserer skulderen så mye som mulig. Ideell stilling ville være å ha pasienten liggende på magen med den affiserte armen under magen og flektet ca. 90 grader i albuen. Men det er ikke alltid mulig å få pasienten i denne stillingen. Da er det nok at pasienten adduserer armen maksimalt. En setter venstre tommel på acromions ytre kant og pekefingeren på processus coracoideus. Noen vil foretrekke høyre hånd for å holde og bruke venstre for å sette injeksjonen (figur 1). Innstikksstedet

skal være like lateralt for acromions ytre kant. Nålen sikttes mot processus coracoideus. En møter tydelig motstand fra kapselen, og like etter treffer en leddbrusken. Nålen dras tilbake ca. 0,5 cm og injeksjonen gis her. Nålen er da 3-3,5 cm inne. Jeg pleier å bruke 1 ml Celeston Chronodose og 1,5 ml Xylocain uten adrenalin.

Diskusjon

Traumatisk artritt i skulder etter fall er vanlig og forårsaker mye smerter. Hvis bevegelser i skulderleddet fører til økende smerter, bør en undersøke bevegelsesmønsteret. Hvis dette stemmer med kapsulært mønster, bør en satse på intraartikulær kortisoninjeksjon. Forutsetningen er selvsagt at eventuelle brudd er utelukket. Fysioterapi er nytteløst og smertefullt. Kortisoninjeksjon har i slike tilfeller svært god effekt og forkorter sykdomsforløpet betydelig. Uten kortin-

soninjeksjoner ville denne damen trolig endt opp med «frozen shoulder» (adhesive capsulitis) og betydelig forlenget rehabiliteringstid. Opptil fem injeksjoner beskrives som vanlig i slike tilfeller (2). Selv pleier jeg ikke gå over tre injeksjoner.

Satya Sharma

Åsane Bydelsadministrasjon

Åsane senter 38

5095 Ulset

Litteratur

1. Cyriax J. Textbook of Orthopaedic Medicine, vol I, Diagnosis of Soft Tissue Lesions, 7th edn. Bailliere Tindall, London, 1979.
2. Ombregt L. et. al. A System of Orthopaedic Medicine, WB Saunders Company Ltd., London, 1995.

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

Ledige stipendier

Allmennpraktikerstipend I. halvår 1997

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdannelse av leger, utlyser Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag i Oslo, Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim og Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 18 stipendmåneder for 1. halvår 1997, forutsatt at sentralstyret bevilger stipendmidlene. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og/eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke. Stipendiatene forventes å være tilknyttet et av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Hvis kvoten ikke fylles av søkeres som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger

eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betrakting.

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

Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildelingen av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter. Det er utarbeidet et søknadsskjema og veileding for aktuelle søkeres som kan fås ved henvennelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Seksjon for allmennmedisin, Ulriksdal 8c, 5009 Bergen, tlf. 55 58 61 22, fax 55 58 61 30, eller de allmenn-/samfunnsmedisinske instituttene.

Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse *innen 15. oktober 1996*. Søknader som er poststemplet etter søknadsfristen blir ikke tatt i betrakting.

Bruk av CRP testing ved luftvegsinfeksjonar

Tekst: Aslak Bråteit



Aslak Bråteit er kommunelege i Finnøy. Han har dei siste åra interessert seg for diagnose og behandling av nedre luftvegsinfeksjonar i allmennpraksis. Som mange andre allmennpraktikarar er han frustrert over dei svake prediktive verdiane som ligg i vanlig klinikkk, og har etterlyst enkle blodtestar som kan bøta på dette – spesielt i ei tid då presisjonsgrunnlaget før bruk av antibiotika bør vera større enn nokon sinne.

Bakgrunn:

Mest dagstøtt møter allmennpraktikaren lungelidningane. Etiologien kan vera allergiane, tobakksrøkinga, infeksjonane, seinfylgjene etter miljø/arbeidsplass, sekvele etter tuberkulose eller kombinasjonar av desse.

Nokre gonger er den tunge pusten årsaka i anemi eller hjartelidningar.

Utanom sjukehistoria med luftvegssymptom og allmenntilstand

er det den kliniske undersøkinga som gir grunnlaget for å meina noko om at lidinga sit i lungene.

Dei siste åra har me hatt glede av å nytta semikvantitativ CRP måling i fullblod. Me har nytta testen både på kontoret og i legevaktarbeid.

CRP måling:

CRP mengda i blodet stig berre få timer etter inflamasjonsstart. Levera er produsent, og biologisk effekt er modulering av mange og innflokke immunologiske responsar.

CRP målinga fortel oss noko om graden av pågående immunologisk respons. Nokre sjeldne immunologiske lidingar kan gi høge verdiar, nokre virale sjukdommar (t.d. mononucleose) likeins. Når differensialdiagnosen er ein nedre luftvegsinfeksjon, vil CRP-måling seia kor sannsynleg bakteriell etiologi er. Er det behov for antibiotisk handsaming?

Ved bakterielle lungeinfeksjonar vil CRP verdiane vanlegvis stiga til høge verdiar, gjerne 100–200mg/ml. Ved virale infeksjonar vert stiginga sjeldan over 50. Andre bakterielle infeksjonar, så som sinusitt og otitt KAN visa stiging, men CRP-måling er her lite sensitiv.

Klinisk presisjon:

Både hjå barn, vaksne og eldre er det fleire lidingar i luftvegar og hjartekarsystemet som kan gi svært like symptom. Nokre gonger er det mest uråd å skilja dei åt med vårt fagsymbol, stetoskopet. I allmennpraksis møter me gjerne ein del lidingar i startfasen, eller trur me gjer det. Så stiller me «the very, very, very early diagnosis of...» og

handsamar ein tilstand som går fort over, post eller proptre.

CRP-måling er ikkje berre «lungebetenningsprøven», men hjelper svært ofte i å skilja ut hjartesvikt, astma, KOLS frå eit bilet like luftvegsinfeksjon. Ved gjennomlesing av ein del sjukehistorier ser eg at fleire målingar av CRP medverkar til å kunna revurdere diagnostikk og handsaming.

Pedagogikk:

På sjukehusa får ein via det faglege samarbeid, eit rikt testrepertoar og den patologisk/anatomiske fasit stadige tilbakemeldingar om sin kliniske prestasjon.

I allmennpraksis står legen ofta alleine, det er få testar ein kan nytta seg av, særleg i legevakt-samanhang. Utvikling av evne til å oppfatta og tolka det subtile, det anamnestiske gehør, dei kliniske detaljar, utgjer utfordringa.

Sidan resultatet av diagnose og tiltak likevel ofte må tolkast av klinikaren ligg det til rette for utvikling av uvanar. Difor har ein kvar test som aukar den diagnostiske presisjon det potensialet at ein kan få korrigert seg sjølv som klinikar. I legevakt-samanhang er brukbare testar kjørekommne fordi resultatet ligg føre straks, medan klinikken er rykande fersk. Legen kan «sjekka» seg sjølv og revurdera klinikken. Løresituasjonen er optimal.

Mi utvikling:

Eg let meg utfordra av klinikken til å prøva predikera CRP verdien. Når eg har pasientar som eg misstenker luftvegssjuke, høyrer eg nøyare enn før etter anamnesen. Er pasienten hås eller har snue? Har han pustesmerter i brystet, kjennest brystet tett? Hjå eldre er



Det er blitt mange fleire fingerstikk etter at CRP gjorde sitt inntog.

eg oppteken av nedsett allmenntilstand eller tapte funksjonar.

Ved undersøkinga ser eg etter nasevengespel, etter inndragningar i halsgropa, mellom ribber og under ribbeinsbogen. Det hjelper med noko skratt lys. Gryntar eller stønna han? Går pusten raskt (over 24/min)?

Så hører eg med stetoskopet: Kan eg høyra sikker patologi så som blåst eller nedsett respirasjonslyd?. Er det demping tilstades? Hjå gamle er krepitasjonar mest obligat og må tolkast med varsemd.

Eg hamnar då i ein av 3 situasjonar:

Tilråding:

1: Ingen mistanke om luftvegsinfeksjon: (pretest probability 0-5%)

Liten grunn til å måla CRP. Vil pasient / pårørande godta svaret, er alle nøgde.

Dersom pasient / pårørande ikkje fester lit til legen, kan ein måla CRP for å ha endå eit argument for avgjerda si.

2: Klinisk sikker pneumoni / oppblussing av kronisk bronkitt. (pretest probability 95-100%)

Mål CRP av to grunnar:
Det gjev eit utgangspunkt for ny evaluering dersom manglende betring. CRP verdien fell på få timer etter at inflamasjonen minkar. Fleire gonger ser eg at eldre eller yngre får residerande episodar og diagnosen må revurderast (astma, KOLS, cancer?) Det er då ei god støtte i gjennomgangen at det ligg ved CRP svar frå dei einskilde episodane.

3: Dette KAN vera ein luftvegsinfeksjon.(pretest probability 5-95%)

CRPmåling hjelper i avgjelda di. I slik situasjon har testar sin diagnostiske verdi.

Ved å ta i bruk CRPmåling i legevakt, opplever eg at den diagnostiske profilen vert likare kontorprofilen. Før gjorde me SR måling / sidan CRP måling på kontoret, ikkje på legevakt: Valet om antibiotika kvilte mykje meir på kva eg høyrdde eller ikkje med stetoskopet. Den diagnostiske presisjon var mindre om ettermiddagen og natta enn om dagen.



Sjølvlagt og improvisert CRP-sett til bruk på legevakt.

Ei retrospektiv analyse av nedre luftvegsinfeksjonar i Finnøy 1993-1996:

7 legar (2 faste og 5 turnuskandidatar) har arbeidd her i den tida. Alle brukte CRP testen i varierande grad, og enda med å gi penicillin i varierande grad. Ved plotting av kvar lege i eit diagram med frekvens av CRP testing mot frekvens av ikkje gitt antibiotika fann eg ei regressjonskurve: Dess oftare legen målte CRP, dess sjeldnare brukte han penicillin.

Er det noko å ropa hurra for?

- 1: Same analyse viser at pasientar med CRP diagnose har like god tilheling som klinikkdiagnoserte.
- 2: Trugsmålet om utvikling av antibiotika- (i.e. penicillin-) resistente bakteriestammar heng over oss. Islendingane har nyss vist at frekvensen av resistens er proporsjonal med bruken av antibiotika.
- 3: Har du prøvd å gi 3 åringen din penicillin i ei veke? Du er glad om indikasjonen er velfundert etter at du har kjempa med barnet nokre dagar.

Aslak Bråtvæit, kommunelege
4160 Finnøy

Syklig sorg eller syk av sorg? – gamle råd og ny kunnskap

Tekst: Cecilie Daae



Cecilie Daae, 34 år,
cand.med. Oslo 1990.
Bydelslege ved Bjerke lege-
senter i Oslo. Gift, 3 barn.

Takk til Utposten som med nummeret «Eksistensen, sorga og oss» setter søkerlyset på temaet «Plutselig død, hva kan vi gjøre for de pårørende og for oss selv». Det må være viktig og riktig å skolere oss som medmennesker og leger langt bedre i forhold til hva kriser og krisereaksjoner representerer, enn det som har vært tradisjon til nå. Jeg blir full av tanker og refleksjoner etter å ha lest Eivind Vestbøs leder (1) og Sten Erik Hesslings artikkel (2), både som lege og som langvarig sorgende. La meg begynne, som kollega.

Finnes det allmenngyldige oppskrifter for hvordan møte døden?

Som gode leger må vi ha solid kunnskap om mennesker og sentrale menneskelige fenomener. I vårt arbeid skal vi ha kjennskap til sentral litteratur og faglig ekspertise på medisinske områder, også de som kanskje kan karakteriseres som både av medisinsk og eksistensiell natur. Det er viktig at vi som leger kjenner til generell kunnskap om hva som er viktig for pårørende og overlevende etter en katastrofe. Like viktig er det å ha respekt for vissheten om at det er mye vi ikke vet. Det er enkelt å følge «gode råd» og enkel, skjematiske tankegang, men vår velmenthet kan lett tangere synsing uten forankring i kunnskap. For bare 20 år siden var det vanlig ved dødsfall i forbindelse med fødsel å fjerne barnet uten at mor/foreldre fikk anledning til å se det (3). Dette skjedde ikke med ond vilje, men ut fra tro på at dette ville være det beste for å bearbeide tapet. Nå mener vi at vi vet bedre (4,5). La oss ha respekt for at det på områder av eksistensiell natur kanskje er lett å gå vill i jungelen av synspunkter, moter og kunnskaper. Trond Berg Eriksen uttrykker at våre forestillinger om døden er en del av vår «mentalhistorie» (6) og viser hvordan de har forandret seg over tid.

