UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2 1997 ÅRGANG 26

Veien til suksess

Nr. 2 1997

55 *Eystein Straume*
Leder: Hvor god er godt nok?

56 *Karin Skarsaune intervjuet av Eystein Straume*
Bruk av følelser har forløst gleden ved å være lege

59 *Karin Skarsaune*
Har vi verdens beste spesialistutdanning i allmennmedisin?

62 *Sjur Agdestein*
Den nye hovedutdanningen i samfunnsmedisin

68 *Johnny Mjell*
Vi må få en tilnærming mellom spsialitetene i almenn- og samfunnsmedisin

70 Smil i hverdagen

71 *Erlend Bergesen, Lasse Folkvord, Marit J. Kamøy, Odd Kjøstvedt og Vegard Vige*
Korleis styrkje det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunane? – del 1

74 *Michael F de Vibe, Tor Carlsen, Kristin Prestegaard og Hans Magnus Solli*
Allmennmedisinens kjerne; konsekvenser for videre- og etterutdanning

76 *Kari Hvinden*
Astmaskole i primærhelsetjenesten

82 *Ingrid Os*
Hormonbehandling og hjerte- og kareffekter

84 *Elisabeth Swensen*
Til forsvar for faglige normer basert på autoritet, mening – og kunnskap

87 *Geir Sverre Braut – bokmelding*
Helsearbeidarar i alle fylke, samein dykk! (No skal vi endeleg ha det moro)

88 *Kjell Haug og Leiv S. Bakketeig*
Bedre helse for mor og barn

90 *Øystein M. Christiansen – leserbrev*
Er det mulig å overleve som allmennlege/kombilege i fremtiden?

93 *RELIS*
Vitamin B6 (Pyridoksin) ved svangerskapskvalme

94 *Yngve Nakling – leserbrev*
Slaget!

97 *Tor Carlsen – Utpostens edb-spalte*
EDB-verktøy for evaluering av egen praksis

Forside: Roland Tucker

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 20 77
Tlf. arbeid: 51 56 87 17
Fax: 51 53 00 79

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

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

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

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

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

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

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

Abonnement:
Kr 325,– pr. år.
Bankgiro 3838.07.68248
Postgiro 0825 0835 397

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

Hvor god er godt nok?

Tanker om livslang læring og helsetjenestens utvikling

Tiden preges av raske forandringer. Medisinske og andre sannheter har fått sin halveringstid sterkt redusert. Noen ser kaos og anarki under ansvar som fremtiden, andre forstår at nå trenger vi regler og systemer mer enn noensinne for å komme helberget inn i neste århundre.

Det er nødvendig at vi både preger utviklingen og tilpasser oss den.

I dette nummer av Utposten retter vi søkelyset mot primærlegens videre- og etterutdanning. Det er en debatt om hvordan vi forstår dagens situasjon og de historiske drivkreftene som har brakt oss hit. Og det er en debatt om hva slags leger og hvilken helsetjeneste vi ser for oss i den nære fremtid.

Legeforeningen har født LEIF (legers etterutdanning i fremtiden). Leif er sykehusene og 2. linjetjenestens barn. Her kan vi bare ønske og håpe at de som passer på Leif er villige og i stand til å lære noe av videre- og etterutdanningen i allmenn medisin.

De primærmedisinske yrkesforeningene retter kritisk søkelys mot sine egne videre- og etterudanningsprogram. Spesialitetskomitéen i samfunnsmedisin reiser spørsmålet om vi skal velge en rendyrket samfunnsmedisiner med en faglig klar og sterk profil eller om vi skal holde på kombidoktoren. I bakgrunnen spøker mange kombilegers frustrasjoner sammen med ønsket om utvikling av egne trygdemedisinsk fagmiljø (1). Aplf ønsker at ferske kolleger skal fanges opp bedre enn i dag og at det etableres en fast veileder for hele utdanningperioden. Dessuten vil de forandre deler av utdanningsprogrammet og de er på banen med ny utdannignshåndbok (2) Også NSAM retter søkelyset mot det som skal være kjernen i allmenn medisin (3)

I tillegg til kritikk og reformiver er grensene mellom de ulike primærmedisinske yrkesforeningene uklare, dels flyter de over i hverandre, dels har de liten bevissthet om hverandre. Grensene mellom 1 og 2 linje tjenesten er også uklar og arbeidsoppgaver, ansvar og myndighet griper over i hverandre. Kommunikasjonen mellom de ulike aktørene er ikke alltid like god. Karin Skarsaune beskriver et «kvist – spesialisert» sykehus. Det synes klart at et slikt sykehus kun kan fungere optimalt dersom det har en god og helhetlig primærhelsetjeneste å forholde seg til.

Regionene arbeider på spreng for å få fram sine planer. Helseplanutvalget i region 5 er først ute med omfattende forslag til omstruktureringer og funksjonsfordelinger. De forutsetter øket beredskap og vid kompetanse i primærhelsetjenesen.(4)

Og bakom alt ruger Gudmund Hernes og hans stab på en rekke viktige saker, fra eierforhold og ledelse i sykehus til melding om primærlegetjenesten og ny lov om psykisk helsevern. For å nevne noe av det som venter oss.

Oppgaver og utfordringer står i kø. Maktkampen bak all reformiveren skal vi la ligge. I stedet vil vi invitere til et tankeeksperiment. Den indre faglige logikk som driver fram utviklingen i 1. og 2. linjetjenesten er ulik. Den naturvitenskapelig kunnskapsbaserte medisin blir stadig flinkere. Prisen den betaler er at denne merviten stadig får innskrenket sitt bevissthetsfelt. Primærhelsetjenestens holistiske metoder og tanker er til dels impotente, til dels farlig medikaliserende. Kan vi forløse det beste fra begge ved at begge blir sin egenart mer bevisst? Kan primærlegen og sykehusspesialisten rendyrke sin egenart og øke polariteten i helsetjenesten? Vil et slikt motsetningsforhold skape sunne spenninger og en virkelighet som setter pasienten i sentrum? Liv oppstår i fruktbare parforhold. Primærlegen er mor, spesialisten er far. Forutsetningen for et godt samliv er at de kan kommunisere åpent og ærlig.

For primærlegen er det også en annen forutsetning. 1. linjetjenesten må ikke smuldre opp slik som 2. linjen gjør og skal gjøre det. Da vil selve forutsetningen for et fruktbart motsetningsforhold bli borte. De reformivrige primærlegene må se til hverandre og finne sammen. Det er kanskje på tide å si at det var en ulykke at allmenn og samfunnsmedisin skilte lag i 1984 (5). Og arbeidsmedisineren ser kanskje også sammenhenger mellom arbeidsplass, samfunn og familie så tydelig at han kan ønske seg en primærmedisinsk plattform for sitt virke. Erfaring viser at ferske leger først søker seg til allmenn medisin. Særlig samfunnsmedisin taper hos de ferske legene. Og senere forblir det slik. Når allmenn legen samler sin erfaring og ser sammenhenger mellom samfunn og sykdom i sitt eget nærmiljø, ja så er den samfunnsmedisinske kompetanse blitt ganske marginal og betydningsløs. Har samfunnsmedisineren forsømt sin primære kilde til innsikt: Nemlig hver enkelt pasients erfaringer? Skal vi kjempe for en primærmedisinsk spesialitet der allmennmedisin er begynnelsen og samfunnsmedisinen kommer tyngre inn i forbindelse med resertifisering senere i yrket? Og der trygdemedisin og arbeidsmedisin integreres.

Allmennmedisin uten samfunnsmedisin synes å være hodeløse greier. Samfunnsmedisin uten kontakt med den lidende får snart problemer med mandat og legitimitet i det samfunnet den så gjerne vil tjene. Og en felles primærhelsetjeneste – er ikke det en forutsetning for videre utvikling av en høyt spesialisert helsetjeneste?

1. Sjur Agdestein: Den nye hovedutdanningen i samfunnsmedisinen. Utposten 1997; 26 (2) s. 62.
2. Karin Skarsaune: Har vi verdens beste spesialistutdanning i allmennmedisin? Utposten 1997; 26 (2) s. 59.
3. Michael F de Vibe et al: Allmennmedisinens kjerne; konsekvenser for videre- og etterutdanning. Utposten 1997; 26 (2) s. 74.
4. Det regionale helse og sosialutvalg for helseregion Nord: Plan for den somatiske spesialisthelsetjenesten. Høringsutkast januar 1997
5. Johnny Mjell: Vi må få en tilnærming mellom spesialitetene i allmenn- og samfunnsmedisin. Utposten 1997; 26 (2) s. 68.

Bruk av følelser har forløst gleden ved å være lege

Karin Skarsaune intervjuet av Eystein Straume

Du er gjenvalgt for to nye år som leder av APLFs fagutvalg. Hva er fagutvalget mest opptatt av nå?
Det nye fagutvalget har hatt sin første idedugnad. Vi satser høyt og tar mål av oss til å gi en beskrivelse av den allmenn medisinske kjernevirksomheten. En systematisk beskrivelse og avgrensing av faget vil gjøre allmenn medisin tydeligere både for oss selv og for våre samarbeidspartner. Vi håper vi kan få dette nedfelt i et hefte slik som APLFs hefte om legevakt som kom sommeren 1996.

I det primærmedisinske området er det mange som driver fagutvikling. NSAM og APLFs fagutvalg har langt på vei samme målsetting. Hvordan er forholdet mellom de to?
Organisatorisk er samarbeidet ordnet slik at leder av fagutvalget har observatørstatus i NSAMs styre og NSAM har en observatør i fagutvalget. Fagutvalget søker å mobilisere alle medlemmene i hele det allmenn medisinske rommet. Jeg har regnet ut at vi alene sto for ca. 14.000 kurstimer i fjor. NSAM satser mer på elitetroppene. Jeg synes av og til at NSAM søker etter toppene i fagmiljøet og at de kan bli litt ekskluderende i forhold til andre i faget.

Det ligger et latent motsetningsforhold her. Foreløpig føler jeg at vi utfyller hverandre og at det er plass for begge. Jeg håper det kan fortsette slik til felles glede og nytte.

I dag er skillet mellom allmennmedisin og lokal samfunnsmedisin uklart og både ansvarsområder og arbeidsoppgaver flyter over i hverandre. Allmennmedisinerne er opptatt av forebyggende arbeid både på individ og familienivå. Trenger du en samfunnsmedisiner å forholde deg til i ditt arbeid?
Jeg ringer ofte til bydelsoverlegen. Det kan være saker som luseutbrudd i barnehagen, mistanke om matbårne infeksjoner og registrering av medikament misbrukere. Jeg opplever nok likevel at lokal samfunnsmedisinsk kompetanse ikke har så stor betydning for min praksis.

Det hevdes fra tid til annen at allmennmedisineren ikke ser samfunnet for bare enkelt individer. Hvordan ser du sammenhengen mellom enkeltindivid, helse og samfunn?
Jeg sitter overfor enkelt individ og engasjerer meg så intenst at jeg kun ser lokalsamfunnet fra pasientens ståsted. Forhold i samfunnet blir kun viktige når de er viktige for pasientens problemer. Som eksempel har jeg den senere tid hatt mange lærere som pasienter. Noen er trøtte og leie og vil skifte jobb, andre er rett og slett blitt syke av reform 94. Det er vanskelig å sykemelde disse så lenge det er arbeidskonflikten som er hovedsak, samtidig er det vondt å se på at det offentlige ikke gjør noe for å legge forholdene til rette for å gjøre arbeidsplassene levelige. Det offentlige tar ikke ansvar som arbeidsgiver.

Vi som ser dette må fortelle politikerne om konsekvensene av deres vedtak. Men her savner jeg både metoder for registrering og tilbakeføring av erfaringer. Du har vel rett i at jeg trenger mer samfunnsmedisinsk kompetanse.

I min praksis ble jeg svært opptatt av lokalsamfunnet og vilkår for helse. Og jeg anstrengte meg mye for å forstå og finne løsninger i et slikt helhetlig perspektiv. Etterpå var det ofte vondt å se at jeg på en måte hadde gitt pasientene mine krykker i stedet for å hjelpe dem til å stå på egne ben. Medikalisering ble en reell trussel for meg og tvang meg over i større passivitet. Angsten for å medikalisere og iveren etter å hjelpe ble en vanskelig konflikt. Hvordan løser du dette problemet?
Det er viktig for meg å plassere ansvaret for problemer og vansker der de rettelig hører hjemme. Jeg forsøker å bruke min intuisjon og empati til å få kontakt med og mobilisere pasientens følelser. Pasientens følelser blir en ledetråd som jeg kan nøste videre på.

Du har tidligere skrevet om emosjonenes betydning for deg i ditt legearbeid.

Kan du si mer om det?
Jeg er en annen lege i dag enn det jeg ble utdannet til å være. Vi lærte å være objektive, utenfra betraktende med gode kunnskaper og ferdigheter. Og vi skulle ikke gråte eller vise følelser. Forandringen for meg kom i veiledningsgruppen i

allmennmedisin. Til min undring «tilstod» jeg på et veiledningsmøte at det hendte at jeg gråt sammen med mine pasienter. De andre i min gruppe ristet forferdet på hodet. Og jeg kjente at for meg ville det være helt meningsløst slitsomt ikke å kunne vise følelser sammen med pasientene mine.

Jeg ble så veldig sliten av hele tiden å skulle undertrykke mine egne følelser. Senere har jeg mer bevist forsøkt å bruke det emosjonelle feltet og min intuisjon til å forstå pasienten bedre.

Det å gi meg lov til å bruke mine følelser har forløst legegleden i meg. Og det er mye glede i det allmennmedisinske rommet. Har du forresten sett den struttende livsgleden hos et lite barn. Det sier meg igjen og igjen at meningen med livet er liv og glede, ikke lidelse og død.

Kan du si mer om hvordan du bruker følelser og intuisjon. Det står jo i kontrast til den kunnskapsbasert medisinen som vi forsøker å tilegne oss.

Forholdet til den kunnskapsbaserte medisinen opptar meg, men la meg først si noe mer om hvordan jeg bruker følelser som en metode i min praksis. En gang fikk jeg en unge kvinne som pasient. Hun hadde vært utsatt for voldtekt. Hun var merkelig apatisk og uinteressert i det som hadde skjedd, jeg derimot kjente jeg ble mer og mer aggressiv. Etter en tid forstod jeg at det var hennes aggresjon jeg kjente og langsomt kunne jeg hjelpe henne slik at hun og ikke jeg kunne kjenne på aggresjonen. På den måten ble hun etterhvert i stand til å bearbeide det som hadde skjedd. Jeg var ung lege og denne erfaringen ble en grunnleggende «aha – opplevelse» for meg. I dag er jeg mer var for ikke verbale signaler fra pasientene.

Og jeg bruker signalene både diagnostisk og terapeutisk. De blir ledetråder jeg kan nøste på og kilde til undring og nysgjerrighet. Jeg går inn i pasientens følelser og erfarer stadig nytt, jeg er imidlertid bevisst på at jeg også skal ut av disse følelsene slik at de fortsatt tilhører rette vedkommende.

Når du bruker følelsene på denne måten må du fortolke uklare signaler. Hvordan unngår du å mistolke og fordømme?

Du påpeker noe som er vanskelig. Jeg opplever at de emosjonelle signalene gjør meg nysgjerrig og i stand til å stille spørsmål som pasienten kan svare på. Det er pasienten og ikke jeg som har fasit. Jeg erfarer også at jo nærmere jeg kommer pasienten jo større

respekt får jeg for nettopp det medmennesket som sitter foran meg. Til mer jeg kommer på innsiden av pasienten, til større respekt får jeg for de valgene pasienten har gjort i sitt liv. Og det gir meg en stor tilfredstillelse å merke at det er jeg med hele mitt vesen som blir det viktigste instrumentet i min praksis. Og slik jeg bruker meg selv forsøker jeg å få pasienten til å bruke seg selv også. Forsøker å få pasienten til å spørre: «Hva er det kroppen min sier til meg nå». Vi er lært opp til å tolke symptomer med basis i lærebokens beskrivelser av sykdommer. Hvor mye mer spennende er det ikke å jakte på forklaringene med utgangspunkt i pasientens og mine egne opplevelser av symptomene.

Kunnskapsbasert medisin er på alles tunger nå. Du har advart mot «Cochrane – vekkelsen» og sier at den ikke må få ta overhånd fullstendig. Hva mener du?
Kunnskapsbasert medisin er viktig og den skal vi ha og den skal vi bruke. Det som bekymrer meg er den store entusiasmen og de få motforestillingene jeg møter. Vi vet mye om det vi har metoder til å vite noe om. Vi blir blendet av det vi vet og kan. Og glemmer fordi vi ikke ser det lenger, det store mørke rommet av uvitenhet. Det er jo bare en flik av virkelighet vi har kunnskap om. Og nettopp kunnskapen gjør det mørke rommet mørkere. Det er så mange problemstillinger som ikke lar seg belyse av den kunnskapsbaserte medisinen og som dermed forblir i det mørke. Fagutviklingen foregår på områder som fjerner seg mer og mer fra folks virkelighet. Vi står ofte overfor sammensatte og komplekse, nesten kaos lignende tilstander hvor den kunnskapsbaserte medisinen alene blir en skrøpelig veiviser.

Vi vet svært mye om medikamentell behandling av høyt blodtrykk, men svært lite om andre måter å forstå og behandle hypertoni. Og all muskel skjellett smerten vi ser står vi ofte sørgelig hjelpeløse overfor. Og det selv om dette er områder som truer hele folketrygden med sine utgifter.

Denne konflikten er kanskje enda mer synlig i forholdet mellom 1. og 2. linjetjenesten. Du beskriver grenspesialistene som har videreutviklet seg til «kvist – spesialister» slik at et moderne sykehus fortoner seg som rene klungerbusken.
Samhandlingen mellom allmennlege og sykehus er viktig og kan bli bedre. Jeg er likevel mest opptatt av at begge parter skal vite noe om hverandres egenart. Polariteten mellom de to instansene er viktig. Jeg kan kun utføre mitt arbeide med mine metoder og min forståelse dersom sykehuslegen arbeider på sine premisser. Et moderne sykehus kan ikke fungere uten en god allmennlegetjeneste å støtte seg på og allmennlegen trenger sykehusets spesielle kompetanse. Men de to må kjenne til hverandre, de må respektere hver andres posisjon og de må kunne samhandle. Ulikheten blir en forutsetning for at begge kan yte sitt beste. Målet er at vi både kan la erfaringens og forholdets medisin blomstre.

Du får likevel et problem med begrepet «allment aksepterte faglige normer» for det er den kunnskapsbaserte medisinen som setter disse normene i stadig sterkere grad. Hvordan kan du følge med i ditt fag uten å bli fanget av den kunnskapsbaserte medisinen fullstendig. Eller skal jeg heller spørre hvordan du unngår å drukne i informasjonsflommen?
Vi nærmer oss nå spørsmål om videre og etterutdanning og det opptar meg mye. Jeg tror vi har mye å hente hos hverandre. Kollegialt fellesskap, gjerne i små grupper har gitt meg mye og er en kilde å øse av. Og her er det mer enn kunnskapsbasert medisin å hente! Praksisbesøk og ordninger med hospitering er også viktig. Det gjelder å få et forhold ikke bare til kunnskapen, men enda mer til måten vi anvender den på.

Jeg har kjent grensene for hva jeg kan makte i min praksis og utbrenthet har vært et spøkelse. Du snakker om hva yrket gir deg, jeg snakker kanskje mer om hva yrket tar fra meg.

Kan du si mer om hvordan du bevarer gleden i lege yrket?
Jeg blir også ofte sliten, likevel føler jeg at jeg hver dag får mye. Jeg henter gleden fra pasientene. Jeg tar i mot alt pasientene gir meg av seg selv og sin livserfaring, av sin glede og sine smerte. Og mitt liv blir rikere, jeg blir mer intenst tilstede i mitt eget liv.

Og jeg har stor glede av samvær med kolleger. Slik vi nå har snakket sammen om forhold og erfaringer fra vår yrkespraksis er viktig for meg. Kolleger skulle i mye større grad snakke sammen! Selv om vi har vår yrkeserfaring fra ganske ulike områder i landet så har vi mange felles erfaringer som det er viktig å hente fram. Så blir gleden i yrket gleden ved å kunne komme medmennesket nær. Og det er hva alt dreier seg om, for det er i forholdet til medmennesket at jeg blir til.

❑

Har vi verdens beste spesialist-utdanning i allmennmedisin?

En bekymring, en inspirasjon og en visjon

Tekst: Karin Skarsaune

Karin Skarsaune, født 1951, cand. med Oslo 1977. Allmennpraksis i bydel 7 i Oslo i 13 år, leder av Aplfs fagutvalg. Mor til tre. Opptatt av intuisjonen og emosjonenes betydning i legepraksis, glad i Nord – Norge og frisk luft!

Det er risikabelt å reise utenlands. Særlig å reise langt og se noe som er helt forskjellig fra det hjemlige. Du risikerer å bli rokket i troen på at ditt eget hjemlige er det beste i verden.

Fagutvalget i Aplf var på studiereise i USA sist høst, bl.a. for å se på spesialistutdanningen. Det vi så, næret opp under en ulmende bekymring som har vokst fram i meg de siste årene: Er vår videreutdanning i allmennmedisin egentlig så god som vi tror? Er den god nok for dagens og morgendagens krav?

Bekymringen

Den norske modellen for videre- og etterutdanning i allmennmedisin har med rette vakt oppsikt og anerkjennelse internasjonalt. Vi har vist at det går an å bygge en god spesialistutdanning på to viktige prinsipper: Allmennmedisin læres best i allmennpraksis, ikke i sykehus-blokker, og kollegabasert læring i smågrupper er like bra som en-til-en veiledning av en erfaren lærer. Dette har gitt allmennpraktikere også i andre land mot til å gå nye veier i sin spesialistutdanning.

For mange av oss som var med i de første utdanningskullene, var både innholdet i utdanningsprogrammet og de pedagogiske metodene som en lystseilas fra den ene aha-opplevelsen til den andre: Vi hadde liten eller ingen bakgrunn i allmennmedisin fra studiet og måtte lære oss å fuske i faget på egenhånd. Når vi så kom sammen i grupper og fikk høre at de andre fusket på stort sett de samme måtene, opplevdes det som en stor lettelse for den faglige samvittigheten. Og når vi attpåtil fikk McWinney's og Pendelton's autorisering av at dette var anerkjente, allmennmedisinske arbeidsmåter, var paradiset innen rekkevidde.

Dagens utdanningskandidater har heldigvis med seg en langt større allmennmedisinsk ballast fra grunnutdanningen. De har fått allmennmedisinsk tankegang inn med den medisinske morsmelka, og for dem er mange av de sannhetene vi måtte oppdage selv, de rene selvfølgeligheter. Men dermed går de også glipp av endel av aha-opplevelsene og den positive motiverings- og læringsfaktoren som ligger i disse opplevelsene. Som veileder opplever jeg at det er langt vanskeligere å tenne dagens utdanningskandidater enn det var å tenne oss. Nå er kanskje ikke tenning noen forutsetning for å bli en god allmennpraktiker, men det virker i hvert fall som om manglende tenning gjør læringsprosessen tyngre: De er mindre nysgjerrige, vanskeligere å få i gang med litteratursøk på egen hånd, praksisregistreringer, video-opptak av konsultasjoner o.s.v. Det kan virke som om utdanningsprogrammet rett og slett kan bli for kjedelig og lite utfordrende for dem som har endel allmennmedisinsk tankegang innabords fra før. Og bekymringen vokser fram i meg: Er vårt utdanningsprogram avhengig av pionerenes entusiasme for å fungere godt nok? Eller er jeg bare en gammel nostalgiker som vil at mine kandidater skal oppleve gledene ved faget like sterkt som meg?

Vi har fått en ny utdanningshåndbok med oppdatert faglig stoff og mer innbydende layout. Den inneholder gode forslag til utradisjonelle pedagogiske tilnærminger til stoffet, men foreløpig har jeg ikke opplevd at kandidatene har tent noe mer på den.

Dagens utdanningskandidater har i mye større grad enn oss «vokst opp med» mediafokusering på legetabber, klagesaker o.s.v. Mange lever i kronisk angst for å gjøre feil, og en del unnlater å søke seg til, eller forbli i, allmennpraksis fordi de føler seg så alene om

ansvaret. De økonomiske insentivene til å velge allmennpraksis framfor sykehusjobber, er også i ferd med å forsvinne. Til sammen kan dette skape betydelige rekrutteringsproblemer i primærhelsetjenesten i årene framover. Gir utdanningsprogrammet tilstrekkelig støtte og supervisjon til de helt ferske utdanningskandidatene? Hvem vet forresten at du er utdanningskandidat i allmennmedisin før du, ofte langt ut i programmet, kommer med i en veiledningsgruppe? Hvem bryr seg om deg og hjelper deg i den vanskelige startfasen?

Inspirasjonen

Det utdanningsprogrammet vi så i USA var svært forskjellig fra vårt. Det startet på et tidligere tidspunkt i kandidatenes karriere; rett etter det som tilsvarer vår embetseksamen. Dermed erstatter det også vår turnustjeneste, og må naturlig nok legges opp med enda tettere oppfølging fra veileder. Det vi så kan gi nyttige impulser til hvordan vi bedre kan følge opp våre turnuskandidater, ikke bare spesialistkandidatene.

Utdanningsprogrammet varer i tre år med intensiv trening. De godkjente utdanningsinstitusjonene er akademiske allmennpraksiser som samarbeider nært med ett eller flere sykehus. Det stilles strenge standardkrav til de intitusjonene som skal godkjennes, og det er en betydelig innbyrdes konkurranse mellom dem om hvem som har det beste utdanningsprogrammet og dermed kan lokke til seg de beste utdanningskandidatene. Slik så det ut i den praksisen vi besøkte:

Det først året tilbringer kandidatene 80% av tiden på sykehuset, der de rullerer mellom avdelingene, men følges opp av den allmennpraktikeren fra den akademiske praksisen som har ansvaret for praksisens inneliggende pasienter. Denne allmennpraktikeren har daglige morgenmøter med kandidatene hvor de drøfter de pasientene som kandidaten har ansvaret for, forbereder faglige møter tre ganger i uken hvor kandidatene må holde innlegg o.s.v. På kandidatenes timeplan er satt av tid til faglig fordyping og veilederen er hele tiden tilgjengelig for å gi hjelp til litteratursøk, forberedelse til faglige innlegg og evaluering av innlegget etterpå.

De resterende 20% av tiden i det første året, 50% i det andre året og 80% i det tredje året, arbeider kandidatene på det store legesenteret, den akademiske mønster-praksisen. Her arbeider ferske kandidater, seniorkandidater og praksislærere side om side. Men inne i et lite rom midt i legesenteret sitter hele tiden en praksislærer hvis eneste oppgave er å veilede kandidatene. Han har masse litteratur tilgjengelig, Med-line og Internet-tilknytning og alt han ellers måtte ønske seg av kunnskapsdatabaser.
Hele tiden kommer det kandidater innom for å be om råd, drøfte et kasus og av og til for å få veilederen med seg inn på undersøkelsesrommet for å se på en pasient. Han går også gjennom de ferskeste kandidatenes journalnotater og er juridisk ansvