

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6

1996

ÅRGANG 25



Utposten 25 år

Jubileumsnummer

- 223** *Eystein Straume*
Leder: Utposten 25 år
- 224** *Jostein Holmen*
Bingo og blodtrykk
- 227** Utpostens redaksjoner
- 228** *Ola Lilleholt*
Sladrespeil
- 233** *Bente Aschim*
Utposten – nyttig for allmennpraktikeren?
- 234** *Per Wium*
Utposten: Første medisinske tidsskrift med fast tegner
- 236** *Anne Alvik*
Utsyn fra tilsynet: – Utposten sett fra sentrum
- 238** *Peter F. Hjort*
Utfordringene i samfunnsmedisin
- 240** *Harald Siem og Magne Nylenna*
Utposten – to tilbakeblikk
- 244** *Jo Telje*
Utposten – en allmennmedisinsk aperitif!
- 246** *Martin Holthe og Aage Bjertnæs*
Fastlegforsøket – starten til en ny reform?
- 252** *Marit Hafting*
How one group plans a journal
- 254** *Christian F. Borchgrevink*
Utpostens betydning for allmennmedisinsk forskning
- 256** Smil i hverdagen
- 257** *Bokmelding*
Ny lærebok i allmennmedisin underveis
- 258** *Torgeir Hagestad*
Finnes det en fremtid for turnuskandidaten?
- 260** *Utpostens EDB-spalte – John Leer*
Et lite historisk tilbakeblikk og en titt i krystallkula

Forside: Skarven
Foto: Kari Svarttjern

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 Vestbo

4160 Finnøy

Tlf. privat: 51 71 22 74

Tlf. arbeid: 51 71 24 44

Fax: 51 71 26 64

Helge Worren

Langmyrgrenda 59b

0861 Oslo

Tlf. privat: 22 95 04 80

Tlf. arbeid: 67 06 00 83

Fax: 22 23 57 13

Petter Øgar

Elvebakken 1, Pb. 411

5801 Sogndal

Tlf. privat: 57 67 24 66

Tlf. arbeid: 57 65 55 00

Fax: 57 65 35 11

Annonser:

RMR

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim.

Tlf.: 63 97 32 22

Fax: 63 97 16 25

Abonnement:

Kr 325,- pr. år.

Bankgiro 3838.07.68248

Postgiro 0825 0835 397

Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

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

Utposten 25 år



Utposten er 25 år og det vil vi feire! Vi vil hylle primærhelsetjenesten og ytringsfriheten og vi vil reflektere over gleden dette gir. Fra starten var Utposten noe mer enn kritikk og opposisjon. Det var like mye visjoner om en god primærhelsetjeneste. Utposten var med på å synliggjøre engasjerte og dyktige primærleger og det ble et nytt og friskt talerør som formidlet synspunkter og erfaringer fra grasrota. Utposten ble en del av en bevegelse i norsk helsevesen. En bevegelse i retning av allmennmedisin og samfunnsmedisin på lokalt nivå.

Jubileumsnummeret har tre hovedbolker. Den første delen er et dagsaktuelt bidrag i beste Utposten-tradisjon. Jostein Holmen skriver om blodtrykksbehandling. Blodtrykk er «big business», knapt på noe annet område er industrien så tungt inne med så vel forskning som reklame. Området er spekket med superspesialister og harde fakta. Primærlegen skal omsette alt dette i vellykket forebygging og behandling av hjerte-karsykdommer. I møtet med enkeltmennesket blir imidlertid ofte forholdene annerledes. Kartet stemmer ikke alltid med terrenget. Spørsmålet blir til slutt: Hvem er legitime verdsettere av helse og livskvalitet? Velskrevet og med gode poenger kommer dette frem i denne artikkelen. Artikkelen viser at Utposten har en viktig plass å forsvare.

Den andre bolken er bidrag fra tidligere redaktører. Det er stoff av mer historisk art som forteller hvordan Utposten ble til og hvordan den utviklet seg og det er stoff som viser at engasjement og skrive lyst fortsatt er på topp.

En tredje bolk anføres av helse-direktøren og gir til beste synspunkter på Utposten. Pensjonerte mestere i faget og turnuskandidaten

på spranget inn i yrket kommer med sine synspunkter.

Ikke rart at vi feirer de 25 årene. 25 år med muligheter til å si sin hjertens mening om faget og de arenaene hvor faget utøves. Det er viktig at erfaringer og synspunkter kan ha et talerør som ikke påvirkes av spesielle faglige synspunkter, politiske oppfatninger eller økonomiske hensyn. Spesielt har vi vektlagt at faglige synspunkter skal komme til uttrykk uten at de skal formes og presses i en vitenskapelig fasong. Terskelen for å uttrykke seg vitenskapelig korrekt er høy og overlater arenaen til en eksklusiv kjerne som ofte har stor avstand til yrkespraksis. Utposten formidler først og fremst praktisk erfaring fra klinikk og samfunnsmedisin og refleksjoner fra hverdagens virkelighet. Vi ser denne formidlingen i nærhet til yrkespraksis som viktig for å bevare og utvikle en livskraftig primærhelsetjeneste. Utposten er et dugnadsfelleskap som vil bringe frem synspunkter og erfaringer på en fordomsfri måte.

Er dette nok til at Utposten forsvaret en plass i informasjonsflommen i årene som kommer? Nye medier gir fullstendig nye muligheter, elektroniske nettverk, oppslags-tavler og databaser er tekniske nyvinninger som endrer både informasjon og kommunikasjon. Og visjonene fra 25 år siden, er ikke de langt på vei innfridde?

Finpusser og vedlikeholder vi bare det som en gang hadde ideologisk sprengkraft? Hvilke visjoner bringer Utposten 1996 til torgs? I hvor stor grad oppfatter og formidler vi utfordringene og mulighetene i dagens helse-Norge? Litt skremmende er det at redaksjonene hele tiden har utgått fra samme generasjon leger. At det på en måte er samme kohort som marsjerer mot

det samme målet og under de samme fanene. Er det snart på tide at neste generasjon fra utpostene viser seg? Utpostens statutter tilsier at redaksjonen skal skiftes ut hvert 5. år. Således skal en ny gjeng overta fra 1.1.98. Det blir et spennende skifte. Selv om nåværende redaksjon både er oppegående og skrivefor enda så vil vi allerede nå gjøre dette skiftet kjent.

Vi tror at Utposten også skal ha en plass i det neste århundret! Det skjer betydelige endringer i norsk helsevesen og norsk samfunnsliv. Utposten vil være et talerør for utvikling av gode og levende lokalsamfunn. Riktig anvendt kan helse-tjenesten være en samlende kraft i en tid preget av oppløsning og resignasjon. Slik kan kunnskap om menneskers liv og helse brukes som de alltid var ment å brukes: Til å skape trygghet, glede, takknemlighet og kjærlighet. Helsetjenestens egentligste funksjon er å fremme medmenneskelighet.

Og bakenfor alt skinner gleden ved å kunne bruke ytringsfriheten til å legge frem egne erfaringer og synspunkter. Og frem vokser denne erfaringen: Gjør noe du har glede av og takknemligheten kommer snart etter. Og plutselig vet du hva hengivenhet og kjærlighet til faget er. Det er også en Utposten-erfaring: Søk gleden og du blir glad i faget ditt. Oppskriften er enkel – prøv den!

Derfor jubilerer vi!

Bingo og blodtrykk

Allmennmedisinske betraktninger

Tekst: Jostein Holmen



Jostein Holmen (49), allmennpraktiker/kommunelege siden 1975, fra 1980 kombinert med forskning på deltid. Nå daglig leder av Samfunnsmedisinsk forskningssenter (Folkehelse) i Verdal og førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, NTNU. Arbeidssted hele tida i Verdal.

Omarbeidet etter foredrag ved Nidaroskongressen 1995 (Ved utdeling av Nidarosprisen)

Som de fleste andre som har unger som er aktive i idrettslag eller skolemusikk, har jeg gjennom flere år blitt utkalt som hjelpesmann ved den ukentlige bingoen på samfunnshuset. De første gangene syntes jeg det var fryktelig rart at folk kunne komme til en slik plass og til og med bruke penger på å sitte der en hel kveld. Etter hvert ble jeg mer og mer fascinert.

Verdal har lange og stolte kulturtradisjoner. Alle kjenner Stikle-

stad, der kirka i Norge for alvor fikk fotfeste. Kirka er altså den institusjon som har lengst fartstid med sine tusen år. Vi har også en solid tradisjon med Spelet om heilag Olav, som nå har gått årvisst i over førti år. Vi har ei lang rekke sangkor, musikkorps, teaterlag, og idrettslag. Men om noen spør meg om hva slags kulturinstitusjon som er viktigst i bygda, er mitt svar: Bingoen! I kirkene sitter det 8-10 forfrosne sjeler hver søndag, riktig nok noen flere ved de store høgtidene. Spelet om heilag Olav har en sesong på bare 4 dager i året. Men bingoen har vært en fast institusjon i bygda i over 25 år. Hver uke kommer det flere hundre til bingoen, – hver uke heile året i gjennom. Ingen kulturinstitusjon har så trofaste tilhengere; ingen kulturtiltak betyr så mye for de som møter der.

Hva er det som er så fascinerende med bingo, og hva har det med blodtrykk å gjøre? Jo, der møter jeg mange av mine gamle pasienter, som jeg ellers aldri ser utenom på kontoret. Flere av dem enslige. Mange av dem forteller at dette er det eneste de går ut på, her tør de å gå, her møter de kjenninger, de støtter et godt formål, og de unnskylder seg med at dette er det eneste de bruker penger på. Mens bingoen begynner klokka sju, møter mange halv seks, setter seg på sine faste plasser, tar av plass til andre som skal sitte ved siden av og kjøper sine blokker og 21-lodd og rigger seg til med treplater til å ha blokkene på og røde tusjer. Andre sitter aleine uten å snakke, mens noen grupper tar opp kortstokken og tar et slag kort.

På minuttet klokka sju ønsker en stemme i mikrofonen velkom-

HUSK

BINGO i Inndalen hver fredag kl 19.00. Buss som vanlig.

men, det blir dørgende stille, og den monotone stemmen begynner å lese tall etter tall etter tall. Det merkes stigende spenning blant de som sitter rundet bordene. Etter ei stund, plutselig, er det noen som roper BINGO. Lufta er gått ut av ballongen, det summer rundt borda, arket fra blokka krølles sammen og legges i en plastpose på bordet. Så er det på'n igjen.

I pausen er det kaffe, prat, latter, kortspill, loddkjøp. Så nye runder. Før siste spillet tar alle ytterjakkene på. Når siste BINGO ropes er alle oppe av stolene som på militær kommande, og etter tre minutter er alle ute av salen.

Slik har det foregått, kveld etter kveld, uke etter uke, år etter år i over 25 år. Det skulle gå 20 år før jeg oppdaga denne institusjonen i bygda. Kinoen har store problemer med å bære seg, det er rekrutteringsproblemer i de fleste lag og organisasjoner. Teaterlaget har godt besøkte forestillinger noen ganger i året. Det finnes restauranter og kafeer. Men alle steder må en ha noen å gå sammen med, en må interessere seg for noen spesielt, gjerne kunne noe, og det koster ganske mye. Bingofolket går sjelden på teater.

I min barndom var det to steder det ikke var lov å snakke høgt: Det var i banklokalet, og det var i kirka. Nå er det bare i bingolokalet det ikke er lov å snakke høgt. Dersom en stakkars hjelpesmann er uheldig og løfter stemmen, får jeg et like strengt blikk fra nærmeste

bord som vi ungene fikk fra nabo-kona når vi snakka i kirka. Bingo-en er like forutsigbar og like rituell som ei gudstjeneste var for førti år siden, og i bingoen kjenner jeg igjen mange av de rollene som kirka tradisjonelt har hatt. Her kan enhver komme, enten en er sammen med noen eller om en kommer i flokk. Her kan en prate med sidemannen før seremonien og i pausen, men det er liksom naturlig å sitte uten å si et ord. Her gir alle sin skjerv, riktignok ikke til kina-misjonen, men til det lokale idrettslag eller skolekorps. Her kan en med liten innsats til og med få en flik av paradiset, dersom full-bingoen slår til. Og her er alle like for oppleseren. Alt er forutsigbart og trygt.

Hvilke andre kulturtiltak kan tilby dette? Ingen! Det er ingen tilstelninger som kan konkurrere for denne målgruppa. Bingoen er bygget på ritualer, og ritualer er ritualer nettopp fordi de er uforanderlige, en vet hva en går til, de krever lite når en først er vant til dem. Det er alltid stor motstand mot å forandre ritualer. Mange ønsker ikke å ta sjanser. Bingoens suksess

illustrerer behovet for trygghet og forutsigbarhet i en uoversiktlig verden.

I det moderne samfunnet er det nesten ikke ritualer igjen. Alt skal være uforutsigbart og spennende. Presten skal under gudstjenesten konkurrere med den siste barne-TV-serien og læreren skal konkurrere med siste x-files. De må stadig finne på noe nytt, og blir likevel alltid tapere. I aviser, ukeblader og TV skal stadig nye dyner løftes, stadig nye tabuer brytes, og fantasien rekker ikke til mot de grusomhetene vi får inn i stua hver dag.

Hva skal vi beskytte oss med? Bingoen er jo ikke like attraktiv for alle. Hva annet kan vi tilby som garanti mot verdens trusler?

Det finnes i alle fall to tilbud: Det ene heter moderne, høgteknologisk medisin. Den generelle moderne holdningen, dvs. mote-trendene med fokus på evig ungdom og fornektning av aldring, sykdom og død gir et godt marked. Og vi som skolemedisinere lover stadig nye piller, nye kurer, nye operasjoner, nye organer. Den høgspesialiserte organfikserte syke-

husmedisinen i samarbeid med legemiddelindustrien er viktige pådrivere i en slik utvikling. Resultatet er overtru, dvs. for stor tillit til moderne medisin.

Det andre tilbudet heter alternativ medisin: Samtidig med en overtru på high-tech-medisin, er det stadig flere som ser med økende skepsis til skolemedisinen. For disse finnes det et rikt antall profesjoner som tilbyr trygghet gjennom all mulig dignostikk og kurer. Og de bruker sine personlige, suggestive egenskaper på en effektiv måte.

Behovet er tilsynelatende umettelig, både for skolemedisin og alternativ medisin. Pasientene etterspør mer, vi som er leger gjør hva vi kan for å gi pasientene de etterspurte varene, mens myndighetene betaler med stadig større rynker i panna. Og det pasientene ikke får av skolemedisinene, betaler de for i dyre dommer av sin egen pung for hos alternativ medisinere.

Hva forteller dette oss? Det forteller oss først og fremst om utrygghet. Pasientene er på leiting etter noen ankerfester i tilværelsen, noen faste holdepunkter de kan stole på og håpe hjelper mot all den verdens ulykker og elendighet vi blir presentert for til stadighet. Etter som presten er utkonkurrert og religionen for en stor del er avskaffa, representerer legene og andre terapeuter et håp om å unngå sykdom og død så lenge som mulig.

Og hva har så dette med blodtrykk å gjøre? Jo, blodtrykk er et godt eksempel på flere av de fenomenene jeg har vært inne på. Like etter krigen kom de første medikamentene mot høgt blodtrykk. Høgt blodtrykk var da virkelig høgt, og det var en alvorlig, livstruende sykdom som måtte behandles raskt og effektivt. Ofte utviklet det seg dramatiske sykdomsbilder. Men medikamentene hadde meget plagsomme bivirkninger. Fra 60-tallet kom tiazidene. De hadde langt mindre bivirk-

VUKU BINGO

hver tirsdag kl 19.00. 12 runder + freeplay og spesial. Nye premier + jackpot. Ventebingo kl 18.45. Buss som før. Velkommen.

KJÆMPE DOBBEL BILBINGO

hver torsdag kl. 18.45 i Vinne Samfunnshus, Verdal. Premier kr. 18.200,- + ekstratrekning inntil kr. 4000,- (avhengig av oms.) Teoretisk maxpremie kr. 32.200,-. Blokkpris 30, Freeplay 10, Ventebingo 10 + 21 spill. Kaffesalg - Røykfritt rom. Buss fra Røra kl. 17.45 om Trones og Øra. **VINNE BINGO.**

DOBBEL BILBINGO - RØRA

Dobbel bilbingo på Røra samfunnshus onsdag kl. 19.00. 14.000,- i premiesum. 21-salg, free-play. Buss fra Levanger kl. 17.50, om Vinne og Øra.

Røra Bingo.

HUSK

bingo i Ulvilla

hver mandag kl 19.00.
Ulvilla bygdelag

ninger, og blodtrykksbehandlingen økte sterkt i omfang. Siden har vi fått stadig nye og bedre medikamenter. I mange år ble stadig større grupper behandlet, sjøl om det ikke var vist at behandlingen hjalp på sykkelighet og dødelighet. Og intervensjonsgrensene ble stadig lavere, dvs. at vi begynte med blodtryksmedisin ved stadig lavere trykk.

Vi har nå fått dokumentasjon på at blodtryksbehandling reduserer sykkelighet og dødelighet. Men svarer behandlingen til det pasientene forventer? Holder varen det den lover? Har f.eks. pasientene innsikt i hvor stor eller hvor liten trygghet medikamentell blodtryksbehandling gir? Hvor mange pasienter får en falsk trygghetsfølelse av den behandlingen vi gir?

Hvor mye betyr legekonsultasjonen og samtalen med legen for deres trygghet? Hvor mye betyr ritualet med den daglige blodtrykkspillen for å holde frykten for hjerneslag og hjerteinfarkt borte? Hva betyr vårt rituale med å lytte med stetoskopet når pasienten kommer på kontoret? Hva betyr det å få tatt Hb og SR for pasientens trygghet, mens vi som kjenner den prediktive verdi vet at sjansen for å påvise betydningsfull patologi er minimale?

Eller på den andre siden: Utnytter vi de mulighetene vi har som seremonimestre, som sjamaner godt nok? Utnytter vi våre sugestive evner godt nok til å få pasienten til å slutte å røyke? Og hvorfor lærer vi ikke, f.eks. på Nidaroskongressen, om hvordan vi skal utnytte placeboeffekten mest mulig effektivt? Hva slags placebo skal vi bruke? Hvilke indikasjoner og hvilke kontraindikasjoner er

viktige, og hva er det riktige dose? Har vi lov til å skrive ut beroligende piller uten at vi har utnyttet placeboeffekten maksimalt?

Vi er nå i full fart inn i en praksis der vi ikke bare skriver ut en pille for alt som er ille, men vi skriver også ut piller for alt som kan bli ille, bl.a. hypertensjon, hyperkolesterolemi, osteoporose og type-2 diabetes/nedsatt glukosetoleranse. Det skal liten fantasi for å tenke seg hvilken økning i denne typen medikament-forskrivning vi alle vil bidra med de nærmeste 5-10 åra.

Det er uenighet om bl.a. hvilke intervensjonsgrenser som skal anbefales. I Norge har allmennpraktikerne tradisjonelt vært tilbakeholdne med medikamentell behandling sammenliknet med flere andre land. Det blir lagt vekt på ulike typer argumenter. Resultatet er forvirring både blant legene sjøl, blant pasientene og også blant myndighetene. På mange måter har vi en medisinsk kulturkollisjon.

Behovet for et helhetssyn er påtrengende. Vi trenger noen som kan tenke klart. I det virvar av ulike argumenter og påvirkninger vi er utsatt for, er det viktig at noen greier å holde hodet kaldt og tunga rett i munnen. Vi trenger å bli minnet om de overordnede mål med det vi driver med. Vi må unngå å bli gisler for legemiddeldindustriens behandlingsiver, men vi må også unngå å bli gisler for myndighetenes stadige sparetiltak.

Vi må kreve dokumentasjon på tiltak som anbefales, og være forsiktig med å la takstheftet få styre vår praksis for sterkt. Det er viktig at det blir utarbeidet retningslinjer både for oss leger, for pasientene og for myndighetene.

Risikointervensjon er tema for et av emnekurser på kongressen. Risiko er et annet uttrykk for utrygghet. En stor del av vår hverdag går med til å gjøre det mindre utrygt for pasienten. Det er prisverdig at NSAMs styre har tatt opp denne saka. Kanskje burde vi tenke mer på hvordan vi skal skape større grad av trygghet i våre lokalsamfunn uten av det er nødvendig med stadig flere piller. Dette har ikke minst med sosialt nettverk å gjøre. Jeg greier dessverre ikke å skaffe mine pasienter det trygge nettverket som de burde hatt. Effekten av den behandlingen jeg anbefaler for mange av disse er foreløpig ikke dokumentert, men det er få kontraindikasjoner. Det er en viss fare for tilvenning og risiko for passiv røyking, men ellers få bivirkninger. Resepten ser slik ut:

«Rp. Bingo.

Dssn. En kveld i uka. Brukes som vanlig».

Jostein Holmen
Samfunnsmedisinsk forskningscenter
Statens institutt for folkehelse
7650 Verdal

DOBBELTBINGO/BILBINGO

FOLKEPARKEN HVER SØNDAG FRA KL 18.00

Premiesum kr 14.000,- – 21.-salg

V.i.l. fotball herrer

Utpostens redaksjoner

Hvor var de da og hvor er de nå?

Redaksjon I (1973-1977)

Tore Rud
Harald Siem

Per Wium

DA

Distriktslege, Harøy
Distriktslege, Aukra

Distriktslege, Midsund

NÅ

Døde i 1995
Medical director, International
Organization for Migration
(IOM), Genève
Rådgiver, Statens helsetilsyn

Redaksjon II (1978-1982)

Aage Bjertnæs
Martin Holte

Allm.praksis, Trondheim
Allm.praksis, Trondheim

Samme sted nå
Samme sted nå

Redaksjon III (1983-1987)

Frode Heian

Jon Hilmar Iversen
Ola Lilleholt
Magne Nylenna

Øystein Pedersen

Kommunelege, Tingvoll

Kommunelege, Eide
Kommunelege, Rindal
Kommunelege, Smøla/
Inst. allm.med., Oslo
Allm.praksis, Molde

Allmennpraksis,
Molde/BUP, Molde
Overlege, Folkehelsa
Samme sted nå
Tidsskrift for Den norske
lægeforening
Samme sted nå

Redaksjon IV (1988-1991)

Eli Berg
Mette Brekke

Åsa Rytter Evensen

Marit Hafting
Kirsti Malterud
Berit Olsen
Janecke Thesen

Allm.praksis, Kongsvinger
Kommunelege, Vinstra

Bydelslege, Oslo/
Inst.allm.med., Oslo
Kommunelege, Voss
Inst. allm.med., Bergen
Fylkeslege, Finnmark
Kommunelege, Lærdal

Samme sted nå
Tidsskrift for Den norske
lægeforening
Samme sted nå

Barnepsyk.pol.klin., Voss
Samme sted nå
Avd.dir., Statens helsetilsyn
Inst. allm.med., Bergen

Redaksjon V (1993-1997)

Geir Sverre Braut
Sonja Fossum
Betty Pettersen
Eysteine Straume
Eivind Vestbø
Helge Worren
Petter Øgar

1993

Ass. fylkeslege, Rogaland
Allm.praksis, Oslo
Prosjektleder, Folkehelsa
Kommunelege, Loppa
Kommunelege, Finnøy
Allm.praksis, Nittedal
Kommunelege, Hornindal

1996

Fylkeslege, Rogaland
Samme sted nå
Psyk.pol.klin., Gravdal
Rådgiver, fylkeslegen, Finnmark
Samme sted nå
Samme sted + Statens helsetilsyn
Fylkeslege, Sogn og Fjordane

Redaksjon VI (1998-?)

???

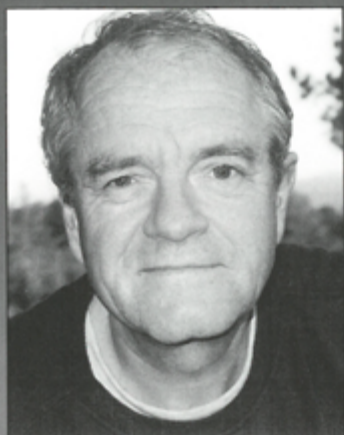
???

???

Til Utpostens 25-årsjubileum:

SLADRESPEIL

Tekst: Ola Lilleholt



Medlem av redaksjonen i åra 1983–87. Ekstrem generalist og kommunelege som har hatt Rindal og Nordmøre som utgangspunkt for eit temmeleg mangfoldig og vidfarande engasjement i norsk og europeisk allmennmedisin. Det mest eksotiske er nok vervet som vispresident i SIMG, den europeiske allmennpraktikarorganisasjonen, i åra 1991–1995. Konverterte frå eit radikalt bokmål til radikal nynorsk hausten 1993.

Titelen er meint å formidle ein aspirasjon om at det som følger ikkje berre skal vera småsladder eller mimring om det som er passert: Med eit sladespeil i synsfeltet er det naturleg å sjå framover samtidig med at ein ser attover. Av erfaring er vi alle pinleg klar over at det er risikabelt å stille prognosar. Men det er mykje meir spennande enn berre å referere fortida. Derfor tek eg risiken.

Utvalget av dei følgende minneverdige sitata frå Utposten speglar mine personelege opplevingar og interesser og dekkjer stort sett perioden 1978–87. Gløym ikkje at dette er eit lite utvalg frå mange atiklar som i like stor grad kunne ha fortjent ei kortvarig gjenoppliving.

Eg er representant for ein redaksjon som gikk til dekkja bord: Våren 1983 var Norsk selskap for allmennmedisin nettopp stifta, kommunehelseslova var vedteke (men enno ikkje sett i verk), same våren vart allmennmedisin og samfunnsmedisin godkjent som eigne spesialitetar. Spesialistutdanninga i allmennmedisin var i store trekk definert. Seinare det same året kom dei første bøkene i Almenpraktikerbiblioteket. Alt dette hadde skjedd etter diplomati og småkrigar på mange frontar i dei 15 forutgåande åra. For oss alle var det klart at Utposten hadde vore ein viktig talarstol, møteplass og i seg sjølv ein viktig motor i utviklinga, både som symbol og konkret aktør.

Truleg er dette bakgrunnen for at fagpolitikk kom til å vike for faglege tema i Utposten frå 1983. Eg er stolt over at bladet i desse åra også kom til å utvide perspektivet frå å vera eit blad for legar i primærhelsetjenesta til å bli eit tverrfagleg forum for kommunehelsetjenesta, eller med Jon Hilmar Iversens¹ ord: «Samarbeid i gode og onde dager».

Litt om NSAM

Sommaren 1979 hadde Bernt E. Østensen² eit innlegg der han gikk inn for «et helt uavhengig norsk selskap for allmennmedisin» og

refererer til at dette er på bakgrunn av at Martin Holte hadde introdusert ideen under eit APLF-kurs på Beito i april same år. Argumentasjonen gjekk i det vesentlege på at det var nødvendig å utvikle allmennmedisinen ved å bygge ein fagleg og akademisk paraply over alle dei lokale aktivitetane rundt omkring i landet. Året etter fulgte Jo Telje og Steinar Westin opp med ein lang artikkel om temaet.

November 1979: Heilsides enquete med overskrift Norsk selskap for allmen medisin på side 3. «I Trondheim har en gruppe på 8 allmennpraktikere konstituert en initiativgruppe med målsetting å vurdere behovet og ønsket for et slikt selskap». Undertegna av Jon Block, Tor Thommesen, Aage Bjertnæs, Arne Ivar Østensen, Bernt Einar Østensen, Martin Holte, Geir Jacobsen og Steinar Westin. I ledaren i same nummer skriv Martin Holte: «Hvorfor er det viktig å skille fag og fagpolitikk? Jo, av den grunn at rene faglige diskusjoner og avgjørelser ikke bør være hemmet av fagpolitiske grenser».

Eit forsøk på å stifte eit allmennmedisinsk selskap stranda våren 1982, vesentleg på grunn av motstand frå Dnlf. Aage Bjertnæs³ skreiv ein leiar etter møtet, noko polemisk, men avsluttar med eit diplomatisk håp om eit kompromiss ved neste korsveg. Og det vart nye møter. I desembernummeret 1982 inviterer Christian Borchgrevink⁴ til nytt stiftelsesmøte i Medicinsk Selskaps lokaler 17.2.93. Og denne gongen lykkast det som kjent.

Vel eit år seinare hadde NSAM 400 medlemmar og gjennomførte det første Kongsvoldseminaret,

referert i Utposten av Ivar Aaraas⁵ og Toralf Hasvold. Kongsvoldseminara kom til å bli ein fagleg avantgarde. Ein del av det som har vore framme der, er fremdeles sterkt aktuelle i dagens medisin og allmennmedisin.

Vi må kunne fastslå at norsk allmennmedisin i 10-15 år har vore inne i ein fagleg gullalder. Aktiviteten har vore stor på mange frontar: forskning, vidare- og etterutdanning, aktiviteten i dei allmennmedisinske og samfunnsmedisinske institutta. Ingen kan vel heller tvile på at NSAM har representert ein viktig møteplass i det allmennmedisinske miljøet. Kvar går vegen vidare? For min del trur eg at NSAMs referansegrupper er eit viktig element i den vidare utviklinga. Aktiviteten er varierende, men det er tydeleg at mange av gruppene er levande og produktive. Å stimulere og fornye denne arbeidsforma er truleg noko av det viktigaste NSAM kan gjera. NSAM må fortsette å vera ein møteplass for praktisk og akademisk allmennmedisin. Her spelar Forskningsutvalget og Publiseringsutvalget sentrale roller.

Internasjonalt allmennpraktikerarbeid

I 1981 skreiv Harald Siem⁶ eit referat frå eit felles møte mellom WONCA og SIMG i Frankfurt. Han karakteriserer dette som «Gjennombrudd i forholdet mellom S.I.M.G. og WONCA». Halvparten av innlegget består av argumentasjon for at også norske allmennpraktikarar bør engasjere seg i fagleg arbeide på internasjonalt plan. (En passant skriv han også: «Det ville være svært hensiktsmessig med et norsk Selskap for allmennmedisin») Da han skreiv dette, hadde vi hatt dei to første nordiske kongressane, men det skulle gå 15 år før det lykkast å etablere ein felles fagleg/akademisk allmennpraktikarorganisasjon i Europa: Det skjedde i Strassbourg primo oktober sist år. Det breie spekteret av forskning og andre

faglege aktivitetar under dei internasjonale allmennpraktikarkongressane vil truleg utvikle seg til å bli ei stadig viktigare inspirasjonskjelde for norsk allmennmedisin. Vi hadde ein europeisk allmennpraktikarkongress i Norge sist i 1988. Å få halde ein slik kongress er omtrent som å arrangere olympiske leikar. Etter at vi no har fått ei europeisk allmennpraktikarforening med meir enn 30 medlemsland, er perspektivet på å få ein ny kongress hit minst 8-10 år. Derfor er tida inne for å melde seg i den konkurranse.

Spesialitet i allmenn- og samfunnsmedisin

Dnlf's landsmøte i Loen i 1977 drøfta framveksten av særomsorger i helsetjenesta utanfor sykehus. I 1978 kom APLFs «Tanker om morgendagens primærhelsetjeneste», ein svært viktig stasjon på turen fram til vedtaket i Dnlf's landsmøte i Loen våren 1983 om å opprette egne spesialitetar i allmenn- og samfunnsmedisin. I Utposten vart dette m.a. markert med Knoll og Tott på forsida: «Det ble tvillinger». Det kan sjå ut til at spesialiteten i allmennmedisin har segla i kraftig medvind medan samfunnsmedisinen, både spesialiteten og faget, manøvrerer meir eller mindre heldig mellom skjær og brott.

Fastlønn

Tarald Hetland⁷: «Fastlønsspøkelset har bleknet betraktelig i den

UTPOSTEN

NUMMER 3-4

1983

ÅRGANG 12

AV INNHOLDET:

TEMA: Diabetes mellitus hos almenlegen

Ved
Frode Heian og
Øystein Pedersen

OLA LILLEMOLT:
Rapport om kommunehelsetjenesten

ERIK SOLBERG:
Bibliografi over norsk allmennmedisinsk forskning

CHR. F. BORCHGREVENK,
PER FUGELLI OG
ERIK SOLBERG:
Menneløst

GUNNAR TELNES:
Skader og forebyggende arbeid i en kommune

MAGNE NYLENNA:
Ungdomsmiljøet i Smøle

STENAR WESTIN:
Skal allmennpraktikere foreleser for medisinske studenter?

JON HELMAR IVERSEN:
Presentasjon av den nye redaksjonen

OG MER!

DET BLE TVILLINGER!



ÅPEN VEI BÅDE FOR ALMENNEMEDISINSK OG SAMFUNNSMEDISINSK OG

Samme dag som dette nummer av Utposten gjennomsyrer den endelige avgjøring kommer det beskjed fra landsmøtet i Loen at veien åpner seg både for allmennmedisinsk og samfunnsmedisinsk spesialitet. Mange var på forhånd redd for at landsmøtet ville velge å opprette to nye spesialiteter ved samme anledning. I alle fall er det nå klart at dette faktisk er det åtte år gamle ønsket. I alle sammenheng har eg gjort meg til talsmann for at det i kommunane er behov både for kollegaer med fastlønn og med stykkprisbetaling. Eg trur det medfører ein sunn konkurranse om pasientane mellom legar som i prinsippet ikkje treng skule til minuttvisaren på klokka og dei som får betalt ekstra for lange dagar når det er toppar i etterspørselen. Både legar og pasientar er forskjellige og finn fram til kvarandre ut frå sympatiar og anti-patiar av forskjellig slag. Fastlønn og stykkpris: Det er for legar og pasientar å finne ein veg mellom sommel og slurv. Derfor treng vi begge tilbuda, og rammebetingel-

senere tid og synes ikke lenger å representere noen trussel for legene, tvert imot». Vi har vore gjennom ein periode der mange kolleger har hatt fastlønn. Pr. 1996 har driftsavtalar vore på frammarsj, vesentleg fordi pågangen etter kurative tjenester har auka så mykje at det har lønt seg å arbeide lange dagar og kveldar med stykkpris. I fleire sammenhengar har eg gjort meg til talsmann for at det i kommunane er behov både for kollegaer med fastlønn og med stykkprisbetaling. Eg trur det medfører ein sunn konkurranse om pasientane mellom legar som i prinsippet ikkje treng skule til minuttvisaren på klokka og dei som får betalt ekstra for lange dagar når det er toppar i etterspørselen. Både legar og pasientar er forskjellige og finn fram til kvarandre ut frå sympatiar og anti-patiar av forskjellig slag. Fastlønn og stykkpris: Det er for legar og pasientar å finne ein veg mellom sommel og slurv. Derfor treng vi begge tilbuda, og rammebetingel-

10
års
jubileums-
nummer



AV INNHOLDET:

AAGE BJERTNÆS, MARTIN HOLTE: Utposten 10 år	2	BERT TIVT: Pluss på sykehusveggen	10
CARL P. BORCHGREVINK: Tenker ved Utpostens jubileum	4	NILS NORDELUND: Nordisk helsevesenstidsskrift	12
PER FUGELLI: Fra tenker til handling i norsk allmennmedisin	6	BENGT LINDBER: SPAM og Utposten	13
THARALD HETLAND: Hvor det press er en doktor	8	STEINAR WESTIN: Sveitshelseproblemer	14
	9	Utpostens allmennmedisinske problemstillinger	17-21

sene bør vera slik at det består ein reell konkurranse om pasientane. Derfor er det i nær framtid også behov for å styrke situasjonen for fastlønnslegane. Det kan handle om meir lønn, men kanskje er andre «fringe benefits» like viktige for mange unge kolleger med småbarn og arbeidande ektefeller.

Lov om kommunehelsetjenesta
1978 Aage Bjertnæs: «Må loven om distriktshelsetjenesten tangfjølles?» Det skulle koma til å gå enno nokre år før lova vart sett i verk. Det kan ikkje vera tvil om at denne lova har vorte eit sentralt ankerfeste for arbeidet i primærhelsetjenesta. Det er også tydeleg at lova har ei styrings- og formingskraft som ikkje er uttømt pr. 1996. Spesielt gjeld dette miljøretta helsevern og tverrfagleg samarbeide. I åra som kjem må vi alle bidra til å hente det beste ut av denne lova.

Fagleg utviklingsarbeid

I Utpostens 10-årsjubileum kom Per Fugelli⁹ med følgande utfordringar: «Vi må lage ein original av allmennmedisinen til erstatning for den nåværende reproduksjon bestående av uklare spesialmedisinske kontrapunkter. Vi må gå inn i vårt fag, hente ut deler av det, foredle verdiene, klargjøre feilene. Og slik gjennom møysommelig arbeid bygge et ekte bilde av hvem vi er og hva vi står for. Bare på den måten, tror jeg, kan vi få og forsvare den plass vi bør ha i helsetjenesten.» og vidare: «Det faglige klargjøringsarbeid bør først og fremst ta for seg den allmennmedisinske klinikk.» og «Vi er

en egen verden, er vårt omkved, forskjellig fra sykehusmedisin, med våre egne sykdommer og behandlingsformer. Javel, – jeg er enig i det, – men da må det være vår strenge plikt å kartlegge denne angivelige særpregete verden, beskrive sykdommene, belegge hva vi gjør og hvordan det går med dem.»

Det var det viktigaste som kunne seiast den gongen, truleg også i dag! Det var og er vegen framover. Pr. 1996 er vi er eit stykke på veg. Mellom anna har vi vore gjennom ein periode med stor allmennmedisinsk forskningsaktivitet. Det har munna ut i mange vitenskapelege arbeid, publikasjonar og doktordisputasar.

Retningslinjer for klinisk praksis er eit viktig aspekt av det faglege utviklingsarbeidet: Allmennmedisinsk beslutningsteori var tema for Kongsvoldseminaret 1985, og delar av dette var referert i Utposten nr. 6 1985: «Kliniske handlingsprogrammer og beslutninger».

1990-91 kom Prosedyrepermen for Telemark. Året etter kom Pro-

sedyrepermen for Møre og Romsdal. Dei siste åra har det vore lagt ned eit stort arbeide med prosedyrepermar i dei fleste fylke i landet. I dag kan ein sjå mange spennande initiativ både på grunnplanet og på nasjonalt plan. Specialistane arbeider med sine prosedyrepermar og retningslinjer. «Bevisbasert» eller «kunnskapsbasert» medisin er det overordna idealet med det internasjonale Cochranesamarbeidet som ei stjerne over horisonten.

Dette spektret er blitt mykje breiare enn før og strekker seg frå rein forskning via metaanalysar, lærebøker, konsensuskonferansar, prosedyrebøker/retningslinjer/handlingsprogram til pragmatisk kvardagspraksis. I åra som kjem er det viktig å halde koken i den allmennmedisinske forskinga, for det er avgjerande for allmennmedisinen som fag at den bevisbaserte medisinen ikkje blir spesialistbasert. Sammen må vi makte å generere og realisere forskningsidear slik at vi kan få fram kunnskap frå første linje. I EDB-journalane våre ligg det mange svar for den som kan stille gode spørsmål. Her er eit potensiale som vi til no berre har skråpa litt i overflata av.

Vår allmennmedisinske identitet

I eit foredrag ved NSAMs årsmøte i Bergen 26.-27. oktober formulerte Signe Flottorp¹⁰ eit viktig poeng: «Integrering av faglig utvikling i daglig praksis er det som vil hjelpe oss å finne ut mer presist hva som er god allmennmedisin» og «Vi må tørre å blottstille oss, venne oss av med alltid å presentere vår skoleflinkhet» og «Folk som tør dumme seg ut fortjener ros og ikke ris» og «Vi må kikke hverandre i kortene».

I eit spesialnummer om allmennmedisin i det medisinske studiet skriv Aage Bjertnæs¹¹ i ledaren: «Almenmedisin bør læres i praksis!» I ein viktig artikkel i januar 1982 formulerte Steinar Westin og Arne Ivar Østensen¹² sentrale synspunkt som seinare

vart realisert i den norske modellen for vidareutdanningen i allmennmedisin.

Og det er vel ikkje så merkeleg ettersom dei begge har vore sentrale aktørar i det arbeidet som har vore gjort i dei åra som er gått. Den norske vidareutdanninga er eineståande i internasjonal sammenheng, og den kan vi vera stolte av. Til noko mål kjem vi vel aldri, men sjølfølelsa, identiteten og innsikten i kva som er allmennmedisins domene, ser vi stadig tydelegare rundt oss og framfor oss.

Overskot på legar

I den første ledaren som eg skreiv, var eg¹³, liksom mange andre, bekymra over at massemedia hadde meldt om arbeidsledige legar. 5 år seinare var det klart at dette var ei feilvurdering. Det er ein uverdig situasjon at norske ungdommar i mange år har kjempa på livet for å få studere medisin i Norge samtidig som vi er blitt fullstendig avhengige av hundre- eller tusentalls (?) kollegaer frå utlandet. Det må vera ei viktig utfordring å finne fram til ein korrekt balanse i tilgang og etterspørsel.

Fastlege

Primo 1984 rapporterte Tor Anvik¹⁴ frå ei studiereise til Danmark og England. Det var første gong mange av oss kunne lese om «listepasientsystemet». Eg er overbevist om at denne artikkelen var skjellsettande ved at den sette i gang ein prosess som munna ut i at NSAMs styre dei følgjande åra fleire gongar tok initiativ for å få gjennomført forsøk med «listepasientar»: dvs. det som dei siste åra har vore gjennomført som «fastlegeforsøket». Pr. 1996 kan vi konstatere at her er mange med sterke meiningar både for og mot ei fastlegeordning. For min del meiner eg at gevinsten for pasientane og for nødvendig forskning/epidemiologi/dokumentasjon i allmennmedisinen er så stor at den veg opp dei argumenta vi hører mot

systemet. Det er klart at dette er konfeksjon som ikkje utan vidare vil passe alle. Mange er bekymra over at ordninga vil bety eit ekstra stress for legane, serleg i forbindelse med feriar, permisjonar o.l.. Ettersom dei fleste no arbeider i gruppepraksisar, er dette problem som det skulle vera greitt å ta hand om gjennom kollegiale avtalar om gjensidige vikarordningar.

EDB-journalen og informatikk

Utpostens Nr 1 1985 handla om bruk av EDB. Utviklinga har vore så eksplosiv at dette Utposten-nummeret er som å lese antikkens historie. Eg tek med berre eit sitat: Det er frå Carl Fredrik Bassøe¹⁵: «Vi har tatt i bruk et 4. generasjons programmeringsspråk, dbase-3. Det er et generelt verktøy som kan brukes av mange computere. Programmene er tilrettelagt for IBMs Personal Computer (IBM PC XT), men kan benyttes på en rekke andre. PROMED er meget omfattende, og avhenger av minst en 10MB disk som lagringsmedium». Ha ha.

Pr. 1985 kan vi konstatere at bruk av EBD i allmennmedisinen har vokse fram «nedanfrå» medan t.d. sykehusa og RTV har vore svært tunge i sessen på grunn av aspirasjonar om å skape altomfattande standardar og løysingar alt i første runde. I primærhelsetjenesta kan vi sjå nye EBD-baserte hjelpemiddel som dels er i praktisk bruk, dels som muligheter som viser seg over ein ikkje for fjern horisont. Det handlar om effektivisering og om fagleg støtte som vil gi bedre kvalitet på arbeidet i det daglege. Enno i mange år vil informatikk og dokumentasjon vera blant dei mest sentrale elementa i fagutviklinga i allmennmedisinen.

Konsultasjonen

1983-84 var det gjennomført eit grunnkurs i allmennmedisin. Det besto av 4 vekessamlingar fordelt over 2 år og vart avslutta med ei studietur til England¹⁶. Øystein

Pihlstrøm, Kirsti Malterud og Dag Bruusgaard hadde vore kurskomite. Frå englandsturen er det referert frå eit møte med David Pendleton. Truleg har inspirasjon frå dette kurset vorte eit viktig argument da utdanninga av rettleiarar til spesialistutdanninga i allmennmedisin vart fastsett, noko som har hatt store konsekvensar for den norske rettleiinga i allmennmedisin. Knappt eit år seinare kunne Henriette Kahn¹⁷ skrive eit entusiastisk referat frå det første rettleiarkurset på Ustaaset. Eg trur at undervisningsforma og miljøet i utdanninga av rettleiarar i allmennmedisin har vore ein lite synleg, men svært betydningsfull, understrøm i utviklinga av norsk allmennmedisin i dei 11 åra som er gått. Her er det etablert eit fagleg og sosialt nettverk som fremdeles lever.

Konsultasjonen var hovedtema for Nr. 7 1985: Her var så vidt eg kan sjå David Pendletons tankar presentert for første gong i ein artikkel av Per Stensland¹⁸, Aage Bjertnæs¹⁹ og ved Sigurd Rosenbergs²⁰ omtale av «The Consultation, An Approach to Learning and Teaching». Ideane herifrå, m.a. med video-opptak av konsultasjonar, kom til å gå inn som viktige element i rettleiinga i allmennmedisin. I dag er rettleiinga ein etablert aktivitet rundt om i landet, og det blir arbeidd jamnt og trutt utan store ord. Derfor har dette viktige elementet i utdanninga vorte noko anonym i forhold til betydninga den har for forminga av unge kollegaer som er på vei inn i allmennmedisinen. Kanskje blir det noko blest om saka i forbindelse med at Steinar Westins²¹ utdanningshandbok i desse dagar kjem i ny utgave.

Noko spesielt minneverdige hendingar

Det følgjande er nokre av mine personlege favorittar frå den perioden eg var assosiert med Utposten: «Finnmarksnummeret», nr. 2 1985, var ein «tour de force» av

«badstugjengen» Berit Olsen, Øystein Krüger, Marit Bjartveit Krüger, Mette Brekke, Hans Atle Hansen, Tone Tveit og Leif Brunvand.

I nummer 6 og 7 1985 fekk lesarane for første gong møte dei to vinnarane av Utpostens første Essaykonkurranse: Jørgen Jørgensen²² og John Nessa²³; to kolleger som etter dette har vore aktive og viktige representantar for allmennmedisinen i det norske medisinske miljøet.

Utan at eg repeterer namna her, seier eg kort at vinnarane av essaykonkurransane har vist seg verdige ved at dei seinare har vore godt synlege bidragsytarar i mange sammenhengar i det allmennmedisinske miljøet.

Forsøk på konklusjon

Medan eg skriv dette innlegget kjem Karin Skarsaune og Johnny Mjell²⁴ med mange og viktige kritiske spørsmål i forbindelse med at «Tidsskriftet» startar ein serie om allmennmedisin: «Hvorfor er det så stille rundt norsk allmennmedisin? Er allmennpraktikerne blitt for velfødde og selvtilfredse? Sitter de gamle krigerne i behagelige læreseter og nyter sitt otium? Er de blitt erstattet av en «dessertgenerasjon» som kan ta faget som en selvfølge uten å måtte erobre det?» og «Er taushet et sykdomstegn? Når det er stille om norsk allmennmedisin, betyr det at det skjer lite der – eller betyr det at allmennmedisinerne jobber så hardt og godt at de ikke har tid til å rope så høyt?» Mange spørsmål! Eg er enig i konklusjonen, nemleg at allmennmedisinen må sørge for å vera synleg. Dersom den har vore for anonym i ein periode, så trur eg helst at det er fordi det blir arbeidd intenst både med dagleg klinisk arbeide og overtidssarbeide med spesialisering, rettleiing og etterutdanning. Mange gonger har eg i rettleiargruppe kasta eit blikk rundt bordet og sett, ikkje berre ein eller to, men alle dei unge kollegaene sitte der med ein litt

skremmande gråfarge i ansiktet og med tunge augelokk. Det blir bruka mykje meir ressursar i primærhelsetjenesta enn før, men krava om dokumentasjon, tidsfristar og tjenester er også større enn nokon gong. Samtidig er det blitt slutt på den tida at legane har «bakke-mannskap» i form av heimearbeidande ektefelle. No er det gjerne par som begge slit med store studielån samtidig som dei skal etablere seg med bolig, bilar og administrasjon av barnehage- og skulebarn. På toppen må dei slite med å samle rettleiings- og kurstimar. Alt i alt betyr dette at kollegaene ikkje har fått større bevegelsesfrihet enn før til fagleg eller personleg filosofering og utvikling. Eg trur denne friheten er blitt mindre enn før. Det burde bekymre oss. Løsninga inneheld truleg følgende element: høgre stipenddel under studiet eller høgre løn etterpå, kortare arbeidstid og kortare vakter, færre pasientar pr. lege i primærhelsetjenesta. Fagleg vil dette kunne skape ein del nye problem: Praktisk klinisk erfaring er avgjerande i utdanninga av allmennmedisinaren. Med 2-3 delte vakter i store distrikt kunne ein i tidlegare år skaffe seg klinisk erfaring som ein i eit system med 6-10 delt vakt må bruke meir enn dobbelt så mange år på å skaffe seg. Dette må ha konsekvensar for form og innhald i vidare- og etterutdanning. På toppen av denne kransekaka skal allmennmedisinaren altså også finne tid til å bygge opp eit personleg syn på fagfilosofi og -politikk: «Salig er lediggangens time, for da arbeider min sjel». Allmennmedisinaren treng noko meir lediggang i løpet av døgnet og året! Og ein slik luksus kan eg i alle fall ikkje sjå over horisonten enno. Det betyr at den fagpolitiske kampen ikkje er over i allmennmedisinen. Her trengs nye krefter!

Og derfor vil det også vera ei historie å skrive neste gong Utposten skal feire jubileum!

Ola Lilleholt
6657 Rindal

Referanser:

- 1 Iversen JH. Samarbeid i gode og onde dager. Utposten nr. 1984; 6-7.
- 2 Østensen BE. Norsk almenmedisinsk selskap, trenger vi det? Utposten nr. 4 1979; 7.
- 3 Bjertnæs Aa. Norsk Selskap for Almenmedisin? Nå! Utposten nr. 3 1982; 2.
- 4 Borchgrevink C. Norsk selskap for almenmedisin. Utposten nr. 7/8 1982; 3-4.
- 5 Aaraas I, Hasvold T. Norsk Selskap for Almenmedisin ett år. Seminar Kongsvoll Fjellstue 10.-12. mai 1984. Utposten nr. 5 1984; 147-148.
- 6 Siem H. Internasjonalt almenpraktikersamarbeid i utvikling. Utposten nr. 2/3 1981; 25.
- 7 Hetland T. Quo vadis OLL. Utposten nr. 4 1979; 5.
- 8 Bjertnæs Aa. Må loven om distriktshelsetjenesten tangforløses? Utposten nr. 6 1979; 2.
- 9 Fugelli P. Fra tanke til handling i norsk almenmedisin. Utposten nr. 4 1982; 6-8.
- 10 Flottorp S. Veien videre. Utposten nr. 8 1984; 224-226.
- 11 Bjertnæs Aa. Almenmedisin bør læres i praksis. Utposten nr. 4 1991; 2.
- 12 Westin S, Østensen AI. Hvordan lære almenmedisin i almenpraksis. Utposten nr. 1/2 1982; 10-11.
- 13 Lilleholt O. Hvem styrer og etter hvilke kart? Utposten nr. 2 1983; 2.
- 14 Anvik T. Rapport fra en studiereise til Danmark og England. Utposten nr. 2 1984; 58-60.
- 15 Bassøe CF. Promed. PROblemorientert EDB-journal med MEDikamentregister. Utposten nr. 1 1985; 10-12.
- 16 Heian F. Grunnkurset i almenmedisin i England. Utposten nr. 3 1985; 112-113.
- 17 Kahn H. Referat fra det 1. veiledningskurs i almenmedisin, Ustaoset 13.-18. oktober 1985. Utposten nr. 8 1985; 261-265.
- 18 Stensland P. Konsultasjonen i almenpraksis «Ittno kjæm tå sæ sjøl». Utposten nr. 7 1985; 190-193.
- 19 Bjertnæs Aa. En utfordring til almenpraktikeren. Utposten nr. 7 1985; 196-197.
- 20 Rosenberg S. En arbeidsmodell. Utposten nr. 7 1985; 193-195.
- 21 Westin S. Utdanningshåndbok for almenpraktikere. Oslo: Gyldendal 1985.
- 22 Jørgensen J. Sykdom og helse. Trenger vi nye paradigmer? Utposten nr. 6 1985; 174-178.
- 23 Nessa J. Kasset og kommunikasjon. Utposten nr. 7 1985; 205-212.
- 24 Mjell J, Skarsaune K. Hvem kan seile foruten vind. Norsk allmennmedisin i 1990-årene. Tidsskr Nor Lægforen nr. 19, 1996; 116: 2293-2294.

Utposten – nyttig for allmennpraktikeren?

Tekst: Bente Aschim



Født 1953. Cand.med Oslo 1979. Spes. i allmennmedisin 1988. Veileder i allmennmedisin 1994. Arbeider i gruppepraksis på Majorstua og er en dag i uken på Pedagogisk avdeling i Legeforeningen. Gift, 3 barn, bosatt på Vålerenga.

En yngre kollega kom for kort tid siden og spurte om han kunne kjøpe gamle nummer av Utposten. Dessverre. Gammel kjærlighet rustet ikke, min støver ned på loftet. Der ligger samtlige nummer siden jeg begynte å abonnere på slutten av 70-tallet. I disse tildels ganske slitte og enkle bladfillene ligger for mye av min egen yrkeshistorie beskrevet til at de kan overdras. Det blir nesten som å kaste bildet av oldemor eller bestemors gamle brudekjole.

Som mange med meg ble jeg drevet inn i allmennmedisinen i en kastevind fra de politiserte 70-årene. Allmennmedisin var politisk korrekt. Men vi oppdaget raskt at hverdagen var anderledes enn vi ventet – i hvert fall vi som levde i allmennmedisinsk forstand så avsidet som Oslo. KOPF-idealet fra studenttid uten barn ble vanskelig å gjennomføre i en uoversiktlig hverdag midt i en storby. Jeg som

bare hadde lært om allmennmedisinen fra Hattfjelldal og Værøy og Røst! Man kan føle seg ganske ensom på et legekontor på Majorstua når kartet ikke stemmer med terrenget.

Så ble det å lete etter ny viten. Noe av det jeg lette etter fant jeg i Utposten. Møtet med det hverdagslige og uakademiske ga gjenklang i egen virkelighet. «Du skal skrive ditt fag» basunerte Per Fugelli. Og det var heldigvis mange kolleger rundt i landet som fulgte den oppfordringen. Vi andre leste – og tenkte at vi kunne nesten ha skrevet i dette bladet selv. For heldigvis har terskelen både for form og innhold vært lavere enn i «seriøse» tidsskrifter. Godt er det. Et sted må alle starte uten å ha veiledere i bakhånd og doktorgrad i blikket. Bare med den viktige drivkraften det er å vilde dele med andre sin nysgjerrighet, undring, entusiasme, avmakt, systematiske (og usystematiske) erfaringer, sine kloke råd og sine feil. Det må finnes en underskog av de mer alminnelige ytringene for av og til å få fram de geniale.

Men det var ikke bare i leting etter hverdagsmedisinen at Utposten ble en viktig kilde til å følge med og lære nytt: Debatten rundt kommunehelseloven, helsestasjonens plass, kvinnemedisin, fokusering på konsultasjonen. Det har vært godt å kunne følge med i debattene uten å tilhøre verken Akademiet eller være aktiv fag- eller partipolitisk.

Utposten var med og ga oss en identitet og stolthet over det å være en helt vanlig doktor – også vi uten karrierestige og overlegetittel. Og selv om det har vært interessant å lese innlegg fra andre faggrupper, så er det likevel tipsene og rådene, tankene og ideene fra kollegene som har vært viktigst. I tillegg har frodighet i layout, bilder, dikt og tegninger lyst opp og økt leseglede. Men det kunne godt vært mere tegneserier!

Ved et 25 års jubileum er det selvfølgelig lov å være bakoverskuende og nostalgisk. En uro har likevel begynt å snike seg inn hos meg. Den nye generasjonen med allmennpraktikere er ikke opplært i den samme pionerånden som Utposten er et uttrykk for. De yngre legene kom inn i faget under andre forutsetninger, både ideologisk og økonomisk. Jeg savner deres bidrag og tanker i Utposten om hvordan bli gode doktorer i 90-årene. De må ikke møtes med moralisme fra eldre kolleger som har «sett lyset» en gang i sin ungdom da de var kritiske og samfunnsengasjerte. Det er viktigere å komme yngre miljøer i møte enn å gå inn i pensjonsalderen med de blankpussede idealene i behold.

Det var oppfordringen: Det er nye arenaer som må utforskes og nye kolleger som må tas inn i varmen.

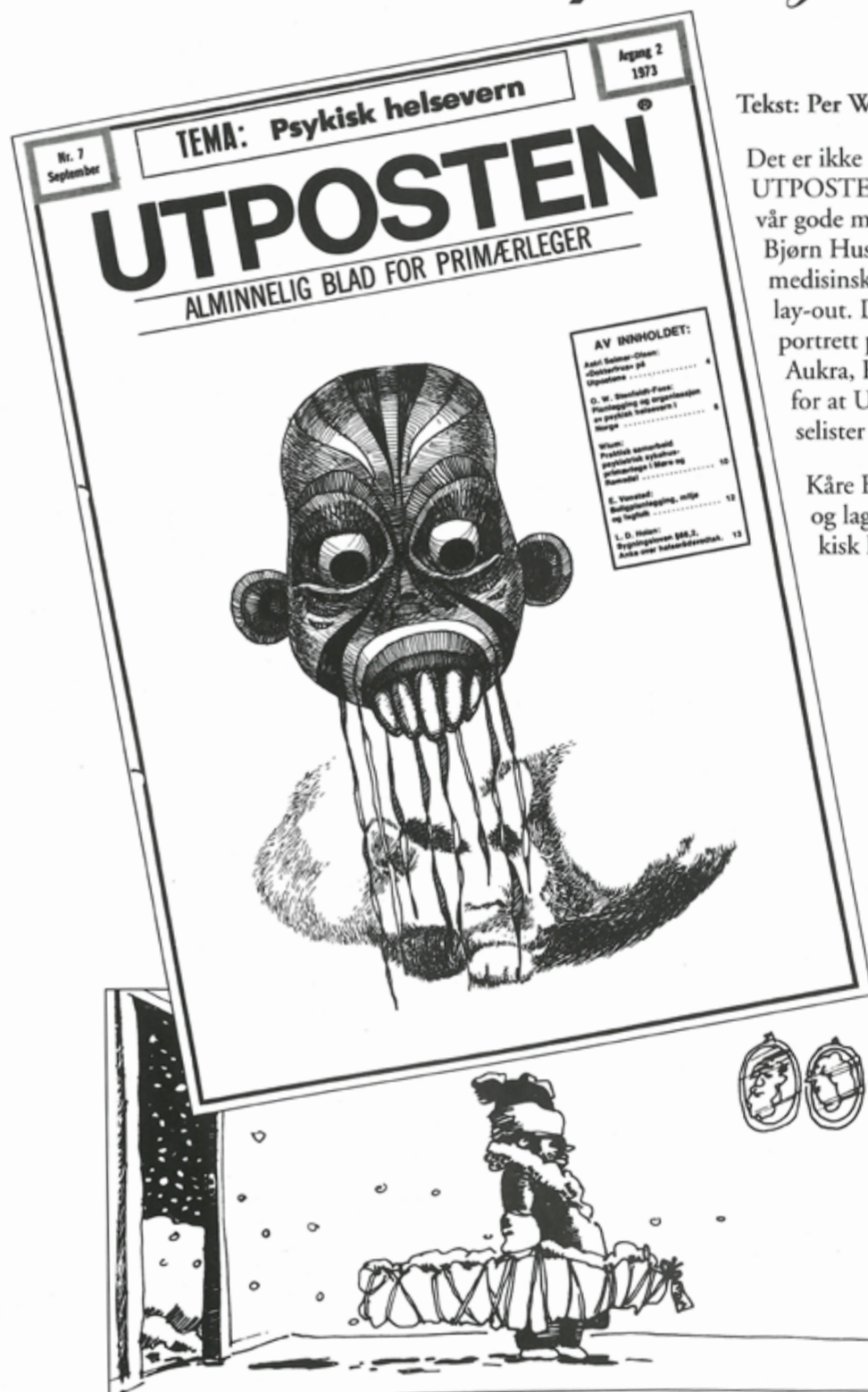
At Utposten kan åpne nye dører har jeg selv opplevd. En gang fikk jeg et innlegg på trykk. Plutselig ringte en sykehuskollega opp: Om jeg kunne tenke meg å holde et foredrag på sykehuset rundt de tankene jeg hadde lagt fram? Lett euforisk svarte jeg ja. (På etterskudd skjønte jeg at euforien skyldtes at endorfinspeilet var på vei opover: Jeg fødte vår datter under et døgn senere.) Flere enn meg har opplevd at Utposten blir lest av sykehuskolleger og andre fagfolk, ja til og med pasienter!

Hyldesten til tross: Jeg har slett ikke lest alt. Noen numre har blitt liggende urørt. Men når jeg blar bakover i årgangene finner jeg fortsatt mye stoff som kan leses på nytt og for første gang. Så jeg skjønner min yngre kollega som ønsket å kjøpe. Takk til alle hardt arbeidende redaksjoner i de 25 årene for at dere har gitt oss mye glede og ettertanke – og litt ergrelse og uro innimellom.

Bente Aschim
Vålerenggt. 39, 0658 Oslo

UTPOSTEN

*Første medisinske tidsskrift
med fast tegner*



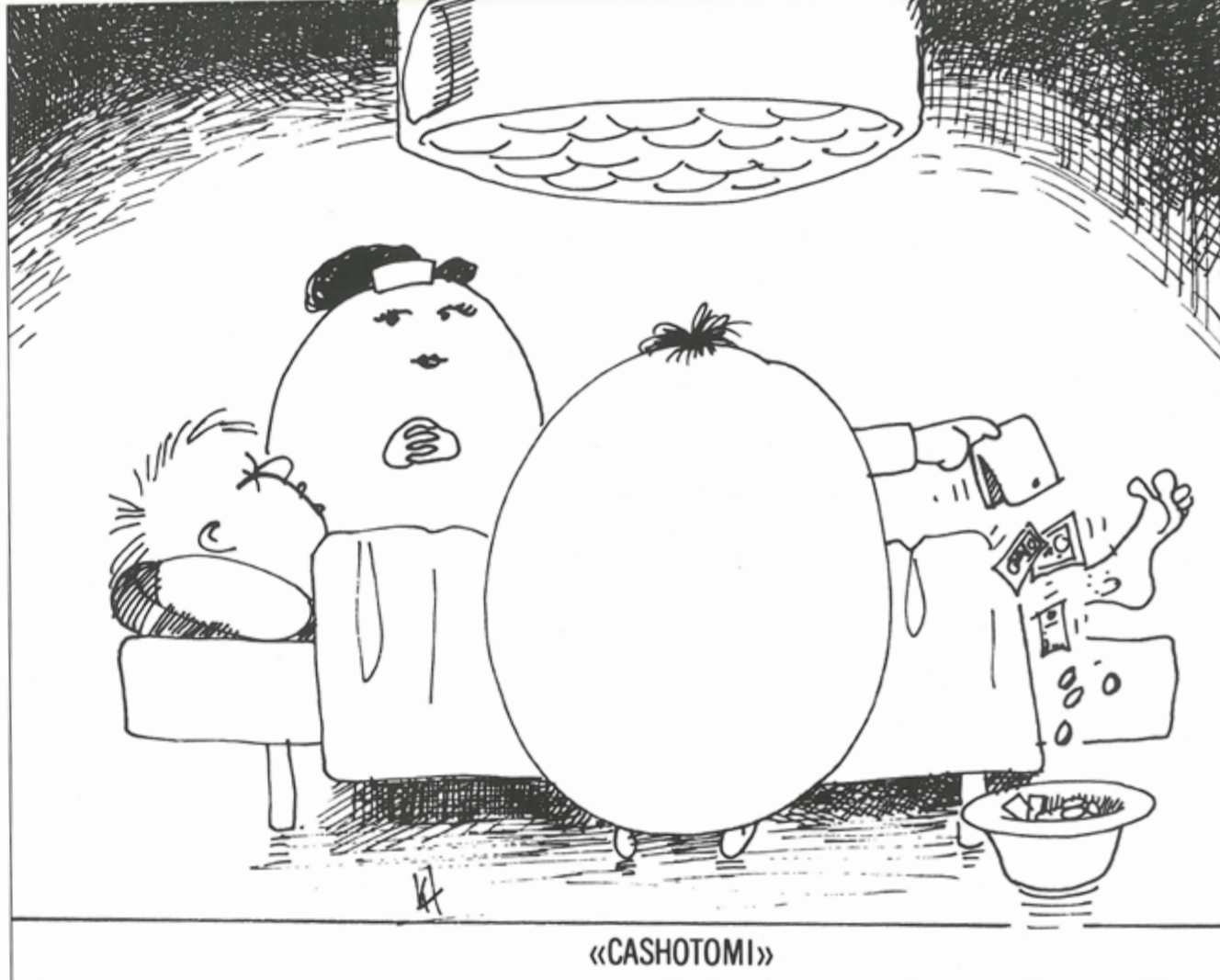
Tekst: Per Wium

Det er ikke mange i dag som husker starten på UTPOSTEN. Jeg vil i det følgende sette lyset på vår gode medarbeider og min tidligere nabo Kåre Bjørn Huse. Han var den første faste tegner for et medisinsk tidsskrift, og tok seg etter hvert også av lay-out. Dere ser ham her i selvportrett. Hans portrett på tegneblokken er vår legesekretær Aukra, Reidun Solum. Reidun har mye av æren for at Utposten kom ut, og holdt orden i adresselister og økonomi.

Kåre Bjørn Huse var tegnelærer på Midsund og laget første side til temanummer om psykisk helsevern allerede i 1973.

I 1976 kom nissen med en virkelig god julegave til det norske folk, nemlig familielegen:





Utposten kjempet med nebb og klør for primærhelsetjenesten, og da man i Arendal åpnet ny poliklinikk med adgang uten henvisning fra primærlege laget han tegningen over.

Kåre Bjørn Huse kommenterte i sin strek også vår kritikk av institusjoner som i tegningene ved siden av. Hvorfor innkalles alle pasienter til samme tidspunkt?

Mange har spurt meg om hvordan vi fikk overskudd til å starte et slikt tidsskrift. For det første var det nødvendig for å heve status på distriktslegetjenesten og allmennpraksis i begynnelsen av 1970 årene. Men for det andre, og det er minst like viktig, hadde vi det utrolig gøy, ikke minst takket være tegningene til Kåre Bjørn Huse. Han er idag lærer og kunstner på Frøya.

Per Wium
Johan Castbergsvei 11b, 0673 Oslo



Utsyn fra tilsynet: — Utposten sett fra sentrum

Tekst: Anne Alvik



«Hvad finder du i provinsen, som du ikke kan finde andre steder? – Ingenting. Men der er sammenhænge og fænomener, som du lettere får øje på i provinsen, for menneskelivets mangfoldigheder bliver tydeligere, når scenen er mindre og rummet overskueligt. Det universelle bliver håndgribeligt, det abstrakte virkelig,» skriver Chr. Vognsen i «Pædagogik».

Det er ikke tvil om at virkeligheten ofte fortoner seg annerledes i den praktiske utøvende virksomhet enn i sentralforvaltningen. Det har vi sett mange eksempler på opp gjennom årene.

I Medisinalmeldingen for 1995 skriver f.eks. fylkeslegen i Sogn og Fjordane om de ulike handlingsplaner for tverrsektorielt forebyggende arbeid: «Fylkeslegen sitt inntrykk er at planane i liten grad vert nytta og opplevde som nyttige hjelpemiddel for kommunane. Avstanden mellom innhaldet i planane og røyndomen slik han vert opplevd i kommunane er for stor.»

I St.m. nr 50 (1993-94) heter

det at samfunnsmedisinen i tiden etter innføringen av kommunehelsetjenesteloven ikke har fått den plass i kommunen som var forutsatt. Ifølge meldingen skyldes dette usikkerhet om hvorvidt kommunelegen skulle ha medisinskfaglig ansvar eller være medisinskfaglig rådgiver. Spørsmålet er hvorvidt oppryddingen på dette felt gir tilstrekkelige vilkår for samfunnsmedisinen. Personlig er jeg sterkt i tvil om endringene til rådgiver er noen forbedring? Kanskje burde ansvarsforholdene tvert imot blitt klarere og tydeligere i stedet for svekket?

Helsetilsynet og fylkeslegene har i flere år gjentatte ganger uttrykt bekymringer for samfunnsmedisinens stilling i kommunene. Det har vært påpekt svak aktivitet i det miljørettede helsevern og at økonomiske insentiver medfører kommunal prioritering av kurative tjenester mens en forholdsvis liten andel av kommunelegenes tid avsettes til forebyggende og samfunnsmedisinske oppgaver. Og det er store problemer med rekrutteringen og stabiliteten i kommunelege I-stillingene. Mange erfarne samfunnsmedisinere har «flyktet» fra kommunelegestillingene. Kommuneleger med samfunnsmedisinsk spesialitet og motivering for arbeid innen dette feltet opplever ofte at deres kompetanse i liten grad etterspørres, og hevder at funksjonen som medisinskfaglig rådgiver har lite reelt innhold. Plassering av kommunelegen i stabsfunksjon hos rådmannen «usynliggjør» etter manges mening funksjonen som medisinskfaglig rådgiver.

Hvis det er rett at samfunnsmedisinen er i ferd med å dø ut i kommunene – spiller det da noen

rolle? Er det et tap for storsamfunnet? Det er kanskje først og fremst avhengig av hvorvidt andre kan overta den rollen legen var tiltenkt. Jeg frykter for at fortsatt svekkelse av samfunnsmedisinen kan undergrave hele kommunehelsetjenesten. Jeg er også bekymret for at en fastlegeordning med sterk kurativ vinkling ytterligere kan svekke det forebyggende og samfunnsmedisinske arbeidet. Men samtidig kan jeg godt se at fastlegeordningen kan bidra til å løse storbyenes primærhelsetjenesteproblem på en bedre måte. Fastlegeordningens suksess synes å ligge i gjeninnføringen av det personlige forpliktende ansvaret for den enkelte pasient på lista.

Helhetssyn og generalist-tenkning har ikke gode vilkår for tida. Og tendensen ser ut til å være ytterligere fragmentering og oppstyking av primærhelsetjenesten, økt privatisering, økt medikalisering av livsproblemer og sosial avmakt – med samtidig utstøting og marginalisering av de minst heldige her i livet, og ikke å forglemme en stadig økende teknologisering på bekostning av pleie og humanistisk medisin, økt offentlig inntrengning i «det private rom» – jeg tenker på slikt som foreldreveiledning ved kommunalt ansatte, de muligheter gentesting åpner for, interessekonflikten mellom personvernansyn og helseregistre.

Mon tro om noe av denne uheldige utviklingen kan ha sammenheng med den manglende kontinuiteten i kommunelegestillingene? Den trygghet og kvalitets-sikring som ligger både i et godt samfunnsmedisinsk arbeid og i et kontinuerlig lege-pasientforhold kan neppe overvurderes. Det er viktig å minne om slike funda-

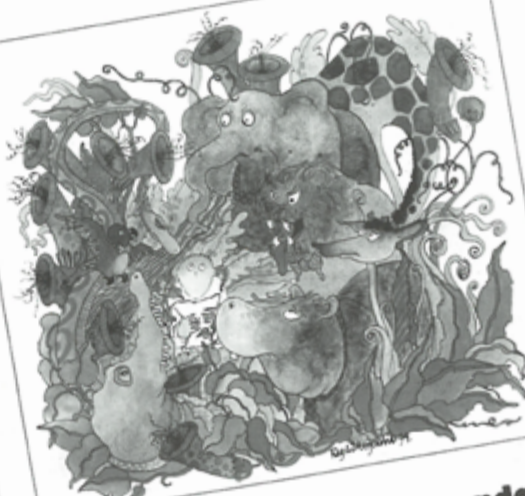
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2

1994

ÅRGANG 23



**- Fornøyd premissleverandør
eller frustrert autoritet?**

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2

1996

ÅRGANG 25



**Samhandling
- en faglig utfordring**

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6

1995

ÅRGANG 24



UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5

1995

ÅRGANG 24



**Er fastlegeordningen
løsningen?**

mentale sannheter. Ikke minst i forhold til arbeidet med kvalitets-systemer og internkontroll.

For mange i praksis kan nok virksomheten sentralt virke som en unødig papirmølle, en urimelig verdensfjern kontrollvirksomhet, fullstendig løsrevet fra hverdagens faglige forutsetninger.

Som øverste ansvarlige for tilsynsvirksomheten vil jeg likevel understreke at regelverk og tilsyn skal være hjelpemiddel til å oppnå

det vi alle har som felles mål og ansvar: en bedre helsetjeneste. Det har vi større mulighet til å lykkes med når det er samsvar mellom virkelighetsoppfatningen på de ulike nivåer. Derfor er vi avhengige av hverandre: utøverne på alle utposter og vi som sitter sentralt.

Uten en fortsatt levende kontakt med de ytterste ledd, slik Utposten nå har formidlet gjennom 25 år, vil heller ikke den sentrale helseforvaltning kunne fun-

gere optimalt. Derfor sender vi herfra våre varmeste gratulasjoner og ønske om fortsatt mange livskraftige år til beste for folkehelsen på utposter og innsider.

Anne Alvik
helsedirektør
Statens helsetilsyn
Pb. 8128 dep.
0032 Oslo

Utfordringene i samfunnsmedisinen

Peter F. Hjort

I mange år har jeg følt at medisinen har delt seg i to verdener. Den ene er spesialistenes verden – sykdommenes, vitenskapens, forskningens og teknologiens verden. Her har vi opplevd ufattelige fremskritt, og stikkordet har hele tiden vært mer spesialisering. Fagene deles opp, og det kommer stadig nye tidsskrifter for mindre og mindre områder. Den gamle generelle indremedisinen er en saga blott, Medisinsk Selskap er utkonkurrert av spesialforeningene, og grensespecialistene er ledende i faget. Den andre medisinske verden er det allmenne – menneskene, samfunnet og politikken. Den er opptatt av helheten, fremtiden, målene og midlene. Den kan ikke rose seg av de store fremskrittene. Mange eldre føler nok omtrent som dette hjertesukket: «It has been a lot of progress, but unfortunately in the wrong direction».

De fleste legene lever sitt liv i spesialistenes verden, og de har sine spesialtidsskrift. I mange år var jeg en ivrig leser av disse tidsskriftene, f.eks. «Blood». Men gradvis forskjøv mine interesser seg mot den allmenne verden, og jeg opplevde et fellesskap med distriktslegene. Da Utposten kom, ble den en kilde til informasjon og refleksjon, og jeg har lest den fra første nummer. Den har betydd meget for meg, fordi den hele tiden har gitt meg kunnskaper og tanker om det allmenne i medisinen – både i allmennmedisinen, samfunnsmedisinen og helsetjenesteforskningen.

Redaktøren har bedt meg om å

se bakover ved dette jubileet, men jeg har alltid likt å leve livet forlengs. Derfor har jeg forsøkt å tenke over utfordringene i samfunnsmedisinen. De er mange og store, og de blir stadig viktigere – noen av dem er på vei til å bli desperat viktige. Min vane tro, har jeg ordnet dem i punkter, og det er blitt ti:

1. De svake gruppene i samfunnet (2/3-samfunnet). Det har lenge gått mot større forskjeller i de industrialiserte land, også i vårt land. Det er grundig dokumentert at de svake sosiale gruppene (les: klassene) har dårligere helse, større dødelighet og mer funksjonshemming. Forskjellene i helse mellom Oslo øst og vest er et alvorlig eksempel. Samfunnsmedisinen må ha oversikt og legge frem dokumentasjon, både generell og i de enkelte kommunene. Det er spesielt viktig å følge utviklingstrendene.

2. Primærhelsetjenesten er preget av økende liberalisering. Jeg tror ikke det gagnar det langsiktige ansvar for den enkelte pasient – jfr. drømmen om KOPF og fastlegeprinsippet. Heller ikke gagnar det samkjøring og samarbeid mellom legene i den enkelte kommune, og det gagnar ikke det samfunnsmedisinske arbeid. Jeg tror heller ikke det gagnar samarbeidet med sykehusene og det forebyggende og helsefremmende arbeid. Utfordringen er å finne frem til samarbeidsformer som kan ivareta alle disse hensynene, som de fleste ganske sikkert mener er viktige.

3. Eldreomsorgen. Jeg tror at legene rett og slett er på vei ut av eldreomsorgen, dels melder de seg ut selv, og dels blir de utmeldt av

kommunene og av sykepleierne. Eldreomsorgen, enten det er i hjemmesykepleien eller i sykehjemmene, er tungt og krevende arbeid, har lav prestisje og ofte dårlig økonomisk avkastning. Jeg opplever det som en katastrofe hvis legene forsvinner, for det betyr at det medisinske grunnlaget – diagnosene – blir borte. Alt blir bare plassering og omsorg. I Sverige snakker en nå åpent om «avmedikalisering av eldreomsorgen». Personlig gruer jeg meg til å bli avmedikalisert, og derfor håper jeg at samfunnsmedisinen kan kreve en medisinsk plan for eldreomsorgen i kommunene.

4. Skolehelsetjenesten er dramatisk svekket i mange kommuner. Samtidig er det et økende behov for legene i det en kan kalle «skoleteamet». Mange elever har problemer, ikke så mye med den kroppslige helsen, men med å klare seg og med å legge grunnlaget for livet sitt. Legene må engasjere seg i dette arbeidet, og de må se den nære tilknytningen til den første utfordringen. Skolene opplever at mange foreldre hverken har «foreldrekompetanse» eller tid til å engasjere seg i barnas utvikling. Det er behov for legens engasjement og rådgivning.

5. Helsestasjonene blir stadig viktigere. Helsesøster finner de svake familiene og ser både behovene og prognosene. Meget forebyggende arbeid kan starte her (og i barnehagene), og legene kan bidra til og støtte dette arbeidet. Det har en politisk dimensjon, fordi en må finne midler og metoder til støttende tiltak. Kommunelegene har en viktig rolle å spille her. Det gir

en fortvilet følelse av avmakt når en erkjenner en uheldig utvikling hos et barn og ikke kan gjøre noe med den. Kanskje kan samfunnsmedisinen bidra både med kunnskaper, tiltak og evaluering av tiltak.

6. Hjerne- og karsykdommene har gått tilbake her i landet, takket være forebyggende tiltak. Men jeg ser alvorlige bekymringer:

- Røykearbeidet går ikke godt nok. Statistikken viser at Norge ligger dårligere an enn mange andre land.
- Ernæringen har gått bra, men jeg er bekymret over matkulturen i mange familier og hos mange unge. Mange barn kommer på skolen uten frokost, og mange unge bruker for mye «fast food» og tomme kalorier.
- Fysisk inaktivitet øker, og norske menn har gått klart opp i vekt.
- Jeg tror at behandlingen av både høyt blodtrykk og høyt kolesterol i for høy grad er medikalisert. Medikamentene har god virkning, men folk burde satse mer på endring av livsstil.

Dette er viktige deler av samfunnsmedisinsk arbeid, og kommunelegene må følge utviklingen i kommunene og forsøke å få legene med på en samlet plan for dette forebyggende arbeidet.

7. Ulykkesforebyggende arbeid er viktig, fordi det er mulig å redusere ulykkene ved målbevisste lokale tiltak. Midlet er registrering av ulykkesårsaker og tiltak rettet mot påviste årsaker. Erfaring fra Sogn og Fjordane viser at et slikt arbeid kan gi resultater, men arbeidet ligger nede i mange kommuner.

8. Arbeidet mot alkohol og rus går dårlig i mange kommuner, og det er særlig grunn til å bekymre seg over ungdomsfylla.

9. Samarbeid er nøkkelen, men vanskelig å få til. Kommunelegen må få til samarbeid med mange:

- Med andre kommunale etater, først og fremst pleie og omsorg og undervisning.
- Med andre nivåer, først og fremst sykehus, politi og skoler.
- Med de frivillige organisasjonene for å få til frivillighetssentraler, støttekontakter osv.

Samtidig må en ikke glemme det kollegiale samarbeidet og koordineringen av program og tiltak.

10. Kommunepolitikken er den andre nøkkelen for samfunnsmedisinen. Det er nødvendig å lære seg «den kommunale kulturen» i kommunen, og det krever ofte lang fartstid. Kommunelegene må arbeide for at all kommunal saksbehandling får med et avsnitt om hva saken betyr for helse og trivsel. Jeg tror det er et avgjørende punkt. Endelig tror jeg at kommunelegene bør lage regelmessige rapporter, f.eks. hvert annet år, om utviklingen av helsetilstanden i kommunen. Rapporten bør baseres på et bredt helsebegrep som omfatter ungdomsproblemer, kriminalitet, eldreomsorg osv.

Det er jo lett og uforpliktende for utenforstående (som jeg) å lage slike lister, men jeg tror de kan være til hjelp. En av alderens erfaringer er at jeg har fått mindre tro på store, altomfattende «sweeping solutions» og mer tro på de mange små skritt i riktig retning. F.eks. trenger en ikke kompliserte politiske prosesser for å strø sand under huskene i barnehagene, men det reduserer barneulykkene. Jeg tror dette er veien å gå – de tusen små skritt og alle i riktig retning.

Peter F. Hjort
Bjerkåsen 32
1300 Sandvika



UTPOSTEN

- to tilbakeblikk

Harald Siem og Magne Nylenna

Gjennom 25 år har Utposten vært både aktør og rapportør i norsk allmenn- og samfunnsmedisin. Primærhelsetjenesten i Norge hadde ikke vært helt den samme uten, for å omskrive reklamen for landets største avis, og alt tyder på at det vil bli behov for bladet også i de neste 25 årene.

Det er de enige om, de to tidligere redaktørene, Harald Siem og Magne Nylenna, som møtes til mimring om de første to tiårene i Utpostens historie.

Harald Siem, som var en av Utpostens grunnleggere, har tilbragt de siste åtte årene i Genève, som medisinsk direktør for IOM, International Organization for Migration. Magne Nylenna, som var med i redaksjonen på 1980-tallet, fortsatte som redaktør av Tidsskrift for Den norske lægeforening.



To grublende gubber, Magne Nylenna (t.v.) og Harald Siem, ser tilbake på Utpostens 25-årige historie.

Harald – om starten og de første årene

Utposten ble startet vinteren 1972. Det første nummer kom i april etter at Tore Rud, Per Wium og Harald Siem, med god hjelp av ektefellene, hadde klippet og limt maskinskrevne strimler i noen tid. Forut for det hele hadde det faktisk vært en markedsundersøkelse, 4-500 leger var tilskrevet for å sondere interessen. Men hva var foranledningen, og hvorfor skjedde det akkurat da?

– Jeg er tilbøyelig til å se det i sammenheng med to fenomener som preget 1960-årene. Det første var de grensesprengende ungdomskullene som senere ble til seksti-åttene, og det andre var den massive hjemkomst av utenlandsmedisinere. Begge fenomener rørte ved det etablerte. Det som før var

umulig ble mulig. Elevene lærte det da de så at skolene bygget midlertidige paviljonger. Og utemedisinerne som alltid hadde måttet klare seg selv, hadde blant annet presset gjennom Aker-Lørenskogplanen for å utvide studiekapasiteten hjemme. Og med liten respekt for pyramidene hadde ANSA inviteret topper fra de utenlandske fakulteter som gjesteforelesere i Norge. De hadde lært å ta skjeen i sin egen hånd, og de var opptatt av medisin.

– Allmennmedisin?

– Det het almen medisin i begynnelsen av 1970-årene. Ja, de fleste var nok det. Ikke bare hadde de sommerlige Leangkoll-seminarene satt sine spor. Der hadde utenlandsstudentene lyttet til Karl Evang og Leiv Kreyberg, som på hver sin måte talte for å bygge



nasjonale helsevesener, med distriktshelsetjenesten som fundament. Utenlandsmedisinere som Arnt Jacobsen jr, Ole B. Hovind og Alf Brubakk gikk senere i spissen for primærlegeseminarer i Trondheim og Molde, og leger utdannet i Holland og Irland visste hva de snakket om da de møtte den hjemlige «Trykk og Press»-gruppen, Frithjof Christie, Reidar Mathisen, Ernst Ernø og Bent Guttorm Bentsen, som arbeidet for faget på slutten av sekstiårene.

– Hva med Maos tanker?

– De ble brukt. «Stol på egne krefter!» Men de var ingen politisk basis for Utposten. Utposten-gjengen ble nok tatt for å være svært venstrevridd,

men ingen av oss hadde lest Marx eller Mao. AKP-ml var oss helt fremmed. Mange stilte opp i kommunepolitikken for borgerlige partier. I god distriktslegetradisjon tror jeg de fleste hadde lite til overs for radikale politiske prosesser, det ble sett på som ansvarsfraskrivelse. Vi ville reform, og ikke revolusjon.

– Hva var budskapet?

– Jeg tror det kan sammenfattes i følgende korte setninger: Det er blodig urettferdig å ta inn skattepenger fra folk i Utkant-Norge uten å gjøre tjenester tilgjengelige for dem. Det er hårreisende å se på et system hvor både forventet karriereinntekt og all prestisje er samlet hos spesialistene, i sykehusvesenet. Og det er umenneskelig å la eneleger, ofte med ansvar for flere distrikt i utkanten gå til grunne, fysisk og psykisk under en ubegrenset arbeidsbyrde, hvor feilgrep og skyldfølelse nærmest er programmert.

– Så dette ble programmerklæringen?

– Ikke riktig, vi hadde det vel ikke så klart for oss da. Vi begynte med å skaffe oss plattformen. Jeg



visste at potensialet var der, ikke minst oppmuntret av kolleger på Kurs for offentlige leger i 1971. Det var stimulerende å få bekreftet at kompetansen for en stor del satt i salen. Det var ikke alltid lett å forelese der, verken for skoleøveoverlegen eller saksbehandleren for godkjennelse av legens skyssbåt. Vi skaffet plattformen. Vi erobret også Offentlige legers landsforening (OLL), og gjorde hva vi kunne for å gjøre den til en effektiv medspiller til Legeforeningen, også som deltaker i forhandlingsarbeidet. Vi arrangerte seminarer, til dels i nordisk regi, hvor familien ble med, rollespill ble fremført, og vi hadde det gøy.

Neste trinn var å formulere kravene, og til det trengte vi dokumentasjon. Vi strevde oss i vei med regresjonsanalyser for å kartlegge legenes arbeidsforhold og trivsel. Kravene ble hørt, langt på vei. Vi fikk fastlønnsleger i de mest grissgrendte strøk, hvor normaltariffen ikke kunne dekke opp for mange leger, i alle fall ikke så lenge

rovdrift på normaltariffen ble sett på med forakt. Og utviklingen av tilbud om videre- og etterutdannelse ble rene eventyret.

– Kravene ble formulert, og fundamentet holdt?

– Ikke helt. Det holdt lenge. Det var rørende forsoninger med Aplf, selv styret i Ylf lovte at veksten skulle skje i primærhelsetjenesten. Men så kom Reguleringsloven. Som lyn fra klar himmel. Vi hadde arbeidet for en lov om distriktshelsetjenesten, gjerne basert på Kringlebotten-II-prinsipper fra sekstiårene. Reguleringsloven tok bare fatt i legene, i første utkast skulle det til og med gis adgang til å plukke bort allerede etablerte stillinger. I det endelige lovforslag ble det «bare» snakk om å

regulere nyetableringer. Men også dette var for mye for Legeforeningen. Sykehuslegene, særlig de yngre som var i rotasjon på grunn av sin utdannelse, ble beskåret sin mulighet for å etablere praksis på fritiden.

– Det sprakk?

– Så det smalt. Under landsmøtet i Stavanger i 1979 ble det pipekor, og jeg måtte sitte bakerst i bussen på tur til mottakelse om kvelden. Idyllen var over, men heldigvis falt ikke Utposten med meg eller oss. Vi som startet Utposten, og gav den fra oss i 1976, hadde satt som betingelse at redaktøransvaret og alle rettigheter og eiendeler, skulle sirkulere hvert femte år. Det holder ennå, og har gjort at bladet har kunnet fornye seg.

– Var det reaksjoner fra Legeforeningen eller Tidsskriftet?

– Ole K. Harlem, Tidsskriftets redaktør den gang, var avventende positiv. Men både han og generalsekretær Odd Bjercke mente at energien og artiklene burde kanaliseres gjennom Tidsskrift for Den

norske lægeforening. Vi hadde liten tro på at vi fra utkanten kunne virke gjennom Tidsskriftet, og pekte på de mange haler som ble knyttet til spontane korrespondanseinnlegg av typen «Til ovenstående innlegg fra kollega NN er det å bemerke at spørsmålet ble tatt opp på møte i Sentralstyret for syv år siden, og man fant da at.....». Slike påheng drepte både spontanitet og skrivelyst. Men stort sett tror jeg at sekretariatet i Legeforeningen moret seg over bladet fra begynnelsen. De regnet vel med at det ville bli en døgnflue. En gang merket vi en fiendtlig vind. Det var da Per Wium hadde med seg en bunke ferske nummer med en forside som avbildet en mann med munnbind, som en protest mot økonomiutvalgets tannløse innstilling. Utredningen hadde begrenset seg til husholdningsregnskapet i privat praksis, men latt de ytre økonomiske betingelsene urørt. Det gav vi altså uttrykk for at vi ikke var fornøyd med. Ellers kan jeg huske at helsedirektør Karl Evang trykket oss til sitt bryst under møtet for de offentlige leger, som vi kaltes den gang, på Bygdøy i 1972. Han holdt bladet opp og sa det var det beste som hadde hendt distrikts-helsen på – var det ti eller hundre år han sa?

– Utposten har fornyet seg?

– Så absolutt. Etter våre fem år, som nok var en rampetid, kom en fast forankring i allmennmedisin som fag da redaksjonen var i Trondheim. Så kom en konsolidering av kommunebasert samfunnsmedisin fra Møre og Romsdal. Deretter ble det kvinnekupp, og Utposten åpnet opp for ikke-kvantitative metoder og myke verdier. Og Utposten under den nåværende redaksjon: imponerende, nesten litterær, et leseverdig samtidsspeil med sans for nyanser som går langt ut over det annen presse bringer av stoff om helse i Norge, så langt meg bekjent i alle fall.

– Du sa for noen år siden at Utposten var blitt for snill og la vekt på å være stuere?

– Til det sier jeg nå at det var kan hende vi som gjorde oss litt for krasse. Det var viktig for oss ikke å bli for salongfåhig da vi startet. Utposten har forandret seg med tiden, og det tror jeg er bra, selv om jeg fortsatt kunne ønske meg noen streifskudd etter de som, under markedskrefteenes, og konkurransens falske men forherliggende fane raserer mye av det samfunnet som møysommelig har vært bygget opp.

Magne – om situasjonen ti år senere

– Jeg møtte Utposten som student på midten 1970-tallet. De som husker meg fra den gang, vet at heller ikke jeg kan karakteriseres som rabulist og venstrevridd – ihvertfall ikke da. På det tidspunkt var jeg dessuten mer innstilt på å bli laboratorielege enn samfunnsmedisiner. Som særplassert turnuskandidat i distrikt i 1978 havnet jeg imidlertid på en ekte utpost, og en fascinasjon for både jobben og folket gjorde at de planlagte seks månedene ble til nesten like mange år. Som distriktslege på Smøla, ble Utposten plutselig en kjær publikasjon som det gikk an å identifisere seg med. Utposten beskrev jo akkurat den hverdagen jeg selv opplevde.

– Og så ble det altså din tur å bli redaktør av Utposten?

– Grunnlaget for en rotasjonsordning for redaktører var allerede lagt. Etter at pionerene hadde gjort unna sine fem år, hadde Utposten hatt like mange års tilhold i Trondheim hos Aage Bjertnæs og Martin Holte. I 1982 var tiden inne for å flytte redaksjonen tilbake til Møre og Romsdal, og jeg fikk lov til å være med sammen med Ola Lilleholt, Frode Heian, Jon Hilmar Iversen og Øystein Pedersen. Ola var den naturlige drivkraft og koordinator i redaksjonen. Med sin unike kombinasjon av kunnskap og kreativitet ledet han arbeidet med kyndig hånd.

Selv ble jeg stipendiat ved Institutt for allmennmedisin i Oslo, og på mange måter fungerte jeg som en slags hovedstadskorrespondent for Utposten.

– Hadde dere noen gang en debatt om målsetting og redaksjonell profil?

– Vårt hovedmål var å være til nytte og inspirasjon for primærlegene som hadde både en tøff og begivenhetsrik tid på 1980-tallet. Distriktslegesystemet ble avvirket, kommunehelseloven ble innført og spesialitetene i allmennmedisin og samfunnsmedisin ble opprettet. Åttiårene ble erklært som primærhelsetjenestens tiår, og mye av det vi opplevde var ganske sikkert frukter av de ideologiske investeringer som var gjort ti år i forveien, blant annet gjennom Utposten. Vår oppgave ble derfor mer å være medspillere og rapportører enn å kreve omvelting og revolusjon.

Selv om det var mye tumulter, ikke minst omkring fjerningen av den statlige distriktslegeordningen, forstår jeg først når jeg nå hører sukkene fra kommunehelsetjenesten, hvor privilegerte vi var. Det var spennende tider, og jeg har tidligere karakterisert arbeidet med Utposten som noe av det morsomste jeg har vært med på. Det skyldes selvsagt både det interne vennskap i redaksjonen og den entusiasme og optimisme som preget primærhelsetjenesten på åttitallet.

– Ved en slags skjebnens ironi gikk du fra Utposten til å bli redaktør av Tidsskrift for Den norske lægeforening. Som heldagsredaktør kan du kanskje si noe om fagtidsskriftenes betydning i sin alminnelighet?

– For min egen del ble jo tiden i Utposten avgjørende også for yrkesvalget, og at det i 1987 var mulig å melde overgang fra Utposten til Tidsskriftet, forteller mye om utviklingen i begge de to publikasjonene.

Mens Tidsskriftet i 116 år har vært en viktig informasjons- og kunnskapskilde for norske leger,



Fra ANSA-seminar på Leangkollen i 1965

Hvem er hvem? Den første som sender inn fullstendig svar til redaksjonen blir påskjønet med en liten gave.

ligger Utpostens viktigste oppgave i det å være identifikasjonsobjekt, et samlende organ og møtepunkt for kolleger med felles interesse. Det var kanskje enda mer synlig for noen år siden da den ideologiske debatt raste som hardest. Noe av det sørgelige ved utviklingen av medisinske tidsskrifter de siste tiårene er at mange av dem er blitt mer meritterings- og kvalifiseringsorganer for forfatterne enn informasjonskilder for leserne. Jeg tror det faktisk vil bli en styrke både for Tidsskriftet og Utposten i årene som kommer at de lages først og fremst for leserne og ikke for forfatterne.

Utposten har hatt en skjerpene virkning på Tidsskriftet, på linje med de mange andre medisinske blader som har sett dagens lys i Norge de siste 25 årene. Ny og billigere teknologi kombinert med økonomiske oppgangstider, har gjort det mulig å lage egne blader

for så å si alle som ønsker det. Det har gjort at en rekke spesialforeninger, avdelinger og yrkesforeninger i Legeforeningen og mange grupper utenfor har etablert egne publikasjoner. Utposten tilhører så definitivt «eliten» av disse bladene, både i kraft av sin kvalitet, sitt opplag og sine 25 år.

Utfordringen nå består i å oppdatere seg og tilpasse seg nye tider og nye behov, både for Utposten og Tidsskriftet. Når jeg ser på de fem redaksjonene som hittil har hatt ansvar for Utposten, slår det meg at de mer eller mindre tilhører akkurat samme generasjon, etterkrigskullene, og at rekrutteringen av redaktører blant de yngste kollegene ikke er imponerende. Hvor er trettiåringene? Avspeiler dette at dagens forti- og femtiåringer er de eneste som er interessert i primærmedisinsk ideologi?

– Har du noen råd å gi dine redaktørkolleger i Utposten?

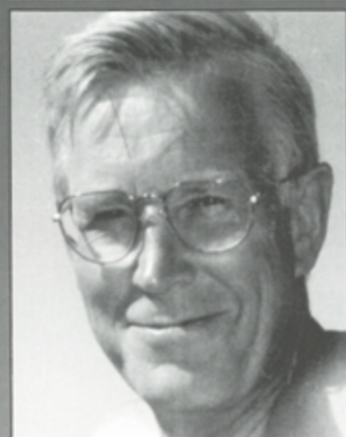
– Som «kollega» og «konkurrent» skal jeg være forsiktig med å gi råd. Styrken med redaktørrotasjonen i Utposten er at hver gruppe må finne sin egen stil og sette sine egne mål. For å overleve må ethvert blad ha en misjon, en bærende ide, og for Utposten må det fortsatt være å målbære primærhelsetjenestens tanker og behov. Det åpenbare behovet for optimisme og kampglød som eksisterer i dagens kommunehelsetjeneste forteller meg at det ihvertfall finnes et marked for inspiratorer. For å unngå stagnasjon og forfall trengs det kontinuerlig tilførsel av ideologiske såkorn, faglig gjødsel og kollegialt vedlikehold.

Harald Siem, Sveits
1, chemin le Grenier, CH-1291
Commugny, Sveits
Magne Nylenna
Tidsskrift for Den norske legeforening
Lagåsen

UTPOSTEN

– en allmennmedisinsk aperitiff!

Tekst: Jo Telje



Jo Telje, 56 år, cand med fra Oslo i 1965. 10 år i Nord-Norge, distriktslege på Nesna og Universitetslektor ved ISM Tromsø. 20 år kommunelege/helsesjef på Vinstra. Siste to år jobbet deltid med SATS-prosjektet, kvalitetsutvikling i allmennmedisin. For tiden mest opptatt av legeetikk og ... barnebarn.

Hva har Utposten betydd for den praktiserende lege gjennom disse 25 år? Ikke har den vært hverdagskosten og ikke festmåltidet. Derimot har jeg erfart bladet som en spennende appetittvekker til det allmennmedisinske smørgåsbordet, en smaksprøve på tanker og ideer, holdninger og synspunkter fra kolleger rundt det ganske land. Ikke minst skifte av redaksjonen hvert 5. år har ført til vekslende synspunkter og dynamikk, hindret forvitring og gitt oss stadig nye smaksvarianter. Bladet har vært passe lett til å fortæres nær sagt hvor som helst, men allikevel

skarpt nok krydret til å vekke interesse og refleksjon. En rekke kolleger har fått prøve ut sine skriveferdigheter som redaktør, og erfart at selv en aperitiff krever omhyggelig forarbeid, gode råstoffer og passe gjæring for at resultatet skal bli bruktbart.

Men la oss starte med begynnelsen. Ildsjelene bak prosjektet, alle distriktsleger på Mørkysten, hadde arbeidet isolert i sine kommuner og erfart dårlig kommunikasjon til fylkeslege og Helsedirektoratet. De savnet et forum for kontakt og mulighet for kanalisering av sin misnøye. I den aller første overskrift i Utposten nr. 1 står det: «Kontaktbehovet er stikkord». Høsten 1971 hadde Harald Siem et sonderingsmøte med daværende redaktør av Tidsskriftet, O.K. Harlem, og lanserte ideen om et frittstående blad for praktiserende leger. Selv var jeg med på dette første møtet, nærmest som moralsk heiajeng og støtte for Harald. Harlem skjønte fort som erfaren pressemann potensialet i en voksende gruppe primærleger med økende selvbevissthet. Naturlig nok gikk han sterkt imot et nytt blad og tilbød spalteplass i sitt eget Tidsskrift. Han fryktet nok både tap av annonser og svekket allmennmedisinsk interesse for legeföreningens eget blad.

De tre ildsjelene valgte å kjøre sitt eget løp allikevel – og takk for det! Harlems frykt viste seg senere ugrunnet, dels fordi Utposten snarere ble et supplement enn en konkurrent, og dels fordi Tidsskriftet selv utviklet seg i betydelig grad på allmennmedisinens premisser.

De første numrene av Utposten var klart preget av distriktslegenes



problemer i utkant-Norge. En perle av en historie er referatet av Per Wiiums telefonsamtale med Helsedirektoratet, publisert i andre nummer. En tragikomisk «Kafka-historie» hvor byråkratiets irrganger blir avslørt i et banalt spørsmål om aktuelle forskrifter for søppelfyllinger.

Det var høy temperatur og mye aggresjon i starten, og vi andre distriktsleger nikket gjenkjennende og humret av glede over de som våget å si ifra, enten det nå gikk ut over legeföreningen eller Helsedirektoratet.

Helt fra starten ble allmennmedisinen som fag satt i fokus,

bl.a. med bredt intervju med Chr. F. Borchgrevink i hans nye institutt ved Universitetet i Oslo. Senere har både praktiske og teoretiske aspekter ved allmennmedisinen fått stor plass. Praktisk ved en rekke kasuistikker og kunnskapsprøver (Hva ville du gjort?), og teoretisk gjennom grundige og velfunderte artikler av mer filosofisk karakter.

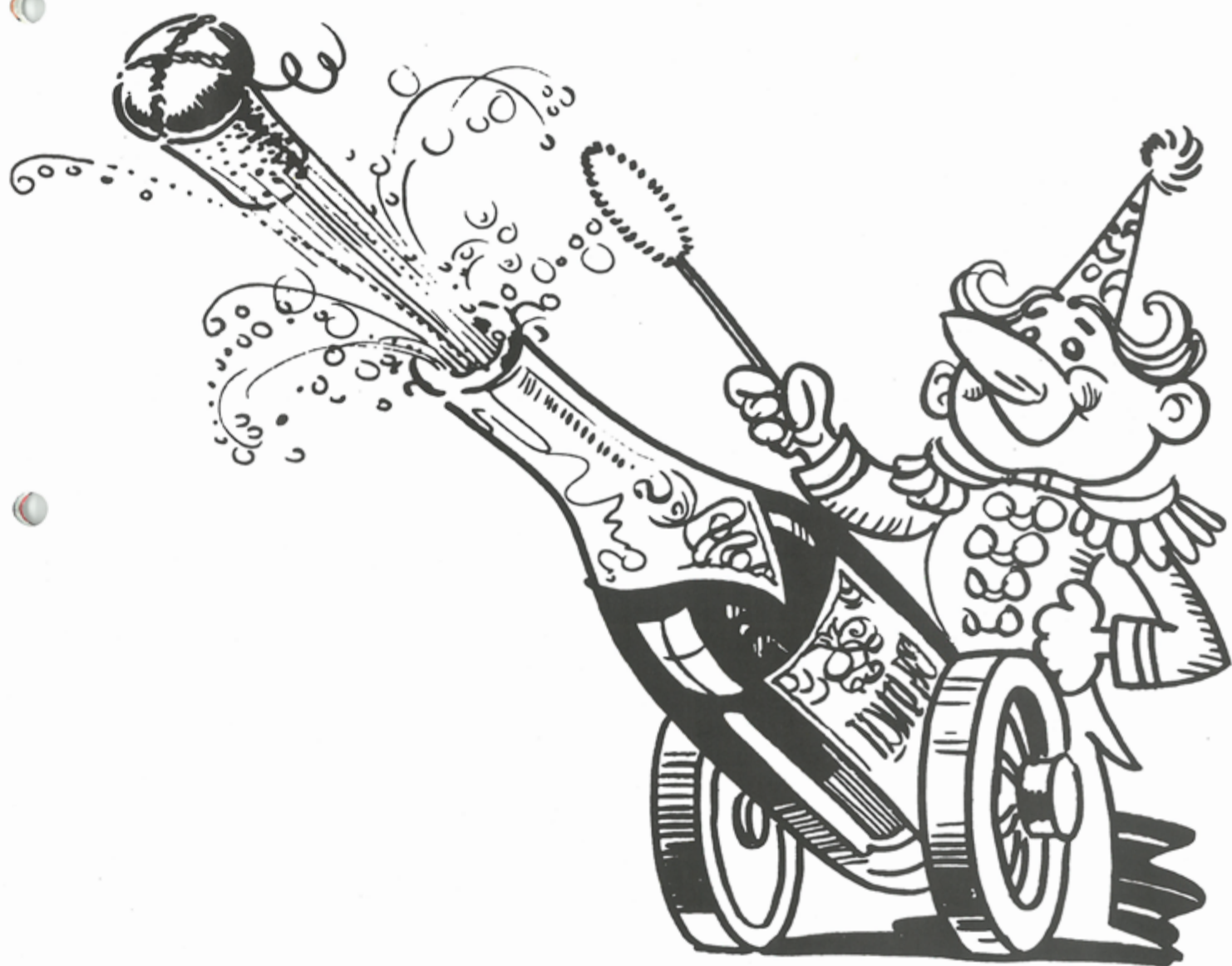
Utpostens styrke har for meg vært to vesentlige forhold: For det første bladets fullstendige frie stilling i forhold til offisiell legefore-

ningspolitikk, selv om det i perioder nesten har lignet et medlemsblad, først for OLL senere for NSAM, og for det andre variasjonsbredden i innholdet. Her er hummer og kanari i skjønn forening, skarpe innlegg og utglidende svada, frekke vitser og artige illustrasjoner, reisereferater og dataspalte, bokanmeldelser og intervjuer.

Vi vet aldri hva vi får – og det er kanskje litt av hemmeligheten ved at jeg like spent åpner hvert nytt nummer. Jeg ville i fremtiden

ønske meg et blad som nettopp holdt på sin særhet, uforutsigbarhet og variasjon. Slipp til debatt, ta kontroversielle standpunkter, og vært ikke redd for at ikke alle innlegg skal være så velformulerte og moteriktige. La oss beholde bladet som en kontaktskaper i miljøet slik Harald Siem ønsket i første nummer – det er der bladet har hatt betydning for oss praktiserende leger rundt omkring i landet.

Jo Telje
2640 Vinstra



Fastlegeforsøket – starten til en ny helsereform?

Hvorfor alle i Norge bør ha sin fastlege

Tekst: Martin Holthe og Aage Bjertnæs



Martin Holthe, 51 år, redaktør av Utposten 1977–82. Cand. med. Lübeck 1972. Spesialist og veileder i allmennmedisin. Privat allmennpraksis i Trondheim siden 1974, avbrutt av helse-sjefjobb i Lillehammer 1987/88. Fra 1994 IIS distriktsoverlege i Trondheim. En rekke verv i Legeforeningen. Amanuensis II i allmennmedisin NTNU. «Hobbygourmet» med grillet breiflabb som spesialist, forbilder Schönber Erken og Arne Brimi.



Aage Bjertnæs, 51 år, redaktør av Utposten 1977–82, cand. med. Lübeck 1972. Spesialist i allmennmedisin og arbeidsmedisin. Veileder i allmennmedisin. Privat allmennpraksis i Trondheim siden 1974. Amanuensis II i allmennmedisin NTNU. Av flere forfatterskap kan blant annet nevnes boken «Knipe-tak – praktiske legeråd for store og små plager». Av et lite selektivt utvalg av de mange ulike foreninger han er medlem i, kan nevnes medlemskap i Trondheims Kunstforening.

I 1982 presenterte vi listepasientsystemet i Utposten. Det er gjennomført et forsøk – fastlegeforsøket – de siste 3 år. Vi er nå inne i en avgjørende fase nå – evalueringsfasen, og våren 1997 forventes det en stortingsmelding om fastlegeordningen. Denne meldingen vil sannsynligvis inneholde mye mer – en ny helsereform. Undertegnede tidligere redaktører i Utposten har deltatt både i forsøket og i diskusjoner omkring ordningen. Vi vil med den følgende artikkelen presentere våre vurderinger også i lys av våre synspunkter presentert i Utposten i vår redaksjonstid. Vi vil også rette blikket mot vårt fremtidige hel-sevesen. Hvilke utviklingstrekk mener vi å kunne se?

På 80-tallet var vi opptatt av kvalitetskrav til allmennpraksis, økte overføringer til primærhelsetjenesten, kommunehelseloven, spesialiteten i allmennmedisin og fastlegesystem i allmennpraksis. I 84 fikk vi kommunehelseloven, i 85 spesialiteten i allmennmedisin og endelig i 93 startet fastlegeforsøket.

Hvor går veien videre for en helsetjeneste hvor primærhelsetjenesten er blitt økende selvbevisst, faglig sterk og en stadig viktigere aktør både for pasientene og for andre deler av helsetjenesten?

Vi argumenterer for å innføre fastlegeordningen, som et faglig fundament og et nyttig redskap for allmennmedisinsk og samfunnsmedisinsk virksomhet og for videre utvikling av helsetjenesten. Debatten rundt forsøket har vært preget av motstand og skepsis fra ledelsen i vårt eget fagmiljø og fra Lægeforeningens Sentralstyre. Vi håper at dette endrer seg og at kreftene fremover blir forenet til en konstruktiv utvikling av et fleksibelt og nyttig verktøy tilpasset alle nivåer i norsk primærhelsetjeneste, både sentralt og i distriktene.

Bakgrunn

I årene etter krigen opplevde vi legemangel på alle nivåer. Størst var mangelen utvilsomt i primærhelsetjenesten, med en ytterst svak rekruttering til yrket. I sekstiårene var det nesten ingen som ville bli i distriktshelsetjenesten eller slå seg ned i praksis. Fra turnus rømte man rett inn i sykehusene. I midten av syttiårene så man klare sig-

naler til endring, stadig flere unge leger satset på arbeid i primærhelsetjenesten som langsomt endret organisering fra solopraksis uten hjelpepersonale til vel bemannede flerlegesentra. Til da var finansieringen av legekantorene basert på egenandel og refusjon fra det lokale trygdekantor. I sytti årene fikk vi fastlønnsstillinger, ikke minst i Oslo. Troen på dette som saliggjørende for øket rekruttering og kontinuitet var sterk i enkelte leire, og stadig flere slike stillinger ble opprettet i løpet av åttiårene. Diskusjonen bølget, stykkpris-normaltariff kontra fastlønn, hva var best og for hvem? I en leder i Utposten januar 1980 kom Aage Bjertnæs (1) som en av redaktørene med følgende påstand: «Fastlønn eller stykkpris gjør ikke fremtidens primærleger bedre skikket til å ta vare på pasientene i dette land. Et lukket listesystem som det engelske eller danske ville kunne skape et oversiktlig fruktbart system for pasienter og legene. 3/4 av våre pasienter bor i større byer og tettsteder, resten blir behandlet av distriktsleger som allerede i distriktenes begrensning fungerer som listeleger». Utsagnet falt mange libertinere tungt for brystet, og da han noe senere i en leder støttet etableringsloven, kom det utrolig nok krav om at han burde trekke seg fra tillitsverv i Den norske lægeforening, ja sågar ble han forsøkt «avsatt» i et lokalt årsmøte i legeforeningen, noe han selvsagt som lovlig valgt representant ikke gikk med på. Det var den gang, hvor den fagpolitiske debatt var preget av adskillig mere spenning og aksjon enn nå for tiden. Likevel, verden går fremover. I dag, vel 16 år senere, har vi gjennomført prosjektet med listeleger – fastlegeordningen, blant annet i Trondheim i tre år. Det er tid til å reflektere over utsagnet fra 1980, var det gjennomtenkt og er det fortsatt holdbart?

Fanene fra sytti og åttiårene

På et viktig allmennpraktiker-møte i Trondheim i 1976 lanserte prof. Peter Hjort fra Universitetet i Tromsø slagordet: *Nærhet, trygghet og kontinuitet*. Dette hadde han hentet fra befolkningen og brukernes ønskeliste og krav til distrikthelsetjenesten, og

tid har den ideelle målsetning for øyet, – nemlig at tjenesten må være *kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende*. KOPF har senere fulgt oss som fundamentet i diskusjonen rundt allmennmedisins fagutvikling.

KOPF blir levende og fungerer

I løpet av de vel tre årene fastlegeprosjektet har fungert i Trondheim ser vi at den gjensidige forpliktelse i fastlegeforsøket bringer pasienten og legen i et mye nærmere forhold enn tidligere.

Helsetjenesten blir *kontinuerlig*, det er den samme legen som behandler pasientens blodtrykk år etter år, som tar seg av hans diabetes og som følger utviklingen av hofteleddsartrosen. I løpet av prosjektet har man opplevd at bare 3 av 90 leger i systemet har sluttet i jobben og at man har fått en annen lege inn i praksisen. Og dette er bra i en landsdel hvor store deler av kommunchelsetjenesten har vært preget av *diskontinuitet* i form av vakanser og tallrike korttidsvikarer. I enkelte kommuner har man hatt opptil 30 legevikarer i en kommunelegestilling årlig!

Legetjenesten blir *omfattende*. Praksisprofiler viser at man har en felles basis, hvor det ikke er store ulikheter, legene har barn, kvinner og menn i alle aldre på listene sine. Selvsagt er det innbyrdes forskjeller i listestørrelse og sammensetning, alt avhengig av legedekningen i området og hvor praksisen ligger, i drabantby eller mere gamle og etablerte bydeler. Forsøket tyder på at flertallet velger legen i nærheten av der man bor.

Legetjenesten blir *personlig*. Har man valgt lege, blir man der. Det er et meget lite antall pasienter som skifter lege. Fordelen ved å kjenne pasienten gir deg mange fordeler og gleder i arbeidet.

Tjenesten *forplikter*. I løpet av 22 år i praksis i Trondheim har vi sett en klar dreining fra arbeid i



Er fastlegeordningen løsningen?

var den gang sørgelig langt fra realitetene, særlig i Nord-Norge hvor befolkningen mange steder led under daglig legemangel. I 1977 fikk vi Sosialdepartementets utredning: *Om offentlig tilrettelagt allmennpraksis*, (2) ført i pennen av daværende distriktslege og UTPOSTENs grunnlegger Harald Siem. Han advarte mot den eksplosive kostnadsveksten som måtte komme: «Takstsystemet tillater ukontrollerbare, og nesten monstrøse inntekter for den legen som vil legge opp sin praksis med tanke på å få størst mulige inntekter over normaltariffen.» I 1978 fikk vi «tenkekomiteen» innen APLF og OLLs innstilling, Koksvik utvalget (3): *Tanker om morgendagens primærhelsetjeneste!* Den konkluderte med at: «Det er tvingende nødvendig når man velger oppgjørsordning at man all-



solopraksis til etablering av fler-legesentra. De få solopraktikerne som finnes, har gått inn i gjensidige samarbeidsavtaler med kolleger som sikrer avvikling av ferier, fravær ved kurs og sykdom. På denne måten er pasientene sikret hjelp til alle tider i året. Uforpliktende allmennmedisin hvor legen stenger praksisen sin og ber pasientene ta kontakt med legevakten i ukevis under sommerferien tilhører fortiden på våre kanter. Frie markeds mekanismer ville sannsynligvis føre til flukt fra legens liste om slike løsninger ble praktisert. Morgendagens pasienter godtar ikke lapp på døren med «Ferie, stengt i 6 uker».

Praksisorganisering i fokus

Fastlegeordningen har i løpet av prosjektperioden ført til omfattende endringer i praksis for de fleste. Kravet om bedre tilgjengelighet har ført til at organiseringen av telefon og sentralbord de fleste steder har vært gjenstand for omfattende endringer. Flere inngående linjer og bedre bemanning på telefonen er innført de fleste steder. Skjerpet bruk av automatisk telefonsvarer gir brukerne større

trygghet om de trenger hjelp. Målinger tyder på at telefontilgjengeligheten har blitt vesentlig bedre. En del leger som har hatt for store lister har fått disse nedjustert, blant annet fordi tilgjengeligheten var for dårlig. Mange pasienter vil enkelt ikke finne seg i å vente i ukevis gjentatte ganger for noe som kunne la seg løse et annet sted i løpet av noen dager. Kravet om tilgjengelighet er ufravikelig, de frie markeds kreftene virker også her selvrensende, slik at legene står på for pasientene sine. Legene har også innsett at det er praktisk å ha en legevaktfunksjon i praksisen hvor en eller flere leger daglig har ansvaret for øyeblikkelig hjelp eller kan ta spontane konsultasjoner bestemt av pasienten selv. Dette har ført til at vi siden prosjektet startet klart ser at antall konsultasjoner på den stasjonære legevakten og sykebesøk under vakt har blitt betydelig redusert. Årsaken er enkel, legene tar seg av sine pasienter selv på kontoret på dagtid, og gledelig – mange kjører besøkene sine selv til sine pasienter. For å få til en god organisering av praksis trengs gode medarbeidere og en løpende diskusjon mellom medarbeiderne og legene.

Dette arbeidet er aktivert ved veiledningsgrupper for medarbeidere og interne etterutdanningsmøter ved de fleste legesenterene i kommunen.

Lettere samarbeid og mer enhetlig allmennhelsetjeneste

For pasientene som trenger bistand fra andre faggrupper, gjør fastlegeordningen det lettere å finne frem til den som har det medisinske faglige ansvaret raskt. Dette gjelder særlig utsatte grupper som: de kronisk svært syke, de handikappede og de eldste. Ordningen forhindrer ansvarsfraskrivelse, og forebygger situasjoner hvor pasienten lett blir kasteball mellom profesjonene. Hjemmesykepleien vet til enhver tid hvilken lege de skal kontakte om et nødvendig tilsyn for en bestemt pasient. Fastlegen kjenner pasienten og har gode pasientdata med alle fordeler dette innebærer for et rasjonelt og tidsbesparende sykebesøk. Faren for en unødigg innleggelse reduseres samtidig som at sjansen for en nødvendig innleggelse i sykehus øker når kunnskapene om pasienten er på plass. Vi opplever at sosialkontor, helsestasjon og hjelpetjenesten lettere finner frem i systemet og at det blir riktig person, fastlegen, som blir kontaktet. Det samme gjelder våre kolleger i sykehusene, ved innleggelser vet de hvor de skal ringe for å få supplerende opplysninger. Dette gjøres mer og mer og åpner for tidsbesparende samhandling i helsetjenesten. Her ligger store utfordringer og gevinstmuligheter som vil virke tids-, ressurs- og kostnadsbesparende.

I England skjer det en nedbygging av store hospitaler og større overføringer av helsetjenesten til kommunenivå. Sykehusene utvikles til kompetanse- og ressursentre med avdelinger for spesialbehandling med kort liggetid. Dette kan vi forvente også i Norge. Behovet for samhandling vil med en slik utvikling forsterkes.

Rammefinansiering og økende kostnader – ressursbesparelse

Det økonomiske fundament i helsetjenesten er bundet opp i rammefinansiering beregnet ut fra befolkningens behov for helsetjeneste. Hvor store rammene skal være er en politisk beslutning.

Rammefinansiering er et teoretisk økonomisk styringsverktøy som ikke harmonerer med dagens praktiske helsevesen. Det kreves at helsevesenet skal klare seg med en begrenset pengesum, men det blir ikke lagt noen føringer på primærhelsetjenestens virksomhet som gjennom sitt pasientrettede arbeid genererer store deler av helseutgiftene.

Sykehusene på sin side blir presset inn i strenge budsjettammer, men de kan ikke nekte å ta i mot pasienter som primærlegene mener trenger sykehusbehandling. Sykehusenes driftskostnader styres av befolkningens behov for helsetjeneste. En statisk rammefinansieringsmodell vil aldri klare å fange opp befolkningens behov for helsetjeneste som stadig er i forandring.

Ut over det rent pasientrettede arbeid er det flere faktorer som påvirker kostnadsutviklingen. Pasientforeningene presenterer stadig større krav. Dagens pasienter er mere bevisste og krever større del i beslutningsprosessen om hva som bør gjøres av videre helsemessige tiltak. Vi lever også med et betydelig dilemma mellom dyre moderne tekniske muligheter til undersøkelse/behandling og begrensede ressurser.

En annen kjensgjerning er at det i dagens helsevesen blir utført mange unødige undersøkelser og dobbeltarbeide på et utall av pasienter. Dette skyldes manglende samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten og frykten for, som lege å havne på første side i vår tabloidpresse.

Et fastlegessystem vil legge grunnlaget for bedre samhandling mellom alle nivåene i helsetjenesten. Adressen til legen med primæransvaret vil alltid være kjent.

«Døråpnerfunksjonen» til helsetjenesten vil hovedsakelig skje gjennom fastlegen som kjenner arkitekturen i helsetjenesten. Forbruket av helsetjeneste vil gjennom en slik regulering kunne styres bedre og derigjennom virke kostnadsbesparende i dagens rammefinansieringssystem.

Etableringsregulering

Fastlegessystem innført i hele Norge vil gi gevinst også i forhold til legemangel i perifere distrikter. Systemet vil kunne fungere som en form for etableringsregulering. Det vil bli betydelig vanskeligere for leger i sentrale strøk å opparbeide seg en privat allmennpraksis ved siden av fastlegene. I sentrale strøk med stor legedekning vil vi kunne oppleve at legene blir sittende med færre pasienter på listene enn ønskelig. Resultatet av en slik utvikling kan føre til bedre dekning av offentlige legestillinger på helsestasjonen, skolen eller sykehjemmet eller sågar til en avskalling av «overtallige» leger til distriktene eller andre deler av helsevesenet.

Befolkningsgrunnlaget i våre perifere distrikter er betydelig lavere pr. lege enn i sentrale strøk. I fastlegessystemet er dette en økonomisk utfordring for våre politikere. De må være villige til å definere størrelsen på et listeårsverk ut fra befolkningsgrunnlaget. Dette for å unngå økonomisk ulikhet blant legene. Ingen er tjent med en økonomisk konflikt by-land.

Styrket kvalitet, ressursbesparing og økt fagutvikling

I løpet av de siste 25 år har faget allmennmedisin gjennomgått store forandringer. Vi har fått spesialisiteten allmennmedisin, faget har fått akademisk status og undervises nå ved siden av indremedisin og kirurgi som et hovedfag med eksamen. Vi har fått bygd opp sterke fagmiljøer med professorer i allmennmedisin og akademiske lære-

re ved alle våre fire fakulteter. For at faget skal utvikle seg videre er det viktig at det gis gode utviklingsmuligheter. I fastlegeordningen vil legen kunne samle verdifulle data i en stabil populasjon, hvor nevneren i brøken alltid er kjent. Dette i motsetning til dagens system hvor vi kun har mulighet til å få et fortløpig forhold til telleren, noe som resulterer i misvisning og forureining av fakta. I Norge regner man med at 3/4 av befolkningen bor i byer og tettbygde strøk. I den gamle ordningen med et fritt legevalg, er det ikke sjelden at den typiske storby-pasient kan ha både 4 og 5 journaler ved forskjellige legesentre. I 1985 fikk vi EDB på vårt seks-legekontor. Vi hadde da holdt på i 11 år og hadde et svulmende obstruktivt arkiv som rommet 33 000 journaler og opptok utrolig mye plass. Etter at vi fikk fastlegeordningen er dette redusert til 11 000. Uttrykket «1/3 dels doktor», gjenspeiler dette forholdet – at vi ofte deler pasienten med minst to kolleger til. I storbyene hvor hver pasient har flere primærleger, etterlater dette store papirmengder som krever mye arbeid for bearbeidelse, arkivering og gjenfinning, selv i en tid med datautstyr. Det gamle systemet er uoversiktlig og fører lettere til unødige kostnader. Er ikke disse prøvene tatt før, mon tro? Ble det gjort røntgenundersøkelse av tykk-tarmen for et halvt år siden, men da rekvirert av legen i nabolegesenteret, eller av legen på legevakten? Fastlegeordningen reduserer dobbeltarbeid og sparer ressurser, ved at opplysningene innhentes av og kommer tilbake til en og samme person: – fastlegen. Dette øker kvalitetssikringen i pasientarbeidet og forebygger feil. I en tid hvor man er opptatt av rasjonell og hensiktsmessig reseptforskrivning vil en ordning med fast lege sette bom for doktor-shopping og lettere styre og begrense bruken av f.eks benzodiazepiner. Misbrukere blir forttere identifisert og kan tilbys raskere hjelp. Jo flere kokker jo

mere søl! I fagutvikling og forskning må man også ta hensyn til dette, når man skal tilnærme seg spørsmålstillinger fra praksis, pasientgrupper eller sykdommer. Man støter uvilkaarlig på problemet, er dette representativt, er dette egentlig min pasient eller hører han hjemme i naboens praksis?

Brukervennlig og pasientene liker systemet!

Så langt ser det ut som om brukerne er meget godt fornøyd med ordningen. I foreløpige evalueringsrapporter går det frem at pasientene i overveiende grad er meget bra fornøyd med ordningen. Kun en liten del av pasientmassen bytter lege, de fleste gjør det ved flytting, få for at de er misfornøyd med legen. Dette er erfaringer man har også fra andre land som England, Holland og Danmark. Begrepet «legen min» eller «fastlegen min» har for de fleste pasienter fått en annen verdi i løpet av prosjektiden. Til alt overmål, også legene i kommunen har fått sin egen fastlege, det samme har også legefamiliens medlemmer. Med dette skulle alle skomakerens barn, inklusive skomakeren selv være sikret bedre service og behandling!

Den nye helsereformen – hva vil den inneholde?

Ved siden av fastlegesystemet må vi kunne forvente et nytt finansieringssystem for sykehusdrift. Endringer i driftsansvar og eierskap får vi håpe flyttes over på staten. Dette vil også kunne gi besparinger på det administrative plan i sykehusledelsen.

Vil det skje noe i primærhelsetjenesten i forholdet til helsebudsjettering? Vil vi kunne forvente forsøksordninger med «Fundholding-praksiser» som innebærer budsjettering basalt i helsevesenet – på det plan hvor store deler av helseutgiftene genereres? Det vil innebære at allmennpraktikeren får «ubehaget» med å fordele tilgjengelige ressurser til sine pasien-

ter. Allmennpraktikeren vil da måtte «kjøpe» laboratorietjenester, undersøkelser og behandlinger for sine pasienter og vil bli nødt til å prioritere mellom pasientene.

Forutsetningen for et slikt system er god kvalitetssikring av praksisen og utarbeidelse av faglig aksepterte prosedyrer som gjør det mulig å drive god allmennpraksis uten å være redd for rettsapparatet og pasientforeninger.

Videre trenger vi Lønning II utvalgets innstilling om hvilke pasientgrupper som skal prioriteres. Denne innstillingen må kunne fungere som et verktøy for våre politikere som på sin side kan medvirke til at helsearbeidere blir i stand til å prioritere ut i fra faglig definerte kriterier.

Innføringen av et elektronisk journalkort på størrelse med et kredittkort vil på sikt kunne føre til en ytterligere forbedring på mange plan av helsetjenesten. Vi vil kunne få bedre oversikt over helsetilstand, behandling og medisiner. Journalen er alltid tilgjengelig. Pasienten bærer den på seg hele tiden. Vi vil få et nytt verktøy for bedre samhandling mellom alle nivåer i helsetjenesten.

Veien videre, eller: «Hva var det vi sa?»

Det kan være vanskelig å spå om fremtiden. Morgendagens medisin vil snu opp ned på mangt som er etablert kunnskap og god medisin i dag. Nøkkelen til videre utvikling av helsetjenesten i velstands-Norge vil blant annet være avhengig av ressursbruk. Fundamentet i helsetjenesten er en godt fungerende primærhelsetjeneste, med for pasienten den personlig engasjerte legen som døråpner videre i systemet. WHO har i samarbeid med den internasjonale allmennpraktiker organisasjonen uttrykt 14 mål for allmennmedisinen rolle i et fremtidig helsevesen. Et av målene lyder som følgende: «Every person should know their family doctor and be known per-

sonal by him/her.» Dette krever et gjensidig, forpliktende og oversiktlig system hvor man ved stimulering og styring får brukt ressursene på riktig måte og fører pasient og lege sammen når behovet for legehjelp melder seg. Derfor er vi etter årelange studier og funderinger av andre lands systemer og vel tre års praktisk utprøving av fast legeordningen kommet til at utsagnet fra 1980 fortsatt står fjellstøtt ved lag. Vi er overbevist om at pasientene, legen og samfunnet uten tvil vil være best tjent med at fastlegeordningen fortsetter. Med innføringen av ordningen på landsbasis kan vi igjen kunne hente frem alle de nedstøvede fanene våre fra kampsakene i sytti og åttiårene, holde dem høyt og se frem til videre utvikling av faget, i trygg forvisning om at våre pasienter har fått en ordning de er tjent med og vil bli fornøyd med i all fremtid. For å få dette til er det viktig at våre tillitsmenn og kvinner i APLE, OLL og Dnlf går inn i en positiv dialog med våre helsemyndigheter når evalueringen av prosjektet er ferdig, slik at ordningen kan tilpasses på landsbasis. Her kreves faglig innsikt, fremsynthet og evne til nytenkning. Vi befinner oss i en skjebnetime. Om man lar snevre særinteresser og laugs-tanker være bestemmende for fremtiden og ordningen opphører vil det sette norsk allmennmedisin betydelig tilbake, og føre til at pasientene og legene blir tapere.

Martin Holte
Aage Bjertnæs
Risvolla legesenter
Pb. 3616
2002 Trondheim

Litteratur:

1. Aage Bjertnæs UTPOSTEN nr.1 1980.
2. Harald Siem. Om offentlig tilrettelagt almenpraksis. Utredning for sosialdepartementet, Oslo 1977.
3. Tore Koksvik. Tanker om morgendagens primærhelsetjeneste. «Den lille grønne», Dnlf 1978.

Hva kommer det av at 117 leger samles på eget initiativ for å diskutere våre produkter?



For om lag 15 år siden ble vi inspirert til å løse spesielle informasjonsoppgaver i helsesektoren. I dag inspireres leger selv, og samles for å vurdere og prege våre informasjonsløsninger.

Vårt viktigste korrektiv er god kontakt med deg

"Infobruk" er en selvdrevet kundeorganisasjonen som samles i brukergrupper som blant annet kravspesifiserer sine behov overfor Infodoc.

Samlinger med godt over hundre deltakende leger utgjør i dag en av våre viktigste arenaer for tilbakemelding. Brukergruppene diskuterer bruk av edb, men inviterer også topp foredragsholdere på medisinske tema

Hvorfor vi skylder mange leger en stor takk

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

For at vi skulle få et innblikk i en kompleks profesjon, måtte vi selv veiledes, - før vi kunne bidra til et klima der forståelse og samarbeid er toneangivende. Mange av dine kolleger fortalte oss hva de ønsket, og hvordan de eksisterende hjelpemidlene ikke tilfredstilte mange legers behov.

Enkelte synes rett og slett at edb var vanskelig å få tak på, mens andre edb-fortrolige mente at hjelpemidlene var for begrensede.

Produktbredde som hjelper deg med mer enn tradisjonelle arbeidsoppgaver

Infodoc markedsfører verktøy som tilfredsstiller helsetjenestens behov for dokumentasjon og journalføring. Vi tilpasser våre produkter for det aktuelle behovet og fornyer programvare ved endringer i hel-

sesesenet, som for eksempel når det kommer nye oppgjør rutiner fra Trygdekontoret. Et aktivt samspill med Microsoft er også en garanti for kvalitet og fleksibilitet i våre leveranser.

Brukerstøttetjeneste hele døgnet

Vårt mål er at Infodocs produkter skal være lett tilgjengelige og fleksible hjelpemidler som er enkle i bruk. Derfor ønsker vi fortsatt dialog.

Denne erkennelsen har gjort Infodoc til ledende i Norge, og blant selskapets kunder er sykehus og helseinstitusjoner, spesialister, allmennpraktiserende leger, legekontorer, kommune- og bedriftsleger.

Vår brukerstøttetjeneste gir deg blant annet 24 timers service i tillegg til kontinuerlig oppfølging og vedlikeholdsavtaler.

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

infodoc

EDB FOR HELSESEKTOREN

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

Navn _____
Tittel _____
Arbeidssted _____
Telefon _____
Adresse _____

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



Teksten er klippet sammen
av Marit Hafting

I perioden 1988-92 besto Utpostens redaksjon av Gunn Aadland, Eli Berg, Mette Brekke, Åsa Rytter Evensen, Marit Hafting, Kirsti Malterud, Berit Olsen og Janecke Thesen. At samtlige redaksjonsmedlemmer var kvinner, ble behørig lagt merke til og kommentert i det primærmedisinske miljøet. (Pussig nok hadde det ikke vært tilsvarende kommentarer knyttet til det faktum at samtlige tidligere redaksjonsmedlemmer hadde vært menn.) Mange var bekymret for at norsk primærmedisins talerør i denne perioden skulle bli en kryssning mellom et ukeblad og et feministisk kampskrift.

Ved slutten av redaksjonsperioden fant vi ut at tiden var inne til å vise fram produktet for den faglige verdenspressen. Vi reiste til WONCA-kongressen i Vancouver i mai 1992, og på Editor's meeting presenterte vi et kollektivt innlegg. Vi anser dette som et viktig fortidsminnesmerke, og i anledning Utpostens jubileumsnummer, har vi hentet fram brokker fra forberedelsene og selve innlegget.

How one group plans a journal

– eller da Utpostens redaksjon var på representasjonsreise til utlandet

Janeckes pep-talk til telefonmøte før avreise

« Vi har fått tildelt 30 minutter; 15 minutters innlegg og 15 minutter for diskusjon. Innlegget regisseres som et telefonmøte etter en kort introduksjon. Vi bør være enige om en del felles betegnelser på engelsk. Vi forklarer ikke Utposten, men sparer det til om de spør. Den engelske betegnelsen er nok The Outpost. Undertittelen oversettes til «The Norwegian journal of primary health care».

Vi sier litt om hvem vi er: «The editorial team together have:

- 2 professor titles
- 4 more-than – fulltime jobs (and 2 fulltime jobs) as primary physicians, university employees, community physicians, municipal medical officers etc.
- 96 years of medical practice
- 13 children
- 2 doctor degrees
- 7 medical specialties
- only 24 hours around the clock.

Utposten started out in 1974 as a typical kitchen floor cut-and-glue-enterprise. The work is still unpaid volunteer work, a sort of relay race without competitors in the Norwegian community of primary physicians.

We think that Utposten – although not a scientific journal – has a very important function in the Norwegian community of pri-

mary physicians (and lately even in the group of anillary staff and other health care providers). We will try to highlight some key elements for you:

Noen stikkord jeg kommer på er:

- midwifery for first-time authors (essay-konkurranse)
- ideological glue of Norwegian primary health care
- network across the country to elicit the best of what is going on
- work guided by what we enjoy doing, not only by duty
- professional debate
- great span in themes, not either-or, but both-and

Vi snakkes på telefonmøte 5. mai 1992, kl. 21.»

Kirstis innlegg om bladets profil:

«Utposten er ikke et vitenskapelig tidsskrift. Likevel brukes bladet til utvikling og formidling av ny medisinsk kunnskap som er avledet fra klinisk erfaring og refleksjon. Flere av oss i redaksjonen kombinerer forskning og klinikk. Vi har vært opptatt av å trekke fram hverdagsmedisinske temaer som kan stimulere fantasi og kunnskapsutvikling ved hjelp av assosiasjoner og tvetydigheter. Målet er å stimulere medisinsk kreativitet og fagutvikling. Hvert nummer av Utposten har hatt et tema, dels bygget opp omkring



artikler vi har bestilt fra kolleger med spesielle interessefelt, dels ut fra artikler som er kommet inn av seg selv. Vi har lagt vekt på aktiv bruk av skjønnlitteratur, lyrikk og illustrasjoner sammen med det «saklige» stoffet. En viktig målsetting er å kombinere somatiske og psykososiale perspektiver, gjerne i uvante kombinasjoner, for å fremme utvikling av klinisk kunnskap i faget vårt.»

Mettes innlegg om arbeidsstilen:

«Å være medlem av utpostenredaksjonen er og har alltid vært ansett som et ærefullt verv, hvilket betyr at det er ubetalt og blir gjort på fritiden. I likhet med sine forgjengere er også kvinneveredaktørene særdeles yrkesaktive, har legevakter og forskningsprosjekter, et ikke ubetydelig antall barn, hunder og undulater, dertil flere andre ærefulle verv og høyt verdsette fritidsinteresser. Likevel har vervet som Utpostenredaktør vært hegnet om og dyrket som en kjær hobby i mange sene nattetimer.

Sammenliknet med tidligere redaksjoner har kvinneveredaksjonens medlemmer vært spredt bosatt. Den viktigste samarbeidsformen har derfor blitt regelmessige telefonmøter, noe som har vist seg effektivt. Riktignok har det hendt at enkeltmedlemmer har glemt møtet og f.eks. befunnet seg på Theaterkafeen, men vi har visst

å oppspore dem! Og en gang ble møtet uroet av en underlig klukkende lyd på linjen. Det viste seg å skyldes at en av redaktørene, etter en lang dag, hadde tatt telefonen (og en flaske pils) med seg i badekaret.

Da vi startet opp, sa en av redaktørene at hun her så for seg muligheten til en god samarbeids-erfaring. Det gjorde flere av oss andre bleke: hvordan skulle så mange ulike kvinner, stae og med egne oppfatninger om hvordan ting skulle gjøres, klare å produsere noe slikt? I tillegg til Utposten, dessuten. Uansett: erfaringen er blitt positiv. Hovedsatsningen har vært å skape et så godt produkt som mulig. Og gjennom arbeidet med dette har vi brynt oss på hverandre og fått økende respekt for hverandre.»

Og tilslutt Elis vurdering i ettertid:

«I Norge har vi Camilla Collett, Grethe Waitz og fotballjentene. Videre har vi en ungdomsgenerasjon som har vokst opp med likestilling til frokost, middag og kvelds, litt forskjellig i ulike miljøer. Men de færreste har forblitt upåvirket av kvinnefrigjøringskampen i foreldregenerasjonen.

I et slikt terreng har ikke alltid medisinen kart føltes å stemme helt med terrenget. Den såkalte jenteredaksjonen i Utposten forsøkte gjennom vinklingen de gav

mange problemstillinger å gi en forståelse av at kartet på en del områder må tegnes om. Mange viktige temaer ble streift, og reaksjonene lot ikke vente på seg. Bladene skapte debatt. Utposten ble referert.

Utposten lå i forkant i diskusjonen om behov for endret filosofisk fundament for utøvelsen av legeyrket og for endret forståelse av syk og frisk. Flere artikler pekte på at radikal nytenking må komme, – ikke fra autoritetene i den spesialiserte medisinen, men nettopp fra de legene som arbeider nærmest folks daglige liv.»

Marit Hafting
Nyresbaret 19, 5700 Voss



Utpostens

betydning for allmennmedisinsk forskning

Utpostens redaksjon har bedt meg skrive noen linjer om bladets betydning for forskning i allmennmedisin. Det vil jeg mer enn gjerne. Utposten har en fan i meg. Jeg har lest hvert eneste nummer i disse 25 år, om ikke akkurat hvert eneste ord. De forskjellige sett redaktører har alle, hver på sin måte, imponert meg, kanskje aller mest pionerene som hadde visjoner, trodde og håpet, satset og vant.

Utpostens største betydning ligger nok ved siden av praktisk nyttig informasjon i å sveise allmennpraktikere sammen, øke deres yrkesstolthet, vise andre hvem de er, hva de interesserer seg for og hva de står for. Men i tillegg tror jeg, at man ikke skal se bort fra bladets betydning for forskning, både kvantitativt og kvalitativt.

Forskning er ikke lett, og som alt annet må det læres. Derfor arrangeres det årlig en serie kurs om forskning. Men disse dreier seg stort sett om metodologi og statistikk og ikke minst hvordan en forsøksprotokoll til et klinisk kontrollert forsøk skal se ut. I senere år har forskningsetikk fått en større og større plass i disse kursene. Alt vel og bra. Men når jeg tenker meg om og studerer kursoppleggene savner jeg kurs i selve det å skrive, det å formidle forskningsresultatene. Etter å ha vært veileder for forskningsstipendiater i en årrekke – og med erfaring fra åtte år som sjefsredaktør i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* – slår



det meg hvor vanskelig mange har for å uttrykke seg kort, logisk og presist. Selvsagt kan man lære på et kurs hvorledes en artikkel skal bygges opp: Introduksjon, materiale og metode, resultater og diskusjon. Men selve skrivingen, det å forme setningene, kan bare læres ved å skrive, og skrive om, og skrive om ennå en gang. Dette er sannelig ikke den minst vanskelige del av forskningen. Det er her Utposten kommer inn. Listen for å få inn et innlegg i Utposten ligger selvsagt, og heldigvis, langt lavere enn i BMJ og vårt eget legetidsskrift. Men det ligger ikke så lavt at forfatterne ikke trenger å arbeide med artikkelen både en og flere ganger. Mange unge forskere som ville se det for problematisk å skrive en artikkel til Tidsskrift for den norske lægeforening eller et utenlandsk tidsskrift, tør henvende seg til Utposten med den forskning de har drevet. Derved lærer de sakte men sikkert kunsten å skrive. Med muligheten av å publisere i 25-års

jubilantens tidsskrift øker også interessen for forskning. Det virker ikke direkte oppmuntrende og inspirerende for forskning i allmennmedisin hvis de eneste publikasjonsmuligheter en praktiserende allmennpraktiker har, er ett av de store anerkjente tidsskrifter.

Derfor hilser jeg Utposten og gratulerer med jubileet. På vegne av forskningsinstitusjonene i allmennpraksis, og jeg tror jeg har alle med meg – som det heter – takker jeg for den betydning bladet har hatt ved å gi muligheter til å publisere forskningsresultater og ved å hjelpe forfatterne med stadig å forbedre sine manuskripter. Mange vil takke for den hjelp de har fått, en hjelp som har gjort dem tryggere på seg selv, slik at neste manuskript blir sendt til Tidsskrift for den norske lægeforening for senere å sikte mot BMJ.

*Christian F Borchgrevink
Røde Kors Klinikk
Fr. Stangsgt. 11/13
0264 Oslo*

Valg av prevensjonsmiddel

-et spørsmål om sikkerhet



LEVONOVA®
Levonorgestrel 20µg/24t

LEIRAS

Leiras Norge AS
Bogstadveien 6 • 0355 Oslo
Tlf. 22 60 75 22 • Faks 22 60 99 25

Levonova «Leiras» Antikonsepsjonsmiddel

LIVMORINLEGG 20 µg/24 timer: Hvert livmorinlegg inneholder Levonorgestrel 52 mg, const. q.s.

Egenskaper: Klassifisering: Livmorinlegg som frigjør levonorgestrel med en jevn hastighet direkte til uterus. Det består av et polyetylenskjelett med en sylinder rundt vertikal-armen som inneholder en blanding av polydimetylsilokan og levonorgestrel. Sylindern er dekket med en polydimetylsilokanmembran som regulerer frigjøringen av levonorgestrel. Livmorinleggets skjelett er impregneret med bariumsulfat for å gjøre den synlig ved røntgen. God antikonsepsjonell sikkerhet. Det første årets kumulative resultat viser en graviditetsfrekvens på 0-0,2 pr. 100 kvinner, og tilsvarende 0,5-1,1 etter fem års bruk. Ekstrauterine graviditeter forekommer med en frekvens på 0,02 pr. 100 kvinner etter fem års bruk (Pearl Indeks).

Virkningsmekanisme: Frigjør 20 µg pr. døgn i minst fem år. Levonorgestrel hindrer proliferasjon av endometriet og gir dermed redusert mulighet for implantasjon, påvirker cervixsekretet slik at det blir mindre gjennomtrengelig for spermier samt kan påvirke ovulasjonen hos enkelte kvinner i form av færre ovulatoriske sykler. I tillegg får en lokal effekt på endometriet karakteristisk for spiraler. Pga en uttalt lokal gestageneffekt på endometriet reduseres blødningsmengden under menstruasjonen. **Absorpsjon:** Stabile serumkonsentrasjoner på 0,3-0,6 nmol/l oppnås ca. 2 uker etter innsettning av livmorinlegget. Den individuelle konsentrasjonen er meget stabil. **Metabolisme:** I leveren. **Utskillelse:** Via urin og feces.

Indikasjoner: Antikonsepsjon. Primær menoragi.

Kontraindikasjoner: Graviditet. Infeksjon eller cancer i genitalorganer. Udiagnostisert genitalblødning. Uterusmisdannelse. Alvorlige leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, graviditetsikterus i anamnesen. Levertumorer. Aktiv tromboflebitt eller tromboembolisk sykdom.

Bivirkninger: Bivirkninger er mest uttalt i løpet av den første måneden og avtar etterhvert. **Viktig rapportering:** Blødningsforstyrrelser, amenore, underlivssmerter, utflod, ryggsmerte, akne, hodepine, kvalme, depresjon, brystspenning, vektforandring, og ovarialcyster (forsvinner oftest spontant). Blødningsforstyrrelser rapportert hos ca. 30%, er vanligvis i form av frekvente småblødninger. Etter 3-6 måneders bruk reduseres blødningsmengden med ca. 75%, og amenore utvikles hos ca. 10-20%. **Mindre vanlige:** Nedsatt libido, hirsutisme, svetting, håravfall og fett hår.

Forsiktighetsregler: Før innsettning foretas en grundig generell og gynekologisk undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtryksmåling, sukker i urin samt grundig familie-anamnese. Graviditet og genital infeksjon utelukkes. Ny legekontroll bør skje 3 måneder etter innsettning, og deretter en gang hvert år. Levonorgestrel kan nedsatte glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Hos pasienter med hjerte-kjell-defekter må eventuelt antibiotika-profylakse gis ved innsettning for å hindre endokarditt. Levonova må fjernes hvis kvinnen får gjentatte infeksjoner i det lille bekken eller dersom en akutt infeksjon ikke lar seg behandle innen få dager, hvis pasienten får migræne for første gang, får spesielt alvorlig hodepine, synsforstyrrelser, ikterus eller markert blodtryksstigning. Innlegget må også fjernes dersom livmorveggen perforeres (f.eks. ved innsettning). Menstruasjonsforstyrrelser som oligo-menore og amenore bør utredes. Spesielt viktig er det å være klar over at blødningsforstyrrelser, særlig ved samtidige underlivssmerter, kan bety ekstrauterin graviditet. Ved amenore som har vart mer enn 60 dager, skal graviditet utelukkes og innlegget kontrolleres. Ved vedvarende amenore skal graviditetstest gjentas etter 2-4 uker. Fortsett amenore og gjentatte negative graviditetstester tyder på at behandlingen har induisert forventet endometriesuppresjon. Ved eventuell graviditet skal Levonova fjernes umiddelbart (se Graviditet/avbrytning). Levonova kan støtes ut uten at kvinnen merker det. Symptomer på delvis eller fullstendig utstøtning kan være økt blødning eller smerte. Delvis utstøtning reduserer den antikonsepsjonelle effekt.

Graviditet/avbrytning: Se kontraindikasjoner. I tilfelle graviditet inntreffer med livmorinlegget in situ bør det umiddelbart fjernes umiddelbart hvis kvinnen ønsker å fullføre svangerskapet. Med livmorinlegget in situ antas det å foreligge en økt risiko for spontanaborter og prematur fødsel tilsvarende som for kobber- og plastikkspiraler. Dyrestudier har vist at svært høye doser gestagener har gitt maskulinisering av jentefoster. Disse data antas derimot ikke å ha noen relevans hos menneske, spesielt ikke med de lave doser som frigjøres fra Levonova. Teoretisk sett kan Levonova, da det innsettes i livmoren, gi høyere hormonnivåer til fosteret enn annet legemiddel som inneholder levonorgestrel. Levonorgestrel passerer i små mengder over i morsmelk, men risiko for påvirkning av barnet synes usannsynlig ved de doser som frigjøres fra Levonova.

Interaksjoner: Interaksjon med andre legemidler er ikke studert. Se forøvrig I-93e (antikonsepsjonsmidler, perorale).

Dosering: Settes inn under menstruasjonen eller senest innen 7 dager etter menstruasjons første dag. Bytte til nytt innlegg eller overgang fra et annet sikkert prevensjonsmiddel kan gjøres under hele sykklus. Kan også innsettes i forbindelse med abortingrep i 1. trimester. Etter fødsel vermes minst 6 uker før innsettning. Levonova skal fjernes/byttes etter 5 år.

Pakninger og priser: 1 stk kr. 832,30

LEIRAS

Leiras Norge AS
Bogstadveien 6 • 0355 Oslo
Tlf. 22 60 75 22
Faks 22 60 99 25



6 i dag

Svarene:

- ✓ Mann, 25 år:
– Nei, jeg har hørt det ser ut som noen gelégreier.
- ✓ Mann, 35 år:
– Ja, jeg liker det som følger med.
- ✓ Mann, 34 år:
– Nei, det ser så geléaktig ut.
- ✓ Kvinne, 28 år
– Jeg har aldri prøvd. Det virker ekkelt.
- ✓ Kvinne, 70 år
– Det har vi aldri brukt.
- ✓ Kvinne, 55 år
– Hold grisepraten for deg sjøl.

Hva var spørsmålet?

Svar: *Spiser du lutfisk?*

Takk til Rogalands Avis som gav oss idéen.



Ny lærebok i allmennmedisin underveis

I allmennmedisinsk miljø har det fra midten av 80-årene blitt etterlyst en studentlærebok i allmennmedisin. Selv om det i mange år er blitt utarbeidet norskspråklig faglitteratur rettet mot allmennpraktikerne, har behovet økt for en samlande lærebok som et minste felles multiplum for faget.

Lærebokplanene utviklet seg i første omgang til utgivelsen av «Allmennmedisin – fag og praksis», utgitt på Gyldendal i 1991. Boka dekker imidlertid ikke den kliniske og praktiske delen av faget, og spørsmålet om videreføring ble tatt opp på møter mellom de allmennmedisinske instituttene. Våren 1994 la en arbeidsgruppe fram et forslag der det bl.a. var utarbeidet et konsept for boka innhold, og det ble etablert en redaksjonskomité med medlemmer fra alle de allmennmedisinske instituttene. Redaktør er professor Steinar Hunskaar, Bergen, og redaksjonskomitéen består ellers av professor Knut Holtedahl, Tromsø, professor Terje Johannessen, Trondheim, førsteamanuensis Olav Rutle, Oslo og allmennpraktikerne Irene Hetlevik, Trondheim og Marit Hafting, Voss. Fondet til fremme av allmennmedisinen i Sør-Trøndelag (Nidaroskongressen) har gitt nødvendig økonomisk støtte til at bokprosjektet kunne settes i gang.

I de akademiske miljøene synes behovet for en lærebok i klinisk allmennmedisin stort. I grunnutdanningen gis den grunnleggende undervisning i allmennmedisin som klinisk fag. Alle instituttene vil få større undervisningsrammer de kommende årene, ved flere av fakultetene har allmennmedisin

fått status som klinisk hovedfag på linje med indremedisin og kirurgi. I tillegg har problembasert læring og symptombasert undervisning fått stadig større omfang. Dette har også økt behovet for lærebokstoff som eksemplifiserer og danner pensum for faget.

I grunnutdanningen gir vi *alle* leger nødvendige grunnleggende kunnskaper og ferdigheter i allmennmedisin før turnustjenesten, men faget skal også være en appetittvekker for studentene med tanke på en framtid som allmennpraktikere. Vi ønsker motiverte og godt kvalifiserte allmennpraktikere for arbeid i primærhelsetjenesten, og en lærebok er et svært nyttig redskap i dette arbeidet.

Lærebok i klinisk allmennmedisin skal være en studentlærebok som kan gi allmennmedisin et klinisk innhold og gi studentene en innføring i faget. Viktige stikkord er derfor: symptomorientering, relevante sykdommer og tilstander, allmennmedisinske arbeidsmetoder, kontinuitet, samarbeid og terapeutiske prinsipper.

Selv om studentlærebøker ofte er nyttige også for erfarne leger, vil en studentlærebok måtte skille seg fra bøker for praktiserende leger. For det første skal en lærebok være omfattende og dekke størstedelen av faget, ikke bare omtale én dimensjon eller ett organsystem. Plassen for hvert emne blir derfor ganske begrenset. For det andre er «nivået» og problemstillingene ulike. Den praktiserende legen har en annen erfaring og et annet informasjonsbehov enn studenten, som skal få en første innføring i og en forståelse for det genuine innholdet i faget allmennmedisin. For

det tredje må teksten ta utgangspunkt i presentasjonssymptomer og kliniske problemstillinger, og dermed vise hvordan allmennmedisinsk arbeid utøves i praksis når det gjelder utredning og behandling.

Lærebok i klinisk allmennmedisin blir skrevet av en rekke kapitelforfattere, de fleste med basis i norsk allmennmedisin. For mange kapitlers vedkommende blir det et nybrottsarbeid som skal gjøres, og redaksjonens arbeid innebærer blant annet å sikre et homogent og relevant innhold. Arbeidet med boka er nå inne i en aktiv skrivefase, og redaksjonen regner med at utgivelsen på Ad Notam Gyldendal forlag vil bli som planlagt i løpet av 2. halvår 1997.

Steinar Hunsgaard
Seksjon for allmennmedisin
Ulriksdal 8c, 5009 Bergen

Finnes det en fremtid for turnuskandidaten?

Tekst: Torgeir Hagestad



Født 1970. Cand.med. Bergen 1995. Turnus Kristiansand. Nå distriktsturnus i Hægebostad.

Jeg er ikke stort eldre enn det jubilerende tidsskrift. Jeg tillater meg likevel å komme med noen betraktninger omkring den legevirkelighet jeg nylig har trådt inn i, om utfordringer knyttet til kompetanse, helseøkonomi, rettsliggjøring og maktfordeling. Til slutt også noen ord om «den allmennmedisinske elite».

Kunnskapsmengden innen det medisinske fagfelt vokser nærmest eksponentielt. Spesialistenes interesse- og arbeidsfelt snevres naturlig nok derfor inn. Dette gjør generalistenes funksjon enda viktigere, men også vanskeligere. Hvor skal denne lista legges for allmennpraktikerens kunnskap? Tendensen i medikamentell behandling går mot stadig mer spesifikk terapi. Vi skyter med salongrifle der vi før

skjøt med hagle. Vi kjenner etter hvert også mer til den molekylærbiologiske virkemåte til medisinerne vi påfører våre pasienter. Skal allmennpraktikerens eksistens være berettiget, må han kunne administrere mesteparten av medikamentell terapi. Dette krever stadig mer kunnskap. Fra motsatt hold ligger utfordringen i at befolkningens medisinske allmenndannelse øker. Ofte opplever legen å få sin første kjennskap til behandling på utprøvningsstadiet gjennom aviser. Da pressen i vinter hadde flere artikler om volumreduserende lungeoperasjoner, ble mange leger tatt på senga av emfysempasienter som ønsket henvisning til et bedre liv. I mange land konsulteres spesialister direkte.

Fordelene med vårt system er flere, bl.a. er det tilpasset vår særegne bosettingsstruktur. Det gir også et godt utgangspunkt for de ulike dimensjoner i pasient – legeforholdet. Er vi flinke nok til å markedsføre dette overfor befolkningen og politikerne?

Nye ressurskrevende behandlingsmuligheter dukker stadig opp. Det er ikke økonomisk realistisk å gi alle pasienter optimal behandling. Prioritering mellom ulike pasientgrupper og mellom ulike former for medisinsk service burde være et hett politisk tema, aktualisert av Lønningutvalgets arbeid. Ikke overraskende har det likevel vist seg langt lettere å oppprioritere grupper, som f.eks. reumatikere og psykiatriske pasienter, enn å prioritere noen tilsvarende ned.

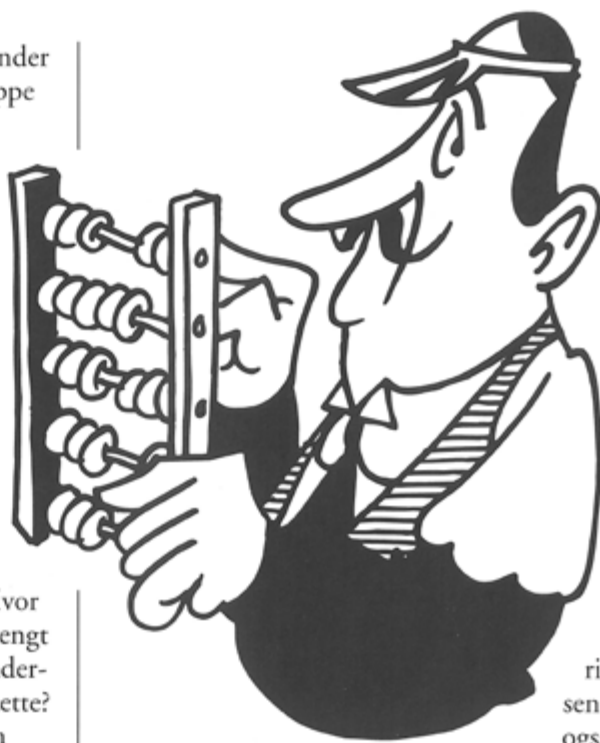
Det norske Administrasjonsparti og de andre endene i den politiske andedammen har derfor funnet trøst i trylleformularet: «Mer helse for hver krone!» Ut fra

denne målsetting har man kunnet drive humanitært arbeid i form av å sysselsette noen av dem som ikke hadde gode nok karakterer til å bli snekker – og derfor gikk BI. Moderne helseøkonomi er slik: Pasientbehandling eksisterer ikke lenger, det heter produksjon. Ved juletider 1995 var produksjonen høy ved Vest-Agder Sentralsykehus. På grunn av marginal kapasitet ble det vanskelig å takle noe så regelmessig som en skikkelig influensaepidemi. Pneumoniene strømmet inn, og ble skrevet ut alt for tidlig. De samme pasientene kom derfor ofte tilbake, enda dårligere, og vips – hver reinnlagte stakkar var blitt til to pasienter. Sykehuset, derimot, fikk kortere, i stedet for lengre, liggetid på statistikken. Det kan de sikkert bruke til å slå i hjel andre sykehus med – akkurat som i næringslivet. H. C. Andersen er mer aktuell enn noensinne, og stadig dukker nye keisere opp i helse-Norge. Foreløpig er sykehusene hardest rammet, men tenk hvilket enormt potensiale for livsfjern økonomiteoretisering som ligger i kommunehelsetjenesten! Vi må nok selv som profesjon ta initiativet til en reell debatt om helseøkonomi. Dette må være en stor utfordring for samfunnsmedisinen.

En annen trend som preger bildet ved inngangen til det neste århundret, er rettsliggjøringen av helsevesenet. Stadige søksmål mot privatpraktiserende amerikanske gynekologer har ført til forsikringspremier i størrelsesorden 200 000 dollar årlig. Av amerikanske og britiske fødselshjelpere har over halvparten blitt saksøkt minst en gang. Jeg håper i min naivitet at dette er flere enn de som med

overlegg påfører barn skader under fødselen. «L.A.Law» hadde neppe fått store seertall med scener hentet fra norske rettssaler. Men i fjor ble to norske leger tiltalt, om enn seinere frifunnet, for uaktsomt drap etter ikke å ha diagnostisert en lungeembolus. Man kan neppe forestille seg den belastningen disse to ble utsatt for etter å ha oversett en av de mest underdiagnostiserte tilstander vi kjenner. «A CT a day keeps the lawyer away». Hvem av oss kan si seg fri for paranoide tanker? Hvor store ressurser blir brukt på strengt tatt unødvendige prøver og undersøkelser nettopp på grunn av dette?

En gang var legen nesten en pater omnipotens. I vårt non-hierarkiske og opplyste samfunn er han ikke det, heldigvis, for det kan ikke være noen lett rolle å inneha. Men skal vi godta den rollen vi nå får tildelt – som konsulent uten ledelsesansvar? 1980-årenes filosofi, der en leders egnethet alene var bestemt av hans ledelseskompetanse, og ikke hans kunnskap om den virksomhet han var satt til å administrere, er i resten av samfunnet på det nærmeste forlatt. Så ikke i helsevesenet. Sykehusdirektører er gjerne økonomer eller jurister. Da jeg som ny turnuskandidat møtte sykehusdirektøren, sa han til meg: «Jeg vil gjerne møte de nye kandidatene for å fortelle dem at sykehusets policy er kvalitetssikring.» Hva skal man svare til slikt? Sykehusets kvalitetssikringssekretariat (som koster en million årlig) fikk jeg senere høre fra. Det kom et rundskriv til alle ansatte med en rekke intetsigende og til dels svært retoriske spørsmål. Det verste lød: «Synes du at man i din avdeling lever opp til sykehusets målsetting «Trygghet når du trenger det mest»?». Man kunne velge mellom 5 grader av enighet i utsagnet... Det er altså slik fagidioter skal ledes – en erfaring å ta med seg. I kommunene er det ikke særlig bedre. Gamle helserådsordførere



møter nå i Helse- og sosialutvalget, dersom de får lov, og da som medisinsk-faglige rådgivere uten stemmerett. I sitt daglige virke er de prisgitt en helse- og sosialsjef som kommuneadministrasjonen har funnet spiselig. Vi må ikke akseptere at andre trer rollen som medisinsk-faglig rådgivernisse ned over hodene på oss, uansett konsulenthonorar!

Allmennmedisinen har hatt en eventyrlig utvikling som akademisk fag de siste årene, og fagets status blant leger er betydelig styrket. Med innførsel av spesialiteten i allmennmedisin, med regler om jevnlig fornying, er trolig også kompetansenivået hevet mange hakk. Denne utviklingen har konsolidert førstelinjetjenestens sterke stilling i Norge, i motsetning til situasjonen i mange andre land. Den opprørske 68-generasjonen skal ha mye av æren for forandringen som har skjedd. Som kjent har imidlertid opprøret etter hvert blitt redusert til et alibi for den samme generasjonens vellevnet. Tiden er nok snart inne til å spørre seg om man ikke har stivnet i formene, og at bruddet med en gang overmodne tradisjoner etter hvert kan bli allmennmedisinens verste fiende.

Den ellers gode (og eneste) læreboka i allmennmedisin skjennes helt ut av det utrolig barnslige påfunnet konsekvent å bruke pronomenet «hun» om legen. (Av spesialister i allmennmedisin er 20% kvinner.) Boka begynner dessuten med en svært tendensiøs tegning: På en pides-tall sitter en (mannlig) sær greinspesialist og gransker et øre. Under står den holistisk innstilte (kvinnelige) allmennmedisiner og studerer bildet av en pasient plassert i sine omgivelser. En bør tenke gjennom hva slags markedsføring av faget denne boka representerer for studentene. Faren er også tilstede for at den ikke utypiske dr. Ola (godt gift, med hjemmeverende kone, med barn som ikke går i kennel, med fin bil, med passivt medlemskap i et borgerlig parti, som aldri har vært på kunstutstilling, men som er interessert i arbeidet sitt og pasientene sine) føler at «den allmennmedisinske elite» og han selv lever i to forskjellige verdener.

Engasjementet blant unge leger er stort for tida, og det gjelder mer enn ei lønn å leve av. Måtte vi ta vare på dette.

Status praesens år 2022? Ingen veit. Men jeg håper at vi da har tatt helsevesenet tilbake fra administratorveldet. Jeg håper vi, etter dessertgenerasjonens tilbaketog fra maktens tinder, får en helsepolitikk der evnen til å prioritere er tilstede. Jeg tror på gjeninnføring av kombinasjonen fagkompetanse og ledelsesansvar. Jeg regner det for sikkert at allmennpraktikeren vil overleve i anderledeslandet.

Og Utposten bør fortsatt være et organ med rapporter fra værbitte hverdager, vyer for den usikre framtid, og med kritisk blick på de politisk korrekte holdninger i Helse-Norge. Lykke til!

*Torgeir Hagestad
distriksturnus i Høgebostad*



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

ET LITE HISTORISK TILBAKEBLIKK OG EN TITT I KRYSTALLKULA

EDB-spalten kom til i Utposten i nr. 5/93. Tidlig på året ble undertegnede invitert til å skrive om «EDB i allmennpraksis – i går, i dag og i morgen». Senere samme år ble det til at vi etablerte en egen edb-spalte. Nykommeren ble tatt inn under tvil og med antagelse om at dette bare var lesestoff for de få. Det var min «føringsoffiser», Petter Øgar, som kjempet for at spalten fikk denne sjansen.

I årene som har gått har vi tatt opp en rekke emner: bruk av databaser, EDI og elektronisk post, hypertextprogram og prosedyrepermer, fjernstyring av pc, ulik bruk av edb-journal, statistikk, internet, program for litteraturreferanser, PC-oppgradering, «plug and play», ergonomiske tiltak ved PC/terminal, brukerhåndbok for EpiInfo 6, Windows 95, selvevalu-

ering – kvalitetssikring (se deg selv i kortene), Dnlfs web-server og scanning av tekst i dosbaserte legeprogrammer.

Et foreløpig klimaks ble nådd da Utposten ble lagt ut på Internet fra og med nr. 4/1995. Dette ble gjort mulig gjennom et samarbeid med Hogne Sandvik ved Institutt for samfunnsmedisinske fag (ISF) ved Universitetet i Bergen. Utposten er plassert som en link fra ISFs hovedside på URL-adresse <http://www.uib.no/isf/utposten/utposten.htm>. I mars i år ble filer i ISFs websider åpnet 150.800 ganger. Brukere fra mer enn 70 land har vært innom. Hvor mange av disse som har sett på Utposten vet vi ikke, men når vi tenker på at Utposten har om lag 2.000 abonnenter aner vi dimensjonene på dette leserpotensialet. For å imøte-

Registrert besøk fra følgende land på ISF's web-sider

Andorra, Antigua og Barbuda, Argentina, Armenia, Aruba, Australia, Bahrain, Belgia, Bermuda, Brasil, Brunei Darussalam, Bulgaria, Canada, Caymanøyene, Chile, Columbia, Costa Rica, Danmark, De Forente Arabiske Emirater, Den Dominikanske Republik, Ecuador, Egypt, England, Estland, Fiji, Filippinene, Finland, Frankrike, Færøyene, Georgia, Grønland, Guam, Guatemala, Hellas, Hong Kong, India, Indonesia, Irland, Island, Israel, Italia, Jamaica, Japan, Kenya, Kina, Kroatia, Kuwait, Kypros, Latvia, Libanon, Liechtenstein, Litauen, Luxembourg, Macau, Malaysia, Malta, Marokko, Mexico, Nederland, New Zealand, Nicaragua, Niger, Norge, Pakistan, Peru, Polen, Portugal, Romania, Russland, Saint Lucia, San Marino, Saudi Arabia, Singapore, Slovakia, Slovenia, Spania, Sveits, Sverige, Sør-Afrika, Sør-Korea, Taiwan, Thailand, Trinidad og Tobago, Tsjekkia, Tyrkia, Tyskland, Ukraina, Ungarn, Uruguay, USA, Venezuela, Zambia, Østerrike



Figur 1. Utpostens åpningsside på Internet.

komme denne enorme interessen ser vi nå på mulighetene for å få oversatt den elektroniske web-versjonen av Utposten til engelsk.

Figur 1 viser hva som møter Internet-brukeren som åpner Utposten-siden.

Utposten på Internet er et prøveprosjekt. Omfanget av dette tilbudet vil i stor grad avhenge av tilbakemeldinger fra leserne. En umiddelbar fordel med elektronisk publisering er at artiklene indekseres og dermed kan gjenfinnes med fritekstsøk.

Hvor skal dette ende?

La oss anta at det kan bli en «never ending story». Utposten og Internet vil kunne bli et utvidet kontaktpunkt mellom norske allmennpraktikere og med internasjonall allmennmedisin. Her kan vi utveksle kunnskap, synspunkter og erfaringer.

I den elektroniske kommunikasjonsverden er kontakten rask, enkel og mulighetene mange. Hindrene er lavere enn de vi har for å sende et sneglebrev eller ta en telefon.

Selv om innføringen av Utposten på Internet kan være begynnelsen på en ny æra med hensyn til leserkrets og kommunikasjonsmuligheter, kan en elektronisk versjon aldri erstatte trykket tekst på papir med lekker layout. Det er fortsatt mye hyggeligere med papirutgaven av Utposten på nattbordet enn en PC i senga.

John Leer

Skattefri gave til kvinneforskning!

Våren 1997 vil Kvinneuniversitetets forskningsfond for annen gang dele ut et stipend på kr 50 000. Det kom over 20 søknader til det første stipendet som ble delt ut ved Kvinneuniversitetets 10-års jubileum, og vi ser et stort behov for midler til kvinneforskning. Men - fondets kapital må stadig økes og vi vil gjerne gjøre oppmerksom på at gaver på kr. 200 og mer gir giveren rett til fradrag i inntekten ved selvangivelsen.

Beløp som betales innen 31.12.96 gir rett til fradrag for 1996. Kvittering til å legge ved selvangivelsen blir sendt ut i januar.

Av hensyn til behandlingen av ligningen krever Skattedirektoratet at givere oppgir personnummer.



**Kvinneuniversitetets
forskningsfond**
Postboks 130, 2340 Løten
Postgirokonto: 0813.3850385

Utlysning av stipend til kvinneforskning

Kvinneuniversitetets fond til forskning og forskningsformidling deler for annen gang ut et forskningsstipend på kr 50 000.

Emnet som vil bli prioritert for 1997 er "*Kvinner og fredsskapende arbeid*".

Forøvrig vil andre temaer også komme i betraktning, særlig "*Sykkelighet i organisasjoner*" og "*Kvinner og media*".

Søknaden sendes skriftlig innen 15. desember til

styremedlem Vigdis Moe Christie
Institutt for allmennmedisin
og samfunnsmedisinske fag
Postboks 1130 Blindern
0317 Oslo

Tlf. 22 85 06 02

Stipendet deles ut 8. mars 1997.



Kvinneuniversitetets fond
til forskning og forskningsformidling

Program for kurset

Hvordan være en god lege for «De innbilt friske»

Om risiko og forebygging med særlig vekt på hjerte- og karsykdommer.

Arrangeres av NSAMs styre, NSAMs referansegruppe for hypertensjon og NSAMs referansegruppe for diabetes som del av NSAMs Risikoprojekt. Kurset inngår i «Primærmedisinsk uke» og arrangeres på Holmenkollen Park Hotel.

Påmelding: RMR kursarrangør, tlf. 63 97 32 22/
fax. 63 97 16 25.

Kurstimer: 21, klinisk emnekurs ved deltakelse minimum 15 timer (2 dager)

Mandag 11. november: «Med risiko som diagnose»

Kursleder: Elisabeth Swensen

- 11.15 – 11.30 Introduksjon og velkommen
- 11.30 – 12.30 Risiko for fremtidig sykdom. Problemer knyttet til kartlegging, informasjon og intervensjon. Professor Dag Thelle, Göteborg/Oslo
- 12.30 – 14.00 Lunch
- 14.00 – 14.55 Har vi en risikoepidemi? Psykolog/stipendiat Jon-Arne Skolbekken, Trondheim/Oslo
- 14.55 – 15.05 **Benstrekk**
- 15.05 – 16.00 «All statistikk lyver.» Om forholdet mellom epidemiologiske undersøkelser av risikofaktorer og individuell risikoberegning. Forsker/allmennpraktiker Susanne Reventlow, København
- 16.00 – 16.15 **Kaffe**
- 16.15 – 17.30 Risiko for sykdom: Legens ansvar og publikums forventninger. Innledning til diskusjon v/kommunelege Elisabeth Swensen, Seljord og journalist fra dagspressen. Dagens innledere deltar.

Tirsdag 12. november: Epidemiologi og intervensjon.

Hva vet vi? Hva tror vi?

Kursleder Tor Claudi

- 09.00 – 10.15 **Hypertensjon**
Epidemiologi. Er essensiell hypertensjon farlig? Effekt av livsstilendring, medikamenter. Gudmund Norby, overlege, Ullevål Sykehus
- 10.15 – 10.30 **Kaffe**
- 10.30 – 11.30 **Lipider**
Resultat av kontrollerte studier. Primærprevensjon, evt. når? Sekundærprevensjon; hos alle aktuelle eller i utvalgte grupper? Ivar Aursnes, Institutt for farmakoterapi, Oslo
- 11.30 – 11.40 **Pause, benstrekk**
- 11.40 – 12.30 **Diabetes**
Epidemiologi ved diabetes og nedsatt glukosetoleranse. Kristian Midthjell, bedriftslege/forsker, Verdal
- 12.30 – 14.00 Lunch
- 14.00 – 14.45 **Type 1-diabetes**
Sammenheng mellom metabolsk kontroll og senkomplikasjoner. Hypertensjonsbehandling. ACE-hemmere ved mikro-

albuminuri uten hypertensjon. Kristian Hanssen, overlege, med.avd. Aker Sykehus

Pause, benstrekk

Type 2-diabetes

Hva vet vi egentlig om intervensjon på type 2-diabetes? Kåre Birkeland, overlege, med.avd., Aker Sykehus

Kaffe

IGT (nedsatt glukosetoleranse)

Har det noen hensikt å påvise og behandle nedsatt glukosetoleranse? Livsstilsimperialisme eller nyttig intervensjon? Ivar Følling, overlege, med.avd. Sentralsykehuset i Akershus

Onsdag 13. november

Kursleder Bjørn Gjelsvik

- 09.00 – 12.30 **Praktisk tilnærming til diagnostikk og behandling**
- 09.00 – 09.10 Noen begreper og litt oppsummering fra dag en og to ved kursleder Bjørn Gjelsvik, allmennpraktiker, Kongsvinger
- 09.10 – 09.40 **Diabetes**
Retningslinjer for å lete etter diabetikere. Metoder. NSAMs handlingsprogram. Tor Claudi, allmennpraktiker, Bodo
- 09.40 – 10.00 **Pause, benstrekk**
- 10.00 – 10.30 **Hyperlipidemi**
Når og hvor ofte skal man analysere lipider. Hvilke analyser trenger man? Hvilke anbefalinger er gitt når det gjelder intervensjon? Hvor ofte skal lipidene kontrolleres under pågående behandling? Ivar Aursnes, Institutt for farmakoterapi, Universitetet i Oslo
- 10.30 – 11.00 **Høyt blodtrykk**
NSAMs handlingsprogram. Når og hvordan måle BT? Hjemmeblodtrykk/kontorblodtrykk. Behandlingsgrenser. Medikamentvalg. Hans P. Stokke, allmennpraktiker, Steinkjer
- 11.00 – 11.20 **Kaffepause**
- 11.20 – 11.50 **Retningslinjer for forebygging av hjerte-karsykdommer.** Forslag til handlingsprogram fra Norsk Cardiologisk Selskap. John Kjekshus, professor, med.avd., Rikshospitalet Oslo
- 11.50 – 12.30 **Fra risikojakt til ressursmobilisering.** Professor/allmennpraktiker Kirsti Malterud, Bergen
- 12.30 – 15.00 **Lunch**
- 15.00 – 17.00 **Åpent debattmøte**
«Blodtrykksbehandling på norsk – konflikter og dilemmaer»
Møteledelse: Ingolf Håkon Teigene og Bjørn Gjelsvik
Panel: Dag Thelle, Sverre Kjeldsen, Sidsel Graff-Iversen, Tor Erik Widerøe, Jostein Holmen, Ivar S. Kristiansen, Elisabeth Swensen

En ny generasjon lokale steroider¹



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) Chiu A, Munn S. Fluticasone propionate in the treatment of inflammatory dermatoses. *Brit J 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) Bleehen S, Chiu A, Hamann J. et al. Fluticasone 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 M. A comparison of BID and QD

dosage of Fluticasone Propionate Cream 0,05% in the treatment of eczema. *Cutis* 1996; 57, 2 S: 19-26. 6) Hoshino T, Oshino S, Gotoh A. The new corticosteroids: are they effective and safe. *Dermatologic Clin* 1993; 11, 1: 155-160.

C Flutivate "Glaxo"
Kortikosteroid

ATC-nr.: D07A

KREM 0,05%: 1 g inneh: Flutikasonpropionat 0,5 mg, cetostearylalkohol, cetomakrogol 1000, flytende parafin, isopropylmyristat, propylenglykol, imidurea, natriumfosfat, sitronsyre, renset vann til 1 g.
Salve 0,005%: 1 g inneh: Flutikasonpropionat 0,05 mg, propylenglykol, sorbitanseskvioleat, voks, flytende parafin til 1 g.
EGENSKAPER: Klassifisering: Gruppe III kortikosteroid (sterke) med karbottat i sidekjeden. Flutikasonpropionat er lipofilt, noe som øker reservoareffekten i epidermis. Bindningen 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 tørre tilstander eller når det av kosmetiske årsaker er ønskelig. Salve benyttes ved tørre, skjellende og licheniserte tilstander. **Virkningsmekanisme:** Inflammasjons-hemmende, klestillende og mitosehemmende effekt. **Absorpsjon:** Langsom perkutan absorpsjon. Lite risiko

for suppresjon av HPA-aksen (morgen plasmakortisol < 0,05 ng/ml) dersom mindre enn 50% av arealet til en voksen person behandles eller ved anvendelse av mindre enn 20 g krem/salve per dag. Halveringstid: Ca. 3 timer etter i.v.-injeksjon. **Metabolisme:** Hovedsakelig i leveren til inaktive metabolitter. **INDIKASJONER:** Inflamatoriske og kløende hudlidelser f.eks. psoriasis (unntatt ved utstrakt plaque psoriasis), eksem og andre steroidfølsomme hudlidelser. **KONTRAINDIKASJONER:** Primærinfeksjoner i huden forårsaket av bakterier, sopp eller virus. Sårbehandling. Perioral dermatitt. Acne vulgaris. Rosacea. Hypersensitivitet mot innholdstoffer i preparatet. Dermatoser hos barn under 1 år. Perioral og genital kløe. **BIVIRKNINGER:** Systemiske effekter kan forekomme ved okklusjonsbehandling over store hudområder, først og fremst hos barn. **Hyppige:** > 1/100 Pruritus. **Mindre hyppige:** Lokal varmefølelse. Hudatrofi. Striae. Teleangiektasier. Rosacea-liknende hud. Maskering av infeksjon og infeksjonspredning. Hyperadrenokortisisme. Sjeldne: < 1/1000 Utvikling av kontakteksem. Forverring av symptomer. Binyrebarkhemning.

Økt hårvekst. Pigmentforandringer. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet ved bruk på genital- og rektalslimhinne, i ansiktet og intertriginøse 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-suppresjon. Antimikrobiell behandling bør gis hvis inflamerte lesjoner infiseres. Sepioner topiske kortikosteroider hvis infeksjonen sprer seg. **GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Det er påvist påvirkning av fosterutviklingen hos dyr etter bruk av kortikosteroider. Relevansen av dette ved human bruk er ikke klarlagt. Forsiktighet bør derfor utvises ved behandling av gravide. Overgang i morsmelk: Det foreligger ingen opplysninger om overgang i human melk. Ut fra flutikasonpropionats farmakokinetiske profil er overgang i morsmelk lite sannsynlig etter lokal administrasjon. **DOSERING:** Påsmøres i tynt lag 1-2 ganger daglig. **PAKNINGER OG PRISER:** Krem og salve: 30 g kr 73,10; 100 g kr 177,90. *Data: Februar 1996*

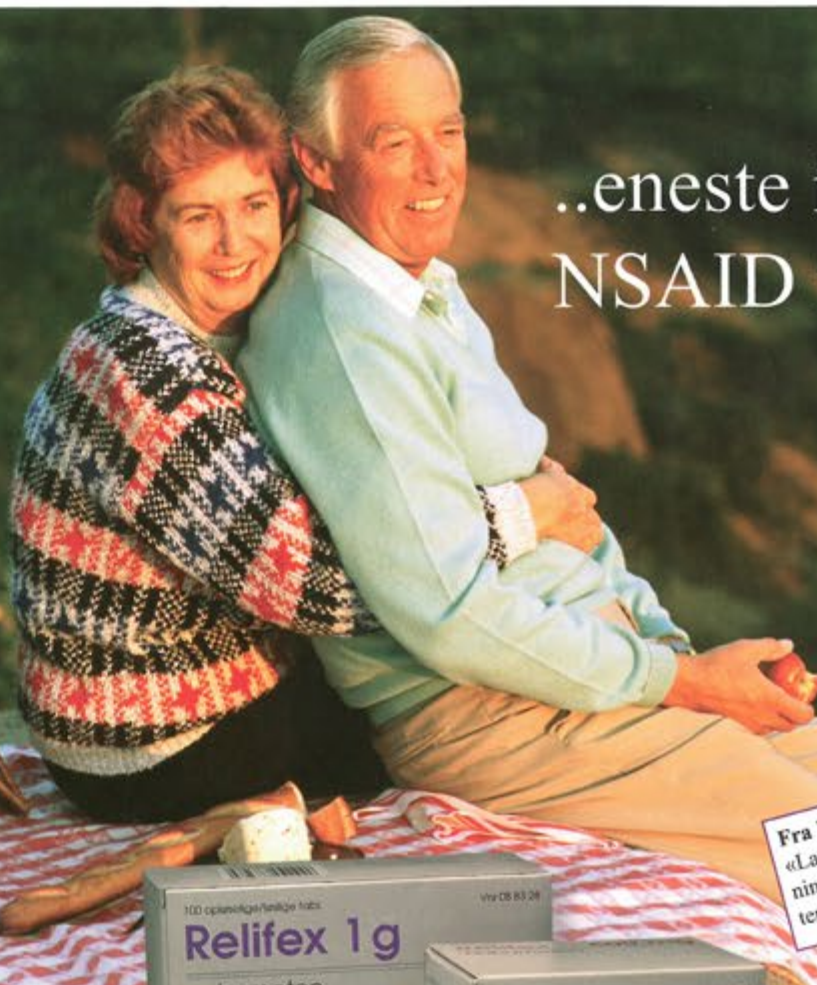
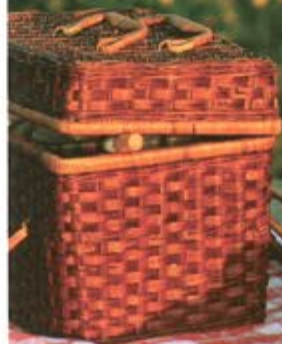
NYHET

Relifex®

nabumeton



..eneste ikke-syre
NSAID i Norge!



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

RELIFEX®SB

«Antiflogistikum»

ATC-nr: M01A X01

TABLETTER 500 mg: Hver tablett inneholder: Nabumeton, 500 mg, color (titanindioxyd) et aroma. Constit. q.s.

OPPØSSELIGE TABLETTER 1 g: Hver tablett inneholder: Nabumeton, 1 g, sacchar natrii, et aroma. Constit. q.s. Tablettene har delestrek.

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

Virkningsmekanisme: Den antiinflammatoriske effekten antas å bero på evnen til å hemme prostaglandinsyntesen. Lavere frekvens av peptiske sår, blødning eller perforasjoner har blitt rapportert sammenlignet med andre NSAID's.

Nabumeton 1000 mg daglig har liten effekt på kollagen-indusert trombocyttagregasjon og ingen effekt på blødningsiden. Nabumeton er et pro-drug til den aktive metabolitten 6-metoksi-2-nafylbutan-2-on (6-MNA). Effekten av Relifex opprettholdes av metabolitten 6-MNA.

Absorpsjon: Nabumeton absorberes godt fra mage/ tarmkanalen (> 80%), men første-passasje-metabolismen er omfattende og uforandret nabumeton gjenfinnes ikke i plasma. Ved samtidig føde-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. Biotilgjengeligheten av 6-MNA er ca. 35% (23-52%) av modersubstansen. Maksimalt plasmanivå av 6-MNA oppnås ca. 3 (1-12) timer etter gitt 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 tilsvarende 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 dialyseres. 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 hydroxyleres og konjugeres før utskillelse i urinen. **Eldre:** Plasmakonsentrasjonen ved steady-state hos eldre er vanligvis høyere enn hos yngre friske personer, men begge intervallene overlapper hverandre. **Nedsatt nyrefunksjon:** I studier på pasienter med nedsatt nyrefunksjon (kreatinin clearance <30 ml/min) økte halveringstiden av 6-MNA til ca. 40 timer. Hos pasienter som gjennomgår dialyse var plasmakonsentrasjonene i steady-state av den aktive metabolitten likeverdige med de verdier som ble observert hos friske personer. Biotransformasjon av nabumeton til 6-MNA og videre metabolisme av 6-MNA til inaktive metabolitter er avhengig av leverfunksjonen og kan reduseres hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Indikasjoner: Reumatoid artritt, Arrose.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for nabumeton. På grunn av



kryssreaksjon skal preparatet ikke gis til pasienter som har symptom på astma, rinitt eller urtikaria ved inntak av acetylsalisylsyre eller andre antiinflammatoriske middel av ikke-steroid natur. Aktivt ulcus pepticum. **Bivirkninger:** Angitte bivirkninger er rapportert fra kliniske studier. Vanligst forekommende er de gastrointestinale bivirkninger som diaré (14%), dyspepsi (13%) og magesmerter (12%). **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme, diaré, brekninger, flatulens, dyspepsi, obstipasjon, munntørhet, fecalt occult blod, gastritt, stomatitt. Hud: Kløe, utslett. **Hørsel:** Tinnitus. **Sentralnervesystemet:** Hodepine, svimmelhet, tretthet, øket svetting, insomni, sømnløshet, uro. **Syn:** Tåkesyn. **Øvrige:** Ødem. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Dysfagi, ulcus duodeni, ulcus ventriculi, gastroenteritt, melena. Hud: Fotosensitivitet, urticaria, hudblæmmer. Lever: Leverfunksjonsforstyrrelse. **Sentralnervesystemet:** Angst, forvirring, depresjon, sykdomsfølelse, stikninger. **Urogenitale:** Albuminuri, uremi. **Øvrige:** Vektøkning, anorexia, appetittløshet, åndenød, angioneurotisk ødem. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale: Gastrointestinalblødning. Hud: Purpura cutanea tarda, alopeci. Lever: Icterus pga gallestase. **Sentralnervesystemet:** Rastløshet, skjelving. **Sirkulatoriske:** Vaskulitt. **Urogenitale:** Interstiell nefritt, nyresvikt, menoragi. **Øvrige:** Anafylaktisk reaksjon, eosinofil pneumonitt. Pasienter med symptom og/eller tegn som tyder på leversykdom eller har forhøyede leverfunksjonsverdier bør undersøkes m.h.t. alvorlige leverreaksjoner under behandlingen. Dersom slike tegn fremkommer, skal behandling med nabumeton avbrytes. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet hos pasienter med tidligere ulcus pepticum. Erfaring med nabumeton ved leversvikt er begrenset. Hos pasienter med sterkt nedsatt leverfunksjon (cirrhose) må behandling med nabumeton veies opp med evt. risiko og pasienten følges nøye. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon bør kontrolleres regelmessig. Perifer ødem er observert hos et fåtall pasienter. Derfor skal behandling av pasienter med vaskerensjon, hypertoni og hjertesvikt behandles med forsiktighet. Symptomer og tegn har vært rapportert med NSAID-preparat inkl. med nabumeton. Pasienter med slike problem skal gjennomgå synsundersøkelse.

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

Barn: Erfaring med nabumeton mangler. **Graviditet/ammning:** Antiflogistika kan hemme kontraksjoner i uterus og forsinke fødselen. Det kan også føre til pulmonal hypertensjon og neonatal respiratorisk insuffisiens gjennom kontraksjon eller stenging av ductus arteriosus intrauterint. Antiflogistika kan hemme trombocytffunksjonen hos fosteret. Disse effekter finnes rapportert f.eks. for indometacin, naproxen og acetylsalisylsyre. Etter inntak av indometacin kan hemming av nyrefunksjonen hos fosteret lede til oligohydramnion og neonatal anuri. 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 kun 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 morsmelk. Bruk av nabumeton ved graviditet og amming bør skje på kan vanskelige tilfeller og risikoen for moren må veies opp mot risikoen for fosteret og det døde barn.

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

Dosering: **Holse:** 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. Tablett 1 g skal løses opp i vann. **Pakninger og priser pr. 1.9.96:** Tablett 500 mg: 20 stk. enpac kr. 63,40 og 100 stk. enpac kr. 236,80. **Oppfølgende 1 g tablett:** 20 stk. enpac kr. 108,30 og 100 stk. enpac kr. 446,60.

SB
SmithKline Beecham

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