Syklig sorg eller syk av sorg

Det foreligger ennå ikke noen systematisk oversikt over etiologi, uttrykksformer, behandling eller

prognose for begrepet syklig sorg (7). Det er heller ikke noen enighet om hvordan dette begrepet skal operasjonaliseres, selv om forsøk er gjort (8). Syklig sorg eller syk av sorg; begrepene er vanskelige rent medisinsk, til dels på vei ut. Sorgens kilde og vesen er trolig like variert som antall menneskeliv på jorden.

Nye perspektiver på sorg og sorgbearbeiding innebærer en endring av tidligere faglige oppfatninger basert på to forutsetninger, nemlig at:

- Sorg er tidsavgrenset og
- Et fullført sorgarbeide innebærer å legge «sorgen bak seg», dvs. i størst mulig grad la tanker om den døde avblekes og bli borte.

Jeg vil advarer mot homogenisering av sorg og sørging. Vi har alle vår egen indre verden, våre egne strategier for mestring og sørging. Det finnes god kunnskap om hva som kan hjelpe en sorgende i gang med en god sorgprosess, men det finnes intet fasitsvar for akkurat den personen du som lege står overfor her og nå. Og etter den akutte fasen er det viktig å huske at også da beveger mennesker seg langs et kontinuum fra normal sorgbearbeiding til syklig/patologisk sorg, forstått som fastlåst sorg som frarøver personen et meningsfylt liv.

Alternative sorgmodeller

I en tankevekkende artikkel skrevet av psykolog Olav Müller (9),

redgjør han for en alternativ sorgmodell. En mer kompleks modell, som i større grad ivaretar de store individuelle forskjeller, og som mer samsvarer med sorgprosessene slik de reelt sett oppleves av de sorgende er utformet av Horacek (10). Det skiller mellom:

- Umiddelbare reaksjoner Slike reaksjoner inkluderer, men begrenser seg ikke til, emosjonell nummenhet, sjokk og vanTro/benkeltelse. Kan være i dager, uker og til og med måneder.
- Sorgoppgaver Kan begynne umiddelbart og inkludere, men ikke begrense seg til, bla. det å forholde seg til sinne, skyld, idealisering av den døde, tomhet, depresjon, ambivalent forhold til andre og det å vurdere livet sitt (life reviewing). Kan ta måneder og år og i enkelte tilfeller vare livet ut.
- Tilpasning til tapet og fortsatt sorging Etter måneder og år med bearbeiding vil de fleste mennesker i hovedsak igjen fungere adekvat i dagliglivet. Dette innebærer imidlertid ikke at de blir som før tapet. På samme måte som ved en amputasjon eller andre varige fysiske skader fortsetter tapet, sammen med tilpasning, mestring og sorging, livet ut. De fleste opplever en varig tilknytning til den døde, samtidig som de er i stand til å involvere seg i sine daglige gjøremål.

En slik modell er ikke klart fasepreget, de enkelte sorgoppgaver kan opptre parallelt, veksle innenfor kortere tidsrammer og komme tilbake selv om de for en tid synes tilbakelagt. Sorgen har heller ikke «hastverk», idet visse sider av sorgarbeidet antas å skulle være livet ut.

Atle Dyregrov og Magne Raundalen presenterer ny forskning som understøtter disse perspektivene i artikkelen «Sorg hos barn»(11). Her understrekkes igjen

at sorgarbeid ikke følger bestemte faser. Nye arbeider viser også at det å bevare en nært tilknytning til den avdøde vanligvis ikke avspeiler noen psykopatologi.

La oss etterspurre kunnskapens kilde før vi kommer med moralske imperativ!

Nå tilbake til Utposten og et eksempel. Sten Erik Hessling skriver: «Vi bør sette ord på at den døde bør stelles i hjemmet og være der til dagen etter». For mange mennesker vil dette være av avgjørende betydning for det videre forlopet i sorgarbeidet. For andre vil en slik tanke være ytterst fremmed, kanskje frastøtende og skremmende. Jeg mener at vi ikke bør ha synspunkter på hva mennesker skal gjøre i forhold til slike ting. Dette begrunner jeg i mangelen på kunnskap og mangfoldet i menneskenaturen, vi mangler om man vil, gode klinisk kontrollerte forsøk som kan understøtte slike anbefalinger medisinsk sett. Vår oppgave er å ha kjennskap til det repertoar av ritualer, mestringsstrategier og praktiske løsninger som kan finne sted i slike situasjoner, og tilby dette, med stor grad av nærværenhet og sensitivitet for hva den kriserammede ønsker. Det innebærer selvsagt å gjøre oppmerksom på at avgjørelser kan omstøtes. Kanskje den etterlatte der og da ikke orker tanken på å ha den døde i huset, men dagen etter føler det anderledes? Eller kanskje det var riktig at det, for denne personen, var slik at den nære avskjeden ble der og da. Vi skal være på tilbudssiden, med varhet for at våre gode ønsker forble det, og ikke ble omsatt i praktisk virkelighet.

«Unngå råd og trøst»

Jeg vil gjerne belyse hvor vanskelig møtet med katastroferammede er, selv i teorien. Sten Erik Hessling refererer i sin artikkel til «The McMaster technique». Denne

inneholder bla. punktet «unngå råd og trøst». Jeg kjenner ikke til bakgrunnen for dette synet, men det står i skarp kontrast til f.eks. til Retterstøls punkter for emosjonell førstehjelp i boken «Kriser og nevrosor»(12). Retterstøl skriver: «Personen må få snakke ut om alle traumatiserende opplevelser og sine tanker, og han må lyttes til og rådes på en empatisk måte. Alle bør kunne yte emosjonell førstehjelp. Retningslinjene er som følger; vis medmenneskelighet, gi mulighet for avreaging, berolige, oppmunstre, godta ikke bebreide, aktivisere, gi mulighet for hvile, sovn, legg vekt på at det ofte dreier seg om naturlige reaksjoner på urimelige påkjenninger». En god huskliste for hvordan håndtere en pårørende i akutt krise er referert gjennom fire E'er presentert i British Medical Journal (13):

- Empathise. Sit and listen to and reflect back relatives' reactions rather than make assumptions or categorise them
- Enable relatives to accept reality and to experience the pain
- Encourage, as in «you will be able to cope»(with help if needed)
- Encounter your own feelings and express them later, perhaps as part of a debriefing

For mange kan det være av stor betydning, tror jeg, å få både råd og trøst.

Gjør oss ikke til «skap-sørgere»

Nå våger jeg meg på å være personlig. For to år siden mistet jeg datteren min i forbindelse med fødselen. Denne brå død, dette møtet som ble avskjed, har preget meg sterkt siden. Jeg har møtt mye uforståd synes jeg, ikke minst fra helsepersonell nettopp fordi de så og si føler at de «har svaret» på sorg og sorging, på forløp og mestringsstrategier. Jeg savner ydmykheten og respekten for den enkelte. Smerte og sorg kan være uut-

holdelig, og jeg tror ikke vi er ment å kunne tåle alt. «Riset bak speilet» er at man kan komme inn i såkalte patologiske sorgmønstre, som gir både syklig sorg og gjør oss syke av sorg, dersom sorgarbeidet ikke skjer «normalt». At sorgen sementeres hvis en sorgende forblir i en sorggruppe over for lang tid (hva er det?), er en slik overfladisk beskrivelse (2). Normative oppfatninger om en standardpreget sorgprosess presentert for oss som sørger gjør oss raskt til skap-sørgere.

Kan vi stå på trygg grunn i møtet med den brå død?

Jeg har lest to innlegg i Utposten, og de har berørt meg. Jeg advarer mot å tro at vi står på trygg grunn i møtet med den brå død. Jeg har vist til viktig litteratur som åpner

for en tanke om at sorgarbeidet bærer preg av den sorgende, og at sorgen kan være livet ut, uten å være syklig. I en av referansene (9) uttrykkes en betrakning om at sorg er en vesentlig faktor i menneskers utviklingspotensiale. Det er viktig å akseptere at den sorgende aldri blir helt den samme som før tapet. Å tenke strikt i faser og vise for stor opptatthet f.eks. av at den sorgende skal legge sorgen bak seg, er å forenkle og bagatellisere kompleksiteten ved menneskers sorg. La oss unngå utsagn som at «Vi må være skapt til å bære sorg», det normative budskapet er hardt å svelge. Som leger må vi aktivt følge med i utviklingen av ny kunnskap. For dette temaets del skjer det for en stor del på andre fagområder enn vårt eget.

Sørgens mening

Har sorg en mening? Det meningsbærende kan være vanskelig å se når ens indre er et kaos av lidelse og smerte. Omgivelsenes krav om mestring og tilpasning, f.eks. utformet i tanker om at man gjennom sorgbearbeiding skal bli et klokere og rikere menneske, er tidvis tungt å bære. Men kanskje avspeiler dybden i sorgen evnen til tilknytning, evnen til å elske, evnen til å fylles av selve livet. Kanskje må vi gi oss like mye tid til å sørge som til å elske.

Cecilie Daae
Eventyrveien 28
0851 Oslo

Litteratur

1. Vestbø E. Eksistensen, sorga og oss. Utposten 1996; 25:131.
2. Hessling SE. Plutselig død – hva gjør vi for de pårørende og for oss selv. Utposten 1996; 25:132-5.
3. Leon IG. Perinatal loss, a critique of current hospital practices. Clinical Pediatrics 1992; 366-74.
4. Zeanah C. Adaption following perinatal loss: A critical review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989; 28: 467-80.
5. Bourne S. Stillbirth, grief and medical education. BMJ 1977; 1:1157.
6. Berg Eriksen T. Den usynlige død og andre essays. Oslo Universitetsforlaget, 1986.
7. Raphael B. The measure of grief. Abstract fra Heftet «Grief and Bereavement». Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsovård, 1995.
8. Raphael B. Diagnostic Criteria for Bereavement Reactions. Paper presented at International Symposium on Pathologic Bereavement, 1989, Seattle, WA.
9. Müller O. Sorgen som varer livet ut. Tidsskr Nor Psykologforening 1994; 31:131-8.
10. Horacek BJ. Toward a more viable model of grieving and consequences for older persons. Death studies 1991; 15: 459-72.
11. Dyregrov A, Raundalen M. Sorg hos barn. Tidsskr Nor Psykologforening 1996; 33: 510-20.
12. Eitinger L, Retterstøl N, Dahl AA, Malt UF. Kriser og nevroser. Oslo Universitetsforlaget, 1991.
13. McLauchlan CAJ. Handling distressed relatives and breaking bad news. BMJ 1990; 301: 1145-9.

Døden er ingen avskjed

av Erling Christie

Hjem sier de døde sover?
Hjem sier at dette var alt, eller at
det finnes en verden av større renhet
der de som forlot oss gikk inn
til evig skinnende ungdom?

Hit har vi fulgt deg
med vår avmektige mildhet
og trøstens hjelpløst flakkende hender.
Hit har vi fulgt deg
med ord av den store uvirkelighet
som ingen klage kan gjennomtrenge.
Til vi igjen
gikk langsomt bort under traerne.

Sover du nu, eller gikk du
inn i de lysende stjernetåkers
frysende fjernhet
Dit våre ord, våre ytterste syn
aldri kan nå?

Barn, jeg sier deg:
Døden er ingen søvn
Døden er ingen avskjed.
Uendelig nær er du alltid her
er de døde beständig her og nu i evig
lys over hverdagens skritt
på jorden.

Tatt fra ; I Grenselandet,
Den norske Bokklubben 1969

Kjære Lars!

Åpent brev til ass. helsedirektør Lars Hanssen fra Kjeld Malde, allmennpraktiker i Grimstad. Et hjertesukk om legevakten og dens organisering.

Jeg leste med stor interesse intervjuet med deg i siste nummer av «Utposten» (25 (3) 1996). Og spesielt interessant fant jeg dine uttalelser under overskriften «Misforhold mellom legenes ansvar og rettigheter. Hvor du sier: «legene bruker sjeldent de rettigheter som (lege)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.»

Jeg har i mange år forsøkt å få til endringer i egen praksis og brukte mye energi og innsats for å få driftstilskuddklassen økt fra 2 til 3 i sin tid. Uortodokse midler synes å være nødvendig.

Vi har nå i Grimstad problemer med organiseringen av legevakten. Men å få gehør i offentlig forvaltning er svært vanskelig. Formuleringene i legeloven har svært liten verdi på grasrotnivå. Det høres naturligvis fint ut at «legearbeidet skal organiseres best mulig». Og at legenes rettigheter er der, det er bare å bruke dem. Gjerne gjennom mobilisering av fylkeslegen. Men det er lite hjelp å få når det ikke er forskrifter som spesifiserer at kommunen skal gjøre ting.

Grimstad kommune har nå 11 delt legevaktskader og den har hittil vært lokalisert til Falken som har hatt ambulansekjøring frem til 31. desember 1995. Da vedtok fylkestinget i Aust-Agder å føre ambulansekjøringen over til Røde Kors som la inn et rimelig tilbud. Legeene i Grimstad (og andre som hadde

de erfaring) mente at Falken fortsatt burde kjøre ambulansene, og at ikke anbuddet dekket de reelle utgiftene. At det slo til og fylket nå må etterbevilge 2 mill. kr til ambulansekjøring er en annen skål. Men dette la grunnlaget for rasering av en ganske vel fungerende legevaktskader. Det og den påståelige sentrale helseforvaltning som absolutt skal ha sykepleier som svarer ved enhver legevaktskader. Selv om det i forskriftene står at det også kan benyttes annet personell.

Samlokaliseringen mellom ambulanse og legevaktskader syntes vi var en grei ordning. Nå har kommunen gått inn for en ordning som for det første gjør at betjent legevaktkontor opphører å eksistere. Samtidig skal AMK-sentralen i nabokommunen 20 km unna være telefonmottaker for Grimstad legevaktskader. Noe som ikke har vært forutsetning for innføring av AMK-sentraler. Grimstad har 17 000 innbyggere, i tillegg 2000 studenter og om sommeren et ukjent antall turister. Det er 10 000 henvendelser til legevakten i året. Altså i gjennomsnitt nesten 30 hver dag. En slik mengde henvendelser føler vi er en umulighet å håndtere uten å ha en bemannet legevaktskader. Det blir svært vanskelig å utøve ansvar overfor det som evt. måtte bli sagt av sykepleier på AMK-sentral på vegne av legevaktskader. Uten at vi ansikt til ansikt kan kjenne vedkommende som svarer, snakke om de enkelte pasienter osv. Og hva med krav til journalføring? Med et arbeidspress som dette er det vanskelig nok som det nå er. Og i tillegg skal legen sy og vaske, rydde og dele ut medikamenter.

Nå har vi forsøkt ad alle mulige veier å påvirke kommunen i retning av at vi får levelegge forhold på en legevaktskader som er i tillegg til full jobb og vel så det på dagtid. Hver

lege har 6-700 timer overtid i året (12 timer hver eneste uke i året overtid.). Og vi har dokumentert arbeidsuker på 50 timer allerede på dagtid.

Vi har forsøkt å skrive brev og snakke med administrasjonen i kommunen. Vi har kontaktet politikere. Snakket med helse- og sosialutvalget. Formannskapet har vi delt mellom oss og snakket med. Vi har skrevet brev til fylkeslegen. Som svarer at riktig nok er det en svært dårlig løsning som er foreslått, men den tilfredsstiller forskriftene (i forhold til at sykepleier skal løfte av røret når noen ringer Grimstad legevaktskader). Så mitt spørsmål blir. Hva gjør vi nå, Lars??

*Med vennlig hilsen
Kjeld*

(en noe oppgitt allmennpraktiker som er ansatt i kommunal legevaktskader hvor jeg gjerne så 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.)



Forslag om vaktlegekursus

Sammendrag: Vaktlegekurs for turnuskandidater og kommende vaktleger bør etableres. Kravene til vaktlegers kompetanse bør skjerpes av hensyn til pasientene, legene og det allmennmedisinske faget.

Vaktlegekurs bør være av høyest mulig kvalitet og med tiden inngå i turnustjenesten.

På bakgrunn av mange års legevakterfaring samt egne og andres tabber – skal vi hermed foreslå, at det etableres kursus i vaktlevirk somhet for unge leger og turnuskandidater. Et slike kurs bør etterhvert bli en obligatorisk del av turnustjenesten og kan erstatte de mest beryktede og kjedsommelige deler av nåværende Fylkeslegekurser.

Vårt forslag skyldes hensynet til pasientene, til legene og til selve faget:

1. Befolkningen bør også på legevakt betjenes av kolleger som
 - har rimelig klinisk erfaring og vurderingsevne
 - har et minimum av menneskeforstand
 - kan utvise almindelig god oppførsel.

Ved gjennomgang av de 20 anonymiserte klagesaker er det klart, at en del kolleger mangler sunt klinisk gangsyn eller helt mangler evnen til å snakke med pasientene på anstendig måte. Flere av klagesakene har resultert i barns dødsfall.

Legestanden selv bør ta initiativ til å bedring av vaktlegefunksjonen før krav om dette fremsettes av politikere, pasientorganisasjoner eller jurister

2. Legene larer under studiet noe om allmennmedisin, men vil

under turnustiden oppleve situasjoner, hvor en rimelig fornufdig klinisk vurdering vanskelig gjøres pga. konflikt med pasienten selv eller de pårørende.

En del situasjoner går igjen og læres i løpet av noen års legevirksomhet, men selv erfarte leger får regelmessig nye opplevelser med usedvanlige kliniske situasjoner eller eindommelige episoder med pasienter eller pårørende.

Erfaring kan ikke nedarves, men i noen grad konverteres til lærdom.

Leger med erfaring bør hjelpe nyutdannede kolleger med å unngå de verste fallgruber.

3. Problemene på legevakt er forskjellige fra de sykdommer man ser på kontordagene.

Pasientene har andre sykdommer og skal passere en annen terskel for å kontakte vaktlege.

Terskelen kan være høyere eller lavere, men den er forskjellig fra konsultasjonsterskelen.

Kontakten til vaktlegen utløses av symptomer, feber, smerte eller engstelse som hovedårsak, men legesøkningen avhenger av folks utdannelse, holdninger, oppdragelse, tidligere legebesøk samt av hva familien eller naboene mener.

Undertiden er vaktlegens besøk tilstrekkelig til å berolige pasient og pårørende, men andre ganger har man en situasjon som en kjernefamilie kan klare, men er vanskelig for en enslig mor.

På legevakt møter man et formidabelt sykdomspanorama fra livstruende tilstander til banaliteter. En stor del av sykdomstilfellene er det ikke mulig å sette sikre diagnoser på.

Eksempler er svimmelhet,

slapphet, hodepine, magesyke, og smerte klager fra kroppen.

Klassiske livstruende tilstander opptrer regelmessig, og på legevakt er det adskillige fallgruber:

- vaktlegen ser som regel sykdommen i tidlig fase
- muligheten for å bli villedt er mangfoldige.

Pasienten eller de pårørende kan overdrive eller bagatellisere symptomene, døvhets og senilitet kan vanskeliggjøre anamnesen eller situasjonen kan være preget av krangel, vold og fyll.

Vaktlejetjenesten er en sentral del av helsetjenesten. Undertiden en livsviktig del.

Vaktlevirk somhet har hittil vært ansett for et virkefelt der enhver lege med tid og krefter har hatt mulighet for å gjøre en innsats.

Men vaktlevirk somhet er i virkeligheten et særlig fagfelt, hvor det er et klart behov for å definere innhold, arbeidsbetegnelse og fallgruber.

DNLF, APLF og NSAM bør samarbeide om å definere vaktlevirk somhetens innhold, og kommende vaktleger bør i fremtiden gjennomgå særlige kurs i forbindelse med turnustjenesten.

Befolkningen må sikres en lejetjeneste av rimelig kvalitet, legene bør tidligst mulig lære om vaktlevirk somhetens særlige vilkår og det allmennmedisinske fag bør styrkes ved å definere og integrere vaktlevirk somhetens som fagfelt.

På legevakt vil kliniske feilskjønn og konfrontasjoner ikke kunne unngås, men ved å etablere kurser i vaktlevirk somhet med gjennomgang av dens kliniske og psykologiske problemstillinger er vi overbevist om at man kan redusere antallet av tragiske hendelser. Målet bør være ferrest mulig klagesaker og et realistisk mål bør minst

være en halvering av antall klagesaker i løpet av de neste 5-10 år.

Blandt emnene som bør gjennomgås på et slikt kurs forestiller vi oss bl.a. følgende:

1. Sykdomspanorama på legevakt (døgn- og årstidsvariasjoner)
2. Kliniske situasjoner og fallgruber (fra febrile barn til akutt psykiatri)
3. Menneskelige, psykologiske og kommunikasjonsmessige problemer på legevakt.
4. Praktiske prosedyrer (ambulanse, ambulansebåter, helikopter)
5. Journalføring og rapportering på legevakt.
6. Innleggelsesprosedyrer og innleggelsesskriv på legevakt.
7. Samarbeide med sykehjem og hjemmesykepleie.
8. Akutte innleggeler set fra pasientens og sykehusets side.
9. Rettmedisinske situasjoner (dødsfall, samarbeide med politiet)
10. Legekofferten og dens innhold.
11. Medisinutlevering på legevakt.
12. Gjennomgang og analysering av klagesaker.

En del av ovennevnte emner er behandlet i tilgjengelige bøker og artikler, andre deler kan oppfattes som selvfølgeligheter, mens enkelte forhold er dårlig beskrevet eller omstridte.

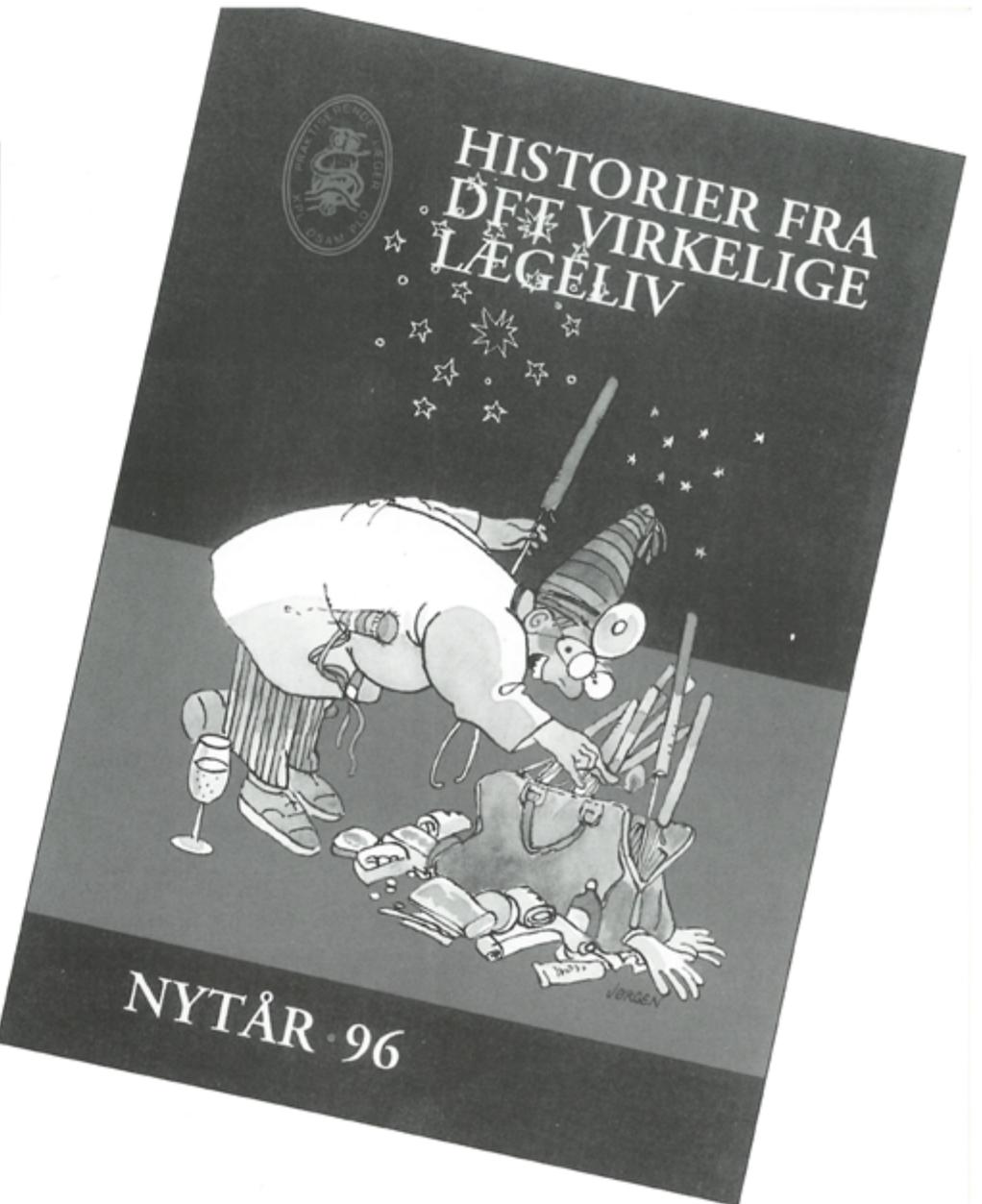
Forholdene varierer sterkt fra sted til sted, men mange prinsipelle og praktiske forhold er felles for alle legevaktordninger.

Når det gjelder journalføring på legevakt finnes ingen standardisert og autorisert prosedyre.

Som oftest foregår journalføringen dagen etter på bakgrunn av hukommelse og evt. notater.

Vi foreslår særlige vaktbrever i A4 og A5 format. Her kan sykehistorie, objektive funn, vurderinger og tiltak noteres på selvkopierende papir slik at legen beholder originalen.

Kopien kan da overleveres pasienten selv eller følge pasienten ved innleggelse på sykehus. Til vanlig



bruk kan legen klare seg med en A5-bok.

Ved innleggeler på sykehus bruktes A4-arkene som sykehusene skal ta vare på. Innleggelsesskriv på reseptblokker og småark hører ingen steder hjemme.

En standardisering av journalføringen på legevakt kan forekomme byråkratisk, men vi mener, at legene bør pålegge seg selv denne rutine før den evt. blir et påbud fra myndighetene. En standardisering av journalføringen på legevakt vil bedre legenes muligheter for å forsvere seg i en konfliktsituasjon og antagelig også bidra til at enkelte leger tenker seg bedre om.

Vi mener at spørsmålet om vaktlegekurs er så viktig, at det bør behandles av APLF og NSAM. En arbeidsgruppe bør nedsettes for å drøfte saken, og vi sender derfor dette brev til UTPOSTEN med

håp om at kolleger som er interessert i saken vil kontakte oss.

Arne Ivar Østensen
Ole Øisangsvei 1
7080 HEIMDAL

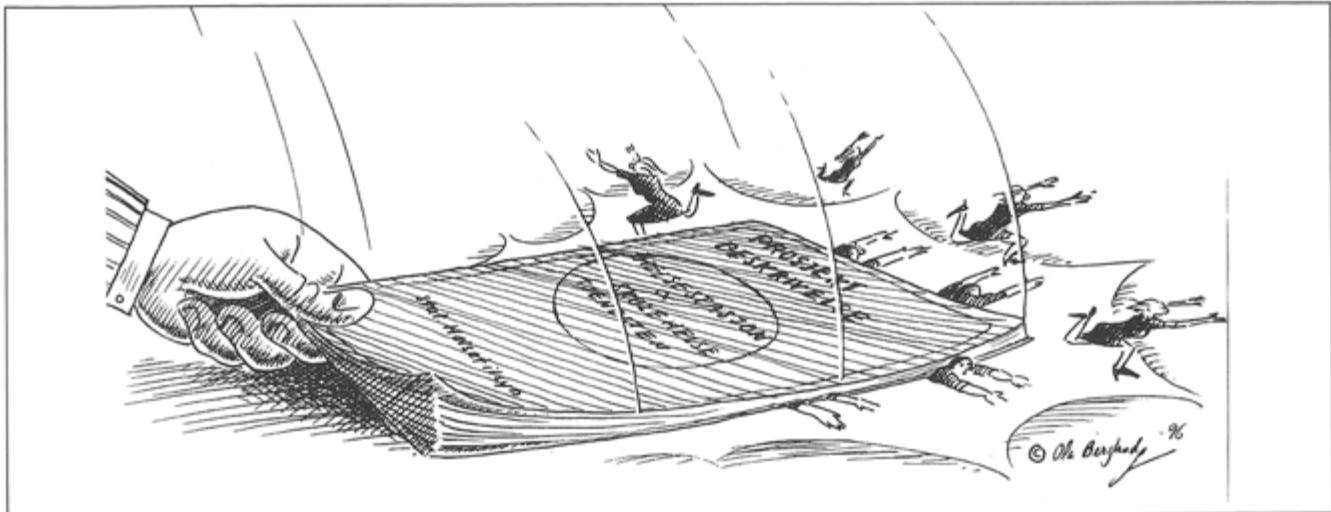
Nils Carl Lønberg
Postboks 33
6427 HARØY

Referanser:

1. Stokstad I, Eskerud J, Jordal H, Vigen T.: *Klager på leger i primærhelsetjenesten*. Tidsskr. Nor Lægeforen 1993; 113: 863-6
2. Førde R, Halvorsen M: *Når noe går galt*. Tidsskr. Nor Lægeforen 1994; 114: 358-60
3. Nilsen G, et al.: *Kollegebasert læring av klagesaker*. Den Norske Lægeforening 1995
4. *20 anonymiserte klagesaker*. Den Norske Lægeforening 1995



En helsesøsters refleksjoner over et prosjekt



Statens helsetilsyn ønsker å «kartlegge og beskrive» det forebyggende helsearbeidet som drives i dag via sitt prosjekt «videreutviklingen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten». Man skal utarbeide nytt veiledningsmatriell for tjenesten. Prosjektets varighet er 1,5 år og beregnes ferdig i januar 1997. Prosjektet kan resultere i store forandringer for den nåværende ordningen. Som helsesøster har jeg derfor en del kommentarer til prosjektbeskrivelsen.

1. Uheldig fordeling i prosjekts arbeidsgrupper:

Innen helsestasjons/skolehelsetjenesten arbeider helsesøstrene som en velkjent og – tør jeg påstå – respektert yrkesgruppe; for det meste kvinner. Helsesøstrene har siden lang tid vært de antallsmessig dominerende fagpersonene innen den forebyggende helsetjenesten i Norge. Ved lesning av prosjektbeskrivelsen til Statens hel-

setilsyn finner jeg det derfor ytterst merkelig at helsesøstrenes representativ tilstedevarsel i dette også for dem så viktige prosjektet, bare er 6 representanter mot 11 legerepresentanter (i prosjektets administrative ledelse og arbeidsgrupper). Denne fordeling avspeiler ikke den praktiske virkelighet ute på feltet og kan virke mot sin hensikt, da helsesøstrenes representanter er i klar minoritet i arbeidsgruppene, hvilket kan få følger for objektiviteten og prosjektets relevans.

2. Vedrørende helsesøstrenes fremtidige være eller ikke være:

Helsetilsynet har i sin «situasjons- og problembeskrivelse» over helsesøstrenes arbeidsområder klart det utrolige å ikke en eneste gang nevne den offisielle tittel på dem! Man har av en eller annen grunn anstrengt seg for å bruke omskrivninger som ikke er yrkesbeskrivende, som f.eks. «helsegeneralister» (hva gjør en slik, hvor jobber de, hvilket lønnstrinn har de?), «helse-

personell» (er vi ikke alle det?), «fagpersonell» (hvilket fag menes?). Det slår meg at prosjektedelsen gjennom å være så upresis med hensyn til tittel, greier å få meg som helsesøster å føle at jeg ikke lenger er ønsket i dagens eller fremtidens helsestasjons/skolehelsetjeneste – og det var vel ikke meningen, eller...?

Tvert i mot benevner prosjektedelsen i sin beskrivelse som en selvfølge andre yrkesgrupper «som vil kunne bevege seg inn i tjenesten», bl.a. sosionomer, psykologer, familieterapeuter, ergoterapeuter, barnevernspedagoger, førskolelærere osv. Yrkesgrupper som vi helsestøstre samarbeider med til daglig!

3. Vedrørende privatisering av deler av tjenesten:

Det har i den senere tid blitt hevet stemmer for å avregulere deler av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det gjelder i første hånd vaksinasjon av sped-, små-, og skolebarn, men også medisinfaglige undersøkelser av de samme. Disse

deler av virksomheten er viktige puslespillbiter i brukernes helseosiale virkelighet, men også essensielle deler av helsestrenere sin faglige hverdag og kan vanskelig forsvinne uten at det får konsekvenser for oppslutningen og den viktige oppfølgingen av barn og unge. Det faktum at Helsetilsynet i sitt prosjekt har valgt å ikke beskrive f.eks. «vaksinasjonsprogrammet», gir anledning til å reflektere over den bakenforliggende strategi (for den er vel bevisst?). Min teori er at disse deler allerede er «bortlovet» til de privatpraktiserende allmennlegene når «fastlegeordningen» senere er i boks. Helsetilsynet synes vel derfor det ikke er nødvendig å beskrive denne virksomhet i det hele tatt. Det norske vaksinasjonsprogram er i dag et av de best fungerende i verden, og har mye takket være helsestrenere, nesten 100% oppslutning blant brukerne. Jeg må da spørre meg selv om *hensikten* med å ville forandre ett offentlig tilbud som fungerer så godt?

Det eneste svar jeg kan presen-

tere, måtte bli at staten ikke lenger anser seg å ha råd til å prioritere vaksinering av norske barn og ungdommer. Nei – si som dere mener – la dem betale selv hos sin fastlege – det blir dyrere for klien- ten, men billigere for staten. Hva blir det neste som ikke lenger kan prioritieres?

Konklusjon

Helsestasjonene- og skolehelsetjenesten må selvfolgelig forandres i takt med brukernes behov. Derfor er det tross alt positivt at et slikt prosjekt kommer i stand. Men prosjektet gaper over så mye av det helse/forebyggende arbeidet at den relativt raske gjennomføringen og framgangsmåten kan føre til slagside for prosjekteresultatet. Mine konklusjoner kan synes å være overdrevne, men jeg er *svært* bekymret for alle de innspill av varierende og vikarierende motiv som på senere tid har haglet over den forebyggende helsetjenesten og dens utøvere i Norge.

Vi skal tross alt også gjøre jobben vår!

Det burde være enighet om at forebyggende helsearbeid er noe av det viktigste vi kan drive med i helsebransjen. Det er svært lett å rive ned det bestående, men vanskelig, ja nesten umulig, å bygge det opp igjen. Min anbefaling til Statens helsetilsyn blir derfor å:

1. Revurdere prosjektets fremgangsmåte og tidsplan ved neste korsvei.
2. La alle Norges helsestasjoner få evaluere prosjektet i en høringsrunde med gode tidsmarginer.
3. Ta helsestrenenes meninger alvorlig og la deres konklusjoner inngå i sluttdokumentet.
4. Vent med å så tvil om helsestrenenes «faglige forutsetninger for å drive forebyggende arbeid», spesielt i en prosjektbeskrivelse utgitt av Statens helsetilsyn, og i hvert fall til dere har bevist påstandene deres.

Ola Berglund
Bergheim Helsestasjon
Grimsrødhaugda 109
1791 Tistedal

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

NSAMs årsmøtekurs 1996

Tema: «Allmennpraktikeren – herre eller tjener i eget hus?»

Tid: 24.–26. oktober

Sted: Rica Ibsen Hotell, Skien

Arrangør: NSAM/lokal kurskomité:
Tor Carlsen, Kristin Prestegaard,
Michael deVibe og Hans M. Solli

Målgruppe: Allmennpraktikere i og utenfor NSAM

Program: Kurset vil fokusere på utviklingen av en allmenmedisinsk fagidentitet og problemstillinger knyttet til egne og andres forventninger til oss som utøvere av faget.

TORSDAG 24.10:

Hva er kjernen i allmenmedisin? v/Eli Berg, Jo Telje, Anna Stavdal, Per Hjordahl.
Hva er forventningene til allmennpraktikeren? v/Anne Ordning Haug, Ola Heen Strømmen (RTV) og en repr. fra «Legemidler og Samfunn».

FREDAG 25.10:

«Ikke mitt bord!» Debatt med utgangspunkt i torsdagens innledninger. Er det mulig å beskrive grenser? Er det viktig å begrense medikalisering?
NB! Fredag ettermiddag: NSAMs årsmøte!

LØRDAG 26.10:

Fra kunnskap til praksis v/Kristin Prestegaard, Sven-Erik Hessling, Ivar S. Kristiansen, Reidun Førde og Tor Carlsen.

Kurset avsluttes til lunsj lørdag.

Programmet er lagt opp med vekt på debatt og dialog underveis.

I tillegg til det faglige programmet er det lagt opp til rike sosiale og kulturelle opplevelser.

Detaljert program sendes NSAMs medlemmer sammen med årsmeldingen. Andre kan få programmet ved henvendelse til NSAM sekretariat (se under).

Kurstimer: Kurset er søkt godkjent som emnekurset i allmenmedisinsk teori og filosofi med 15 timer for spesialiteten allmennmedisin.

Påmeldingsfrist: 1. oktober

Påmelding sendes NSAM v/sekretariatet, Postboks 1130 Blindern, 0317 Oslo.



Helsepolitiske notater

Helsepolitikken er i sannhet komplisert og konfliktfull med et vell av ulike aktører, innfallsvinkler og problemstillinger – ofte framført i fri og forvirrende dressur med upåklagelig mediadekning. I forbindelse med et rimelig prominent helsepolitisk besøk nylig gjorde jeg et forsøk på mental loftstrygging i dette terrenget i håp om å bedre eget gangsyn. Det resulterte i følgende stikkordsmessige helsepolitiske notater over de mer overordnede helsepolitiske problemstillingen slik jeg opplever virkeligheten i dag – hermed servert til fri avbenytelse.

Hoveddeterminanter for utföringen av helsevesenet

- Hvor mye ressurser en kan/vil bruke på helsevesenet. «En» er både samfunnet og den enkelte. Vi har en ny situasjon med en betydelig gruppe mennesker som både kan og vil betale for private tjenester.
- Valg av finansieringsordninger.
- Helsepersonell; antall, utdanning og geografisk plassering.
- Den faglige og teknologiske utvikling og hvordan et «faglig forsvarlig tilbud» defineres.
- Behovet for helsetjenester i befolkningen.

Behov – en sorgelig relativ størrelse

- Hvilken epidemiologisk virkelighet av behov er det vi, dvs. samfunnet, ønsker å dekke? Eller speilvendt; hvilke ønsker vi ikke å dekke, gitt den ressursmessige virkelighet og andre høyverdige behov?

- Hvem bør definere behovene, og hvem gjør det i realiteten i dag?
- Udekkede behov; psykisk helsevern, eldreomsorg, nye, effektive behandlingsmetoder og enkelte andre tjenestetilbud.
- Prioriteringsdiskusjonen. Kongeriket har ikke fått til prioritering i praksis på en tilstrekkelig god måte. Eksempler: 1) Ulik tolking og praktisering av vennelistedeforskriften. 2) Stortinget svikter; sier ja til det meste uten å følge ressursmessig opp, undergraver forsøk på praktisk prioritering i det utøvende apparat, styrker dermed forventningskrisen. 3) Økende privat tilbud som «stjeler» helsepersonell fra det offentlige og ikke er underlagt det offentlige helsevesens prioriteringsføring er.
- Medikaliseringsfenomenet. Helsevesenet lider minst like mye av en etterspørselskrise som en tilbudskrise. Helsevesenet er i betydelig grad selv skyld i dette.

Helsepersonell – helsevesenets viktigste ressurs

- Norge ligger i verdenstoppen når det gjelder helsepersonelledekning. Likevel er helsepersonell det vi mangler mest. En paradoxal forklaringskneik jeg ikke klarer forslere.
- Skjevføring med hensyn til spesialiseringgrad. Hvilken utdanning/utdanningsfordeling matcher best de behov vi ønsker dekket? Spesialiseringen

har også skygge- og kostnadssider som i økende grad avdekkes (1, 2).

- Skjevføring mellom ulike fagområder. Hvordan sikrer vi at helsepersonell velger de videreutdanningsveier samfunnet har behov for? Altfor få går inn i «lavstatusfag» som psykiatri, geriatri og samfunnsmedisin.
- Geografisk skjevføring. Legefordiningsutvalgets havari.

Faglige krav/faglig forsvarlig virksomhet

- Faglige krav fastsettes for ofte på et for unyansert og/eller snevert grunnlag.
- Spesialiserte fagmiljøer er for dominerende; helhetlige perspektiver, behovet for nærhet til hjemmemiljøet og samhandling med primærhelsetjensten tillegges for liten vekt i kvalitetsvurderingen.
- Flere av de faglige normene som framsettes synes å mangle tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon.
- Det store fraværet av helseøkonomske vurderinger er svært betenklig når de faglige rådene viser seg å ha så stor gjennomslagskraft.
- En har ikke tatt høyde for forskjellene mellom kirurgiske/ferdigetspregede og indremedisinske fag med hensyn til hva som påvirker kvaliteten. Det fører til paradoxet at norsk helsevesen både er for lite og for mye spesialisert. Kirurgiske premisser er blitt for dominerende og Kvinnslandrapporten

(3) eneste bibel (selv om denne også har vers om de store institusjoner forbannelser!). Øvelse gjør mester, men hva er godt nok og hva er det vi skal bli gode nok i (jfr. den epidemiologiske virkelighet vi skal betjene). Eldre/gamle med samman- satte og kroniske sykdommer utgjør en hovedtyngde av pasientene. For disse er helhetsvurderinger, samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og rimelig nærhet til hjemmemiljøet viktige kvalitetsparametre ved siden av gode medisinske kunnskaper og ferdigheter.

Samhandling mellom ulike aktører og nivåer i helsevesenet

Det område der det er størst kvalitetsmessige og ressursmessige gevinner å hente? Hva hemmer og hva fremmer slikt samarbeid?

- Kontinuitet.
Et minimum av kontinuitet er nødvendig for å etablere fungerende samhandlingsrutiner. Stort problem i dag. Betydelig antall stillinger som dekkes ved vikarstafetter. Grovt underkjent kvalitsproblem?
- Arenaer for kommunikasjon. Det er et problem at kommunehelsetjenesten består av mange, små enheter. Det gjør det svært vanskelig å få den nødvendige og rettmessige tyngde i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Et for-

søk på løsning; kommunelege I-forum i Sogn og Fjordane (4). Kommunenes Sentralforbund synes å være intraktabelt impotente på dette området.

Innføring av nye tilbud/tjenester

- Flere tilbud/tjenester innføres på et for tidlig og/eller for smalt beslutningsgrunnlag. Allianser mellom freste fagfolk og pasientpressgrupper er vanskelige å motstå.
- Kunnskapsbasert praksis. Betydelige deler av dagens helsetjeneste er ikke, eller er bare delvis kunnskapsbasert. Viktig satsingsområde; Cochrane-samarbeidet (5). Men ikke alt kan bli kunnskapsbasert i betydningen vitenskapelig fundert. Erfaringsbasert praksis er også gyldig. Husk også; det er andre gyldige vitenskaper enn de naturvitenskapelige.
- Lov- og særlig forskriftsproduksjonen.
Byråkrater er viktige premissleverandører til lover. Lover gir hjemler til forskrifter der (ofte de samme) byråkratene er ennå sterkere premissleverandører. Fare for (og realitet?) at faglige særinteresser får for stor innflytelse med uante ressurskonsekvenser og alternativkostnader til følge. Svært viktig å sikre tilstrekkelig bredde faglig, økonomisk og politisk ved regelutarbeitelsen.
- Valg av premissleverandør og

faglige rådgivere er en strategisk viktig ferdighet. Superspesialister fra sykehussektoren brukes for mye framfor generalister i primærhelsetjenesten.

Forskjellige virkelighetsoppfatninger

Ulik virkelighetsoppfatning og for liten solidaritet mellom statlig målformulerende nivå og det fylkes-/kommunale utøvende nivå skaper frustrasjon og hemmer den nødvendige, gode kommunikasjon.

Petter Øgar
Pb 411
5801 Sogndal

Referanser

1. Øgar P. Når det antatt beste blir det godes fiende. Tanker om spesialiseringens skygesider. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114:1094-6.
2. Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi del 1 og 2. Statens helsetilsyns utredningsserie 9-94 og 1-96.
3. Kvinnslund S, Enger E, Evensen SA, Førde OH, Kufaas T, Roland P et al. Innstilling om forholdet mellom pasientvolum og pasient-kvalitet. Oslo: Helsedirektoratet, 1993.
4. Øgar P. Kommunelege I-forum i Sogn og Fjordane. Et forsøk på å løse primærhelsetjenestens avmaktsproblem. Utposten 1993; 22: 88-9.
5. Forland F. Kunnskapsbasert praksis og norsk allmenn- og samfunnsmedisin. Utposten 1996; 25: 146-9.





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 15 00 37 (fax)

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

EYR – NORSK EPOSTLISTE FOR ALLMENN MEDISIN

Av Hogne Sandvik

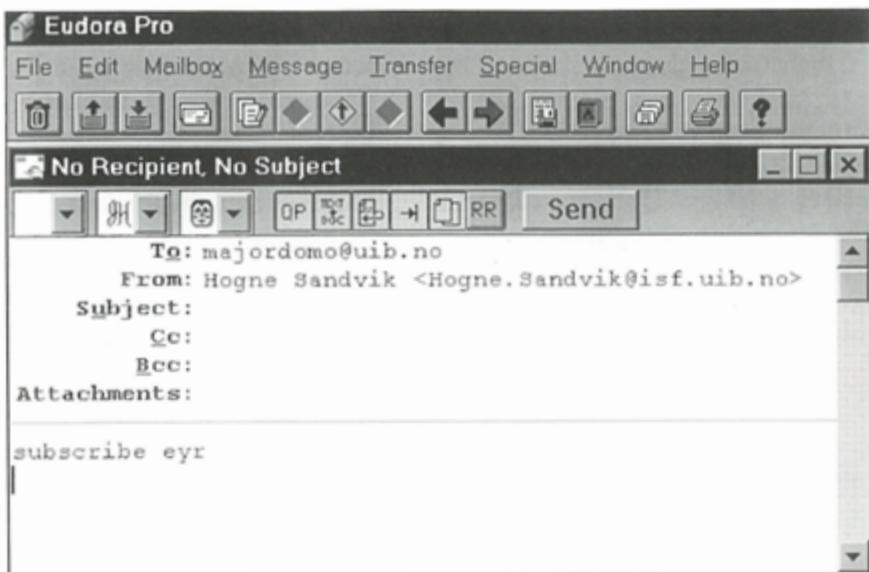
Epostlister er en av de nyttigste tjenestene på Internett. En slik liste består av en gruppe personer med felles interesser. Medlemmernes utveksling av meldinger er oftest svært uformell og diskusjonen foregår «i plenum» ved hjelp av elektronisk post. Alle som har tilgang på Internett kan delta, uansett hvor i verden de måtte bo. Det finnes allerede mange tusen forskjellige epostlister for alle tekniske interesser og temaer.

NSAMs referansegruppe for informasjonsteknologi lanserer nå den første norske epostlisten for allmennmedisin; Eyr.

Påmelding

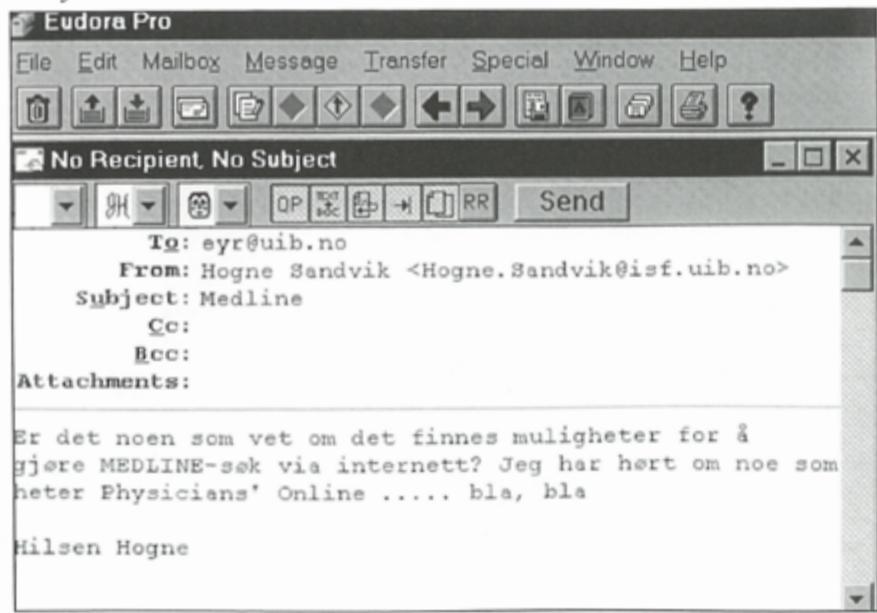
Man melder seg på epostlister ved å sende en standardisert melding til en server som er permanent tilknyttet Internett. Figur 1 viser et eksempel på hvordan man melder seg på Eyr. Serveren har adresse majordomo@uib.no. I denne type meldinger skal du ikke skrive noe i Subject-feltet. Meldingsteksten skal bare inneholde følgende: *subscribe eyr*.

Det har ingen betydning om du bruker store eller små bokstaver. Disse meldingene «leses» bare av servermaskinen, de videreføres ikke. Når meldingen er korrekt skrevet, blir du altså med-



Figur 1. Eksempel på hvordan man melder seg på Eyr.

Figur 2. Eksempel på en melding som skal videreføres til alle medlemmene av Eyr.



lem av epostlisten Eyr, og du får en kvittering fra serveren. Dersom du senere ønsker å melde deg ut, sender du meldingen «unsubscribe eyr» til majordomo@uib.no.

Meldinger til medlemmene

Når man først er medlem av en slik liste, kan man sende meldinger til alle de andre medlemmene bare ved å adressere meldingen til listen. Figur 2 viser et eksempel på en slik melding til Eyr. Merk at her brukes adressen til selve listen: eyr@uib.no. Her bør man (som vanlig) angi en innholdsbeskrivelse i Subject-feltet. Meldingsteksten skriver du helt fritt. Når denne meldingen sendes, vil den bli distribuert til alle som er medlemmer av listen.

Det er altså viktig å være klar over at listen har en annen adresse enn serveren som styrer på- og avmeldinger. Det nyttet ikke å sende fritekstmeldinger til major-

domo@uib.no. Serveren vil ikke skjonne hva du mener. Det nyttet heller ikke å sende på- eller avmeldinger til eyr@uib.no, det vil bare irritere de andre medlemmene.

Av og til kan man komme i skade for å sende private meldinger til listen. Dette skyldes at man bruker epostprogrammets svarfunksjon uten å tenke seg om. De fleste lister er satt opp slik at svar på listemeldinger i utgangspunktet går ut til alle. Vær tilbakeholden med å kommentere slike feilmeldinger til listen, send heller dine kommentarer direkte til avsenderen.

Hvorfor Eyr?

Eyr var den norrøne gudinnen for legekunsten. Eyr var også navnet på det første medisinske tidsskriftet i Norge (1826–37). Hva er vel da mer naturlig enn at den første epostlisten har fått samme navn?

Listen er åpen for alle som

ønsker å diskutere spørsmål knyttet til allmennmedisin, det være seg om kliniske eller organisatoriske forhold. Eyr skal imidlertid ikke være en legespalte hvor pasienter kan stille spørsmål og få personlige råd.

Vi ønsker å ha en lav terskel for å ytre seg på Eyr, men produktreklame er uønsket. Når du melder deg på, vil det være hyggelig om du sender en kort presentasjon av deg selv. Blir trafikken svært stor, vil vi senere vurdere å splitte opp listen og/eller innføre et digesttilbud (redigerte sammendrag).

Det føres automatisk arkiv over alle meldinger som er sendt til Eyr sammen med en oversikt over hvem som er medlemmer av Eyr, kan du finne på Eyr s hjemmeside: <http://www.uib.no/isf/eyr/eyr.htm>.

Hogne Sandvik
Seksjon for allmennmedisin
Ulriksdal 8c, 5009 Bergen

-NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

Norsk selskap for allmennmedisinsk forfatterstipend for 1996

NSAMs Forfatterstipend er opprettet for å støtte forfattere av allmennmedisinsk litteratur. Forfattere av bøker eller hefter med et antatt begrenset lesermarked og dermed små muligheter for økonomisk gevinst, vil bli prioritert.

Årets stipend er fastsatt til kr. 20.000 og mottaker vil bli bekjentgjort på Selskapets årsmøte i november.

Søknaden med søkerens CV, må vedlegges bok eller hefte det søkes stipend for, eller vedlegges en beskrivelse av påbegynt eller påtenkt prosjekt.

Søknaden skal stilles til Norsk Selskap for Allmennmedisin og sendes til Publiseringsutvalget v/Roar Johnsen, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Søknadsfristen er 15. oktober.



Meld av Geir Sverre Braut

Verbum, 1996
138 sider, Kr 248,-

Eg har sjeldan arbeidd så lenge med ei lita bok som med denne. Eg starta på henne, for så å la henne ligge fleire gonger, inntil påske gav rom for å fullføre lesing og refleksjon. Dette er ei bok som bør lesast i fred frå byrjing til slutt.

Egeland fortel om forspelet til sin eigen død; på eit vis ein sjølvbiografi der vekta er lagt på spenninga mellom tru og tvil i den siste fasen av hans eige liv. Boka inneholder mengdevis med perler av poetiske formuleringar, men *det* er ikkje det verdifulle med henne. I etterhand er det heller ikkje dei skarpe og kortfatta analysane journalisten Egeland presenterer som ein reflekterer over. Omtalen av trua hjå besteforeldra og det irrelevante ved religion hjå foreldra, kan stå som ein karakteristikk over den nære fortida som dei fleste av oss kjenner seg att i. Likeins gjev ein svært kort presentasjon av velferdsstaten i etterkrigstida eit scenebilete som profilerer dei store spørsmåla i velferdspolitikken i dag.

Diskret, men likevel personleg påtrengjande i positiv meiningsfortel han om framvoksteren av sitt eige trusliv. Også her vil mange kjenne att drag av noko som litt brutal kan kallast den «intellektuelle» varianten av omvendinga. Sjølv om han gjennom heile boka balanserer hårfint på grensa mellom det personlege og det private, unngår han å kome i den grøfta han sjølv omtalar når han er ein tur innom den alternative medisinen – «Det er langt mellom de

ERIK EGELAND

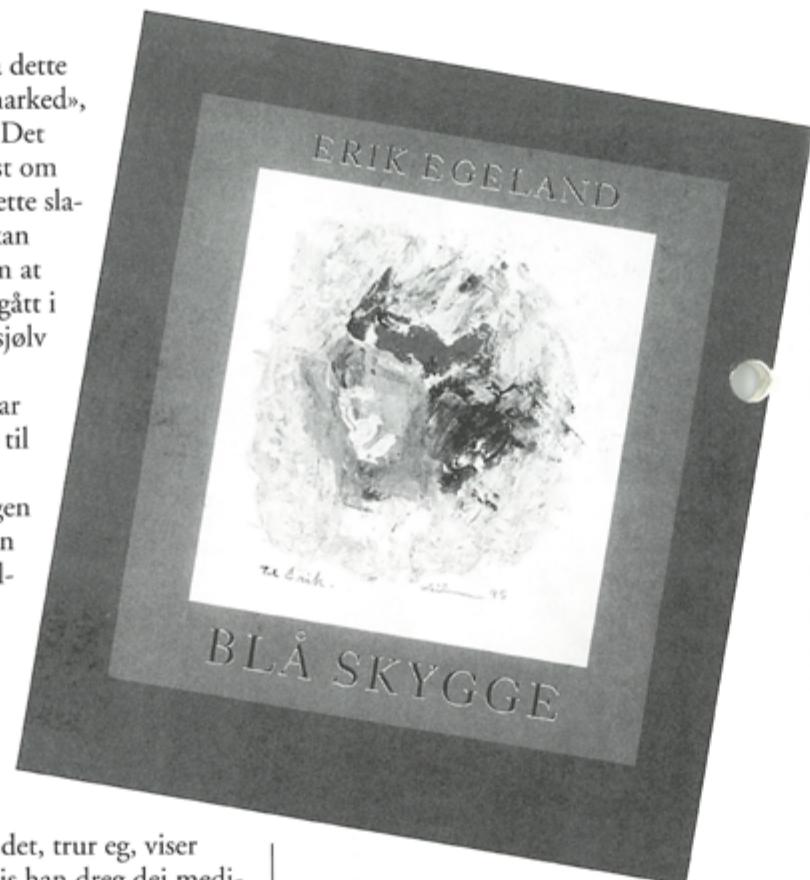
Blå skygge

ekte sakene på dette emosjonelle marked», skriv han der. Det same kan seiast om litteratur av dette slaget. Egeland kan kvile i vissa om at han ikkje har gått i den fella han sjølv har observert.

Kva grunnar finst for legen til å lese denne boka? Overlegen slår til i teksten ein gong i mellom med sine «evidente» utsegner om kreftsjukdommen og behandlinga av den. Utan heilt å vite av det, trur eg, viser Egeland korleis han dreg dei medisinske kjensgjerningane til seg og gjer dei til ein avgrensa del av si eiga livssoge. Han er så å seie på sporet av ein narrativ medisin, for å låna ei setning frå ein nyleg publisert artikkel i Tidsskriftet (1). Boka handlar såleis i medisinsk perspektiv om noko av det som vil bli lækjevitkapsen sitt store prosjekt i åra som kjem, nemleg å kombinere den evidente medisinske kunnskapen med den narrative røynsla.

Ein kan seie at medisin er medisin og religion er religion, og sjølvsagt er det rett. Likevel må medisinaren forstå og forhalde seg til at den medisinske kunnskapen berre er eit av mange forhold som eit kvart menneske vil ta omsyn til i sitt eige livsprosjekt.

«Man må satse mer, gjøre sitt



eget liv til et eksperiment», skriv Egeland. Etter å ha lese boka er eg enno vissare på at dette er eit ansvar for kvar einskild. Om den evidente medisinen får rá i kvart einskild liv utan korrektiv frå personens indre, blir livet eit medisinsk eksperiment – og det var vel ikkje meiningsa?

Litteratur:

1. Heskestad S, Tjemsland L. Fortellingen om lidelsen. På sporet av narrativ medisin. Tidsskr Nor Legeforen 1996;116:1092-94.



ad Notam Gyldendal 1996.
220 sider. Pris ? kr.

Anmeldt av Petter Øgar.

Helsejuss regnes vanligvis ikke til helsepersonells favorittfag, men utgjør en nødvendig og kanskje desverre økende del av vår yrkesmessige virkelighet. Dette skyldes flere forhold, blant annet økt rettighetsfokusering og helsevesenets økende kompleksitet.

Tauhetsplikten er et helt sentralt element i lege-pasientforholdet og en forutsetning for et tillitsfullt terapeutisk klima. Men tauhetsplikten må av og til vike for andre interesser og hensyn. Kravene til økt samarbeid mellom ulike spesialister, profesjoner, avdelinger, instanser og nivåer i forsøket på å yte best mulig behandling skaper en rekke praktiske vansker for en fornuftig håndtering av tauhetsbelagt informasjon. Den informasjonsteknologiske revolusjon stiller oss også overfor vanskelige avveininger mellom hensynet til personvern og en rask og kvalitetsmessig god informasjonstilgang og utveksling.

Forfatteren er jurist med solid fartstid i Helsetilsynets helserettssavdeling. Hun har skrevet NOU 1993: 33 om helsepersonells rettigheter og plikter som munner ut i utkast til ny lov på området. Hun arbeider i dag som amanuensis på Høgskolen i Lillehammer.

Boka tar opp de fleste aktuelle problemstillinger knyttet til tauhetsplikten og personvernet og gjør rede for gjeldende rett på disse

Grei bok om sentrale helsejuridiske emner.
BENTE OHNSTAD:

Tauhetsplikt, personvern og informasjonssikkerhet i helse- og sosialsektoren

områdene med henvisning til aktuelle eksempler. Rettmessige gråsoner drøftes. Det ulike lovgunnlaget for tauhetsplikten etter forvaltningsloven, helseprofessionslovene og sosial- og barnevernloven gjennomgås grundig. Forskjellen på tauhetsplikt, tauhetsrett, opplysningsplikt og opplysningsrett poengteres med rette. Forhold til annet helse- og sosialpersonell, pårørende, media, forsikringsselskap drøftes. Videre tar boka opp rollen som vitne og sakkyndig og bedriftshelsetjenestens vanskelige dobbeltrolle som bedriftsledelsens sakkyndige og ikke sjeldent de ansattes behandler. Lojalitetsplikten overfor arbeidsgiver med de innskrenknings det gir i ytringsfriheten behandles også, men her er klargjøringen ikke påtregende. Kravene til edbbaserte journalsystemer blant annet i relasjon til personregisterloven og gjeldende konsesjonsbestemmelser får bred omtale.

Stort sett er framstillingen grei og klargjørende. Boka er forsynt med fyldig stikkordregister. De som er glad i tannpirkere vil registrere at boka inneholder litt for mange trykkfeil. Jeg tror faktisk svært mange vil ha nytte av å ha denne boka tilgjengelig når spørsmålene knyttet til tauhetsplikten dukker opp, for det gjør de.

Forfatteren skrev i fjor en annen bok om helsejuss:
Helsepersonells juridiske ansvar.
ad Notam Gyldendal 1995. Denne har nylig vært anmeldt i «Sykepleien» (nr. 2 1996).



Kvalitetshåndbok for samfunnsmedisin på Internett

Offentlige legers landsforenings kvalitetshåndbok er nå etablert på Internett. Ved hjelp av et Internettabonnement og standard Internettprogramvare (Netscape, Microsoft Explorer e.l.) kan boken nås på adressen:

<http://www.gruk.no/kompass>

Kvalitetshåndboken utvikles kontinuerlig gjennom bidrag fra enkeltpersoner og arbeidsgrupper, og stoff til boken ønskes nå velkommen.

Det er utviklet en ramme for innholdet, slik at de enkelte kapitler får et helhetlig preg. Vi ønsker å beskrive de ulike samfunnsmedinske arbeidsoppgaver og kvalitetssikringen av oppgavene basert på gjeldende lovverk, og en kritisk gjennomgang av forskningslitteraturen på det enkelte område.

Det er bygget opp en omfattende samling referanse- og oppslagsstoff til bruk under utviklingen av boken, og som samtidig utgjør

nyttig referanse materiale for bokas brukere:

1. Veiledning for arbeidsgrupper/forfattere, mal-dokumenter for håndboken.
2. En samling av foreløpig ca. 25 lover, 40 forskrifter og over 700 rundskriv (*komplett samling 1940–96*) fra Helsetilsynet og Sosialdepartementet, gjennomgått og ajourholdt av jurister i helserettsavdelingen, Statens helsetilsyn.
3. Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten med data, figurer og sammenligningskart for 1995 og 1994.
4. Informasjon og veiledingsstoff om samfunnsmedisinske verktøy for epidemiologi og statistikk (Epi Info og Epi-Map etc).
5. Dnlfs kvalitetshåndbok for legekontorer i allmennpraksis.
6. Informasjon om prosedyrepermer for samhandling mellom

1. og 2.-linjetjenesten, herunder full hypertext-versjon av prosedyrepermen for Telemark.

Alt dette materiellet (som utgjør 2-3000 tekstsider foreløpig) har omfattende «hypertext»-kryssreferanser (dvs. en kan hoppe fra tekst til tekst etter behov), og i tillegg er det mulig å *søke i fri tekst* i alle dokumentene i basen.

I basen er integrert elektronisk post som automatisk adresseres til kontaktpersoner mv for de enkelte delområdene. Et kontaktforum for forslag, spørsmål og kommentarer der brukerne kan skrive rett inn på internett-sidene, er også etablert.

Nærmere opplysninger kan fås fra prosjektleder Vegard Høgli.

Vegard Høgli

GRUK

Nedre Hjellegate 1, 3724 Skien

Tlf.: 35 52 19 00

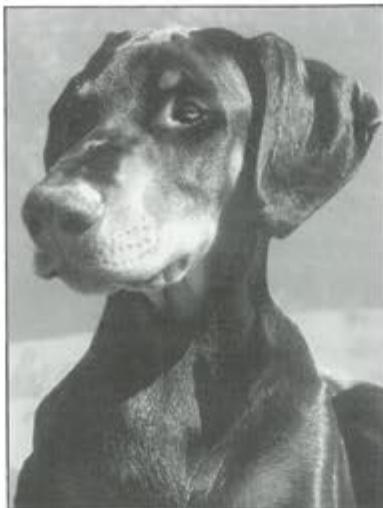
Fax: 35 52 19 15



A burglar breaks into a house in the ritzy area of town. He's sure that there's nobody home, but he sneaks in, doesn't turn on any light and heads for where he thinks the valuables are kept. He hears a voice say, *«I can see you! Jesus can see you too!»* He freezes in his tracks! He doesn't move a muscle! A couple of minutes go by. The voices repeats *«I can see you! Jesus can see you, too!»* He slowly takes out his flashlight, switches it on and looks around the room. He sees a bird cage with a parrot in it. *«Did you say that?»* The parrot says again, *«I can see you, Jesus can see you, too!»*

«Hah! So What! You're just a parrot!» says the burglar.

«I may be just a parrot», replies the parrot. *«But Jesus is a Doberman!»*



Søker du etter en kvalifisert medarbeider?

Da kan bladet Helsesekretæren være et aktuelt medium å annonser stillingen. Vi har hyggelige priser og er gjerne behjelplig med å utforme stillingsannonser. Helsesekretæren er fagblad for Norsk Helsesekretærforbund og utgis i et opplag på 3 300, både til medlemmer og en rekke abonnenter.

Et eget fagblad for medarbeidere

Helsesekretæren skal i førsterekke være et fagblad som skal bringe leserne nyttestoff og artikler som kan medvirke til å oppdatere legesekretærerne i eget fag. Vi har egen fast laboratoriespalte og språkspalte. Bladet tar i første nummer opp tema som «Gardermoen - buklanding for forebyggende helsearbeid?», «Pasientveiledning i blodsukkermåling», «Forandring i selv-bildet forårsaket av kreft». Abonnementsprisen er kr. 190,- per år.

Ta kontakt med: Helsesekretæren, Pb. 9202 - Grønland, 0134 Oslo.
Tlf.: 22 05 36 00 - Fax: 22 05 36 60



UTPOSTENS annonsører

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

PRISER:

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

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

Tidsskrift nr. Materiellfrist:
Nr. 6 13. september
Nr. 7 11. oktober
Nr. 8 1. november

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

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

Farmakoterapi i allmennpraksis

27.-29. november 1996

Målgruppe:

Leger i primærhelsetjenesten og farmasøyter (cand pharm) som arbeider i primærhelsetjenesten.

Læringsmål:

Allmennpraktikeren skal lære:

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

Innhold:

Gjennomføring og kontroll av medikamentell behandling innen de viktigste sykdomsgrupper.

Kurssted:

Lysebu konferansesenter (10 min. fra Voksenkollen stasjon).

Kursledelse:

Knud H Landmark, Institutt for farmakoterapi;
Ingrid Matheson, Institutt for farmakoterapi;
Åsa Rytter Evensen, Institutt for allmennmedisin;
Line Saxegaard, Nycomed; Tone Westergren, Relis 2,
Rikshospitalets apotek.

Påmelding:

Koordinatorkontoret for legers videre- og etterutdanning,
Kirurgisk klinikk, Ullevål sykehus, 0407 Oslo.

Påmeldingsfrist: 30. september 1996

Antall deltakere: 50

Antall kurstimer: 24

Kursavgift: kr. 900,-

Litteratur: Norsk legemiddelhåndbok for
helsepersonell må medbringes.

I tillegg til kursavgiften kommer frivillig kr. 775,- for
lunsj og kaffe + kr 300,- for felles middag. Betales på
forhånd av dem som ikke skal bo på konferansestedet.
Deltakerne må selv bestille rom – tlf. 22 14 23 90.

Onsdag 27. november

Møteledere: Knud Landmark og Åsa Rytter Evensen

- | | |
|------|--|
| 0945 | Praktiske opplysninger |
| 1000 | Hva er klinisk farmakologi? – Individuell følsomhet, terapi-styring, bivirkninger, interaksjoner. Harald Olsen |
| 1040 | Spørsmål om terapistyring – problemer fra egen praksis. Harald Olsen |
| 1115 | Pause |
| 1130 | Gruppeoppgaver (hypertension, hjertesvikt, arytmier). Knut Landmark/Åsa Rytter Evensen |
| 1230 | Lunsj |
| 1400 | Gjennomgåelse av gruppeoppgaver med innlagt teori. Åsa Rytter Evensen/Knud Landmark |
| 1540 | Pause |
| 1600 | Hypertension og hjertesvikt i allmennpraksis. Torgeir Lunke |
| 1730 | Oppsummering hypertension og hjertesvikt |
| 1800 | Slutt |
| 1900 | Felles middag |

Torsdag 28. november

Møteledere: Ingrid Matheson og Line Saxegaard

- | | |
|------|---|
| 0900 | Dyspepsibehandling i allmennpraksis. Utredning, behandling, oppfølging, pasientinformasjon. Spørsmål/diskusjon. Frode Lerang |
| 1100 | Pause |
| 1115 | Gruppeoppgaver – Astma. Per Lagerlöv |
| 1230 | Lunsj |
| 1400 | Gjennomgåelse av gruppeoppgaver. Per Lagerlöv/Per Arve Lier |
| 1515 | Pause |
| 1530 | Astma i allmennpraksis. Sykdomsforståelse, selv-monitorering, pasientinformasjon, forskrivningsprofiler. Per Lagerlöv/Per Arve Lier |
| 1600 | Luftveisinfeksjoner. Morten Lindbeck |
| 1730 | Slutt |

Fredag 29. november

Møteleder. Tone Westergren

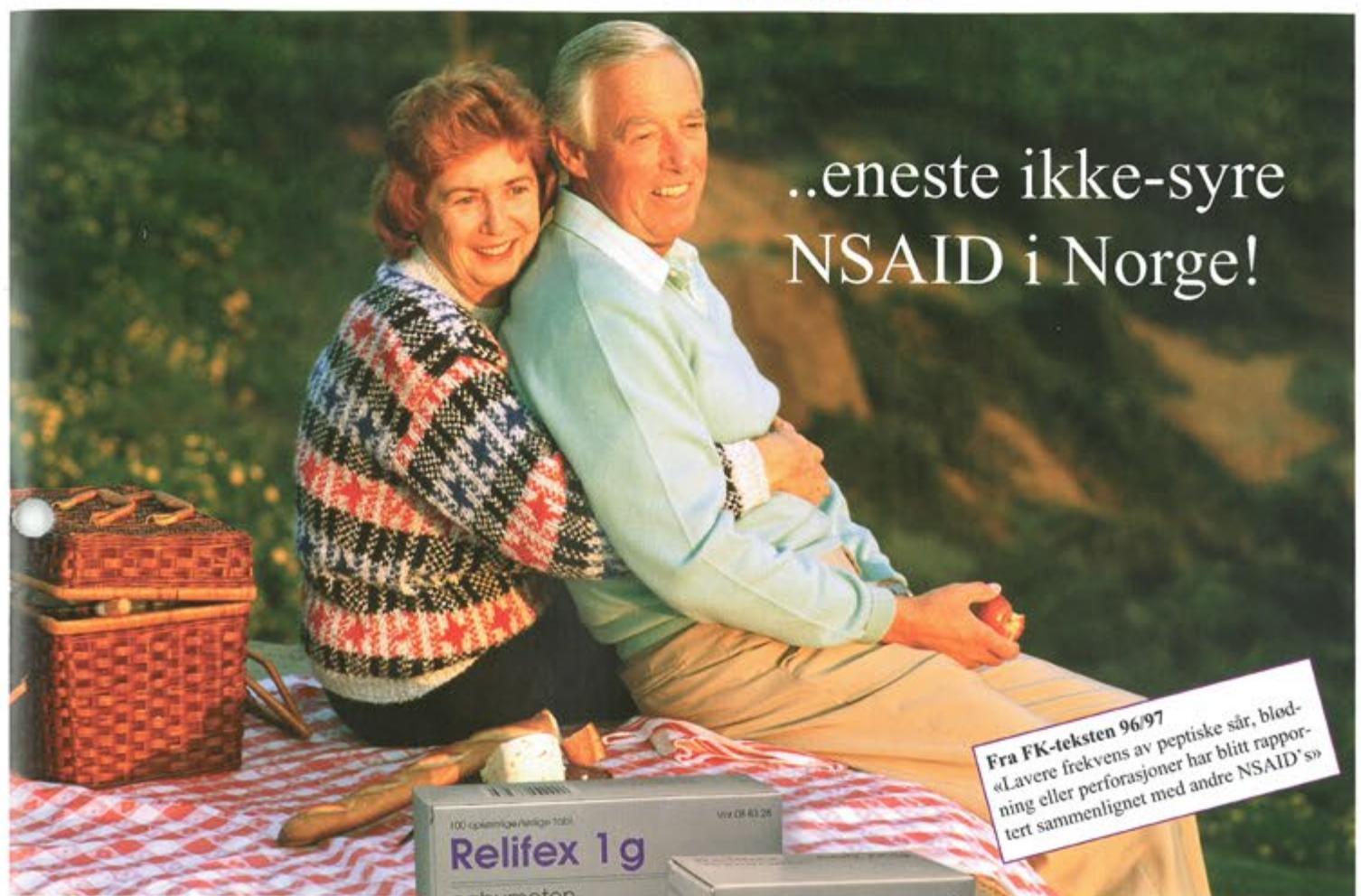
- | | |
|------|---|
| 0900 | Forskrivning av vanedannende medikamenter i allmennpraksis med gruppeoppgaver. Trine B Dybwad |
| 1115 | Pause |
| 1130 | Farmasøyt/lege-samarbeid i primærhelsetjenesten. Erling Mjelva |
| 1230 | Lunsj |
| 1330 | Diskusjon om depresjonsbehandling i allmennpraksis. Harald Olsen |
| 1500 | Evaluering/kursavslutning |
| 1530 | Slutt |

NYHET

Relifex® nabumeton



..eneste ikke-syre
NSAID i Norge!



RELIFEX®(SB)

«Antiflogistika»

ATC-nr: M01 A X01

TABLETTER 500 mg: Hver tablet inneholder:
Nabumeton. 500 mg, color (titandioxid) et aroma. Constit.
q.s. Tablettene har delestrek.

OPPLOSELIGE TABLETTER 1 g: Hver tablet
inneholder: Nabumeton. 1 g, sacchar.natr. et aroma.

askaper: Klassifisering: Relifex inneholder som aktiv substans 4-(6'-metoxy-2'-naftyl)butan-2-on med generisk navn nabumeton. Nabumeton er et antiinflammatorisk middel av ikke-syre, ikke-steroid karakter med antiinflammatorisk, analgetisk og antipyretisk effekt.

Funksjonsmekanisme: Den antiinflammatoriske effekten annas å bero på evnen til å hemme prostaglandinsyntesen. Lavere frekvenser har blitt rapportert sammenlignet med andre NSAID's.

Nabumeton 1000 mg daglig har liten effekt på collagen-indusert trombocytaggregasjon og ingen effekt på blodningstiden. Nabumeton er et pro-drug til den aktive metabolitten 6-metoxy-2-naftyleddksyre (6-MNA). Effekten av Relifex opprettholdes av metabolitten 6-MNA.

Absorpsjon: Nabumeton absorberes godt fra mage/ tarmkanalen (> 80%), men førstes-passasje-metabolismen er omfattende og uforanrett nabumeton gjenfinnes ikke i plasma. Ved samtidig fode-inntak økes absorpsjonen. Den totale mengden av den aktive metabolitten i plasma er allikevel uforandret. In-vivo studier tyder på at 6-MNA ikke gjennomgår noen enterohepatisk sirkulasjon. Biotilgjeligheten av 6-MNA er ca. 35% (23-52%) av modersubstansen. Maximalt plasmasnivå av 6-MNA erprås ca. 3 (1-12) timer etter en dose. 6-MNA er i stor grad bundet til plasmaproteiner (>99%). Den frie fraksjonen er avhengig av totalkonsentrasjonen av 6-MNA og er proporsjonal med dosen i området 1-2 g. Den frie fraksjonen tilsvarer 0,2-0,3% for dosering 1 g daglig og ca. 0,6-0,8% for dosering av 2 g daglig. På grunn av høy proteinbinding kan 6-MNA ikke dialyses. Etter intravenøs administrering har distribusjonsvolumet blitt målt til 7,5 (6,8-8,4) l og clearance til 4,4 (1,9-6,9) ml/min.

Halveringstid: Halveringstiden ved steady state etter oral dose på 1 g er 22,5 +/- 3,7 timer. 6-MNA hydrolyseres og konjugeres for utslelse i urinen. **Elder:** Plasmakonsentrasjonen ved steady-state hos eldre er vanligvis hoyere enn hos yngre friske personer, men begge intervallene overlapper hverandre. **Nedsatt myrefunksjon:** I studier på pasienter med nedsatt myrefunksjon (kreatinin clearance <30 ml/min) økte halveringstiden av 6-MNA til ca. 40 timer. Hos pasienter som gjennomgikk dialyse var plasmakonsentrasjonene i steady-state av den aktive metabolitten likeverdig med de verdier som ble observert hos friske personer. Biotransformasjon av nabumeton til 6-MNA og videre metabolisering av 6-MNA til inaktive metabolitter er avhengig av leverfunksjonen og kan reduseres hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Indikasjoner: Reumatoid artritt. Artritis.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for nabumeton. På grunn av



krysreaksjon skal preparatet ikke ges til pasienter som har symptomer på astma, rinit eller urticaria ved innløk av acetylsalicylsyre eller andre antiinflammatoriske middel av ikke-steroid natur. Aktivt ulcus pepticum. **Bivirkninger:** Angitte bivirkninger er rapportert fra kliniske studier. Vanligst forekommende er de gastrointestinale bivirkningene som diare (14%), dyspepsi (13%) og magesmerter (12%). **Hypspige** (> 1/100): Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme, diaré, breskinger, flatulens, depesji, obstipasjon, muntrørhet, fecali occult blod, gastritt, stomatitt. **Hud:** Kloe, utslit. **Helse:** Tinnitus. **Sentralservicessystemet:** Hodepine, svimmettsel, tretthet, øket svetting, insomnia, somnolemens, uro. **Syn:** Tilseyn. **Ørige:** Odem. **Mindre hypspige:** Gastrointestinale: Dysfagi, ulcus duodenii, ulcus ventrikuli, gastronefritis, melena. **Hud:** Fotosensitivitet, urticaria, hudblemmer. **Lever:** Leverfunktionsforsyrrelse. **Sentralservicessystemet:** Angst, forvirring, depresjon, sykdomsfølelse, stikkens. **Urogenitale:** Albuminuri, uremi. **Ørige:** Vektskning, anorexia, appetittökning, ändren, angioneurotisk odem. **Stelde** (< 1/1000): **Gastrointestinale:** Gastrointestinalblodning. **Hud:** Porfyria cutanea tarda, alopeci. **Lever:** letos perga gallesaste. **Sentralservicessystemet:** Rasthet, skjelving. **Sirkulatoriske:** Vaskulitt. **Urogenitale:** Interstitiell nefritt, myorentri, menorragi. **Ørige:** Analatisk reaksjon, eosinfil pneumonit. Pasienter med symptom og/eller tegn som tyder på leversykdom eller har forhøyede leverfunktionsverdier bør undersøkes m.h.t alvorlige leverveirsjoner under behandlingen. Dersom slike tegn fremkommer, skal behandling med nabumeton avbrytes.

Forsiktighetregler: Forsiktighet hos pasienter med tidligere ulcus pepticum. Erfaring med nabumeton ved leverveirs er begrenset. Hos pasienter med sterkt nedsatt leverfunktjon (cirrhose) må behandling med nabumeton veies opp med ørt. risiko og pasienten følges nede. Pasienter med nedsatt myrefunksjon bør kontrolleres regelmessig. Perifert odem er observert hos et fåtal pasienter. Derfor skal behandling av pasienter med vaskeretensjon, hypertoni og hjertesykdom behandles med forsiktighet. Synsforsandringer har vært rapportert med NSAID-preparat inkl. med nabumeton. Pasienter med slike problem skal gjennomgå synundersøkelse.

Fra FK-teksten 96/97
«Lavere frekvens av peptiske sår, bloddanning eller perforasjoner har blitt rapportert sammenlignet med andre NSAID's»

Ved behandling med nabumeton kan svimmelhet eller andre forstyrrelser forekomme. Dette bør overvåkes der skjerpet oppmerksomhet er nødvendig f.eks. ved blikkøring.

Barn: Erfaring med nabumeton mangler.

Graviditet/suming: Antiflogistika kan hemme kontraksjoner i uterus og forsinke fødselen. Det kan også føre til pulmonal hypertensjon og neonatal respiratorisk insufficiens gjennom kontraksjon eller stenging av ductus arteriosus intrauterin. Antiflogistika med amnestic trombocytfunksjonen hos fosteret. Disse effekter finnes rapportert f.eks. for indometacin, naproxen og acetylsalicylsyre. Etter inntak av indometacin kan hemming av myrefunksjonen hos fosteret føde til oligohydramnion og neonatal amuri.

Beskrevne effekter på fosteret antas bero på substansenes hemmende effekt på prostaglandinsyntesen. Behandling med antiflogistika med hemmende effekt på prostaglandinsyntesen bør i.l.a. de siste graviditetsmånedene kan skje på streng

indikasjon og med lav dosering. De siste dager før beregnet fødsel skal disse midler unngås helt. Det mangler opplysninger om nabumeton passerer over i morsmilk. Bruk av nabumeton ved graviditet og amning bør skje på kun vansklig tilfeller og risikoene for moren må veies opp mot risikoene for fosteret og det diende barn.

Interaksjoner: Ettersom nabumeton i stor grad er plasmaproteinbindet finnes det teoretiske muligheter for interaksjoner med andre sterkt proteinbinde substanser, f.eks. hydantoiner, hjerteglykosider og sterkt proteinbinde sulfonamider. Nabumeton interagerer ikke med warfarin. Til tross for dette bør forsiktighet utsøses ved samtidig behandling av pasienter med nabumeton. Interaksjonsstudier mellom nabumeton og lithium, metotrexat, diuretika, amilhypertensive middel og kaliumsparende diuretika har ikke vært gjort og forsiktighet ved samtidig administrering bør utsøses.

Dosering: **Krone:** Anbefalt dose er 1 g daglig som engangsdose med eller uten mat. Dosen kan evt. økes til 1,5-2 g daglig, enten som engangsdose eller flere doser. Tablettet 1 g skal løses opp i vann.

Pakninger og priser: **1,996:** Tablettet 500 mg: 20 stk. empac kr. 63,40

og 100 stk. empac kr. 236,80.

Opploselige 1 g tabletter: 20 stk. empac kr. 108,30 og 100 stk. empac kr. 446,60.



SmithKline Beecham

Postboks 134, 1471 Skuler. Telefon: 67 97 79 00. Fax: 67 97 79 49

En ny generasjon lokale steroider¹

Flutivate®
flutikason propionat

Samme krem til akutt og tørt eksem²

Bedret compliance med

- I. Kosmetisk elegant krem³
- II. 1-dosering ved eksem^{2,4,5}

Redusert risiko for systemiske bivirkninger
Små og store arealer kan behandles^{2,6}

Referanser: 1) Cho A, Munn S. Flutikason propionate in the treatment of inflammatory dermatoses. *Br J Journ of Clin Pract* 1995; 49, 3: 131-133. 2) Felleskatalogen. 3) Hadzija B, Ambrose W. Comparison of cosmetic and physicochemical properties of six topical corticosteroid creams. *Cutis* 1996; 57, 2 S: 13-18.

4) Bleherin Si, Chu A, Hamann I et al. Flutikason propionate 0,05% cream in the treatment of atopic eczema - A multicentre study comparing once-daily treatment and once-daily vehicle cream application versus twice-daily treatment. *Br J Dermatol* 1995; 133: 592-597. 5) Tharp V. A comparison of BID and BD

tidlyng av flutikason propionate. *Br J Dermatol* 1995; 133: 598-604. 6) Bleherin Si, Chu A, Hamann I et al. Once-daily flutikason propionate. The new corticosteroid cream for effective and safe dermatologic therapy. *Br J Dermatol* 1993; 129, 1: 155-162.

C Flutivate "Glaxo"

Kortikosteroid

ATC-nr.: D07A

KREM 0,05%: 1 g innh: Flutikasonpropionat 0,5 mg, cetostearylalkohol, cetomakroglol 1000, flytende parafin, isopropylmyristat, propylenglykol, imidurea, natriumfostat, sitronsyre, renset vann til 1 g.

SMÅ OG STORE AREALER: Flutikasonpropionat 0,05 mg, propylenglykol, sorbitanseskvioleat, voks, flytende parafin til 1 g.

EGENSKAPER: Klassifisering: Gruppe III kortikosteroid (sterke) med karbotoat i støkejden. Flutikasonpropionat er lipofilt, noe som øker reservoareffekten i epidermis. Bindingen er i høy grad selektiv for glukokortikosteroid-reseptoren. Halveringstiden av det aktive steroid-reseptor-kompleks er > 8 timer, noe som gir lang virketid. Kremen har høyt fettinnhold (50%) og er egnet ved både akutte, subakutte og tørrere tilstrender eller når det av kosmetiske årsaker er ønskelig. Salve benyttes ved tørre, skjellende og licheniserte tilstrender. **Virkmekanisme:** Inflammations-hemmende, klædestillende og morsoschimmende effekt. **Absorbjon:** Langsom perktutan absorpsjon. Liten risiko

for supresjon av HPA-aksen (mørgen plasmakortisol < 0,05 ng/ml dersom mindre enn 50% av areala til en voksen person behandles eller ved anvendelse av mindre enn 20 g krem/salve per dag. Halveringstid: Ca. 3 timer etter iv. injeksjon.

Metabolisme: Hovedsakelig -leyeren til inaktive metabolitter. **INDIKASJONER:** Inflammatoriske og klæende hudtilsler (feks. psoriasis (unntatt ved utstrakt plaque psoriasis), eksem og andre steroidomfatmige hudtilsler).

KONTRAINDIKASJONER: Primærinfeksjoner i huden forårsaket av bakterier, sopp eller virus. Sårbehandling. Perioral dermatitt. Acne vulgaris. Rosacea. Hypersensitivitet mot innholdstoffet i preparatet. Dermatoser hos barn under 1 år. Perianal og genital klse.

BIVIRKNINGER: Systemiske effekter kan forekomme ved okklusjonstbehandling over store hudområder, først og fremst hos barn. **Hypotyre:** > 1/100 Prutitis. **Mindre hypotyre:** Lokal varmetilfølse. Hudatrofi, Striae, Teleangiektasier. Rosacea-liknende hud. Maskering av infeksjon og infeksjonsspredning. Hyperadrenokortizisme. **Sjeldne:** < 1/1000 Utvikling av kontakteksem. Forverring av symptomer. Binyrebarkhemming.

Økt hårvekt. Pigmentforandringer.

FORSIKTIGHETSREGLER: Forsiktighet ved bruk på genital-og rektalskinne, i ansiktet og intertriginose områder. Preparatene må ikke komme i øyet. Varsomhet bør utvises ved behandling av barn og ved langvarig behandling med høye doser over store hudområder pga. fare for binyrebark-supresjon. Antimikrobiell behandling bør gis hvis inflammaterte lesjoner infiseres. Separer topikale kortikosteroder hvis infeksjonen sører seg.

GRAVIDITET/AMMING: *Ovengang i placenta:* Det er påvist påvirkning av fosterutviklingen hos dyr etter bruk av kortikosteroider. Relevansen av dette ved humant bruk er ikke klarlagt. *Forsiktighet bør derfor utvises ved behandling av gravide.* *Ovengang i morsmelk:* Det foreligger ingen opplysninger om ovengang i humant melk. Ut fra flutikason-propionats farmakokinetiske profil er ovengang i morsmelk lite sannsynlig etter lokal administrasjon.

DOSERING: Påsmeres i lynh lag 1-2 ganger daglig. **PAKNINGER OG PRISER:** Krem og salve: 30 g kr 73,10, 100 g kr 177,90. **Dato:** Februar 1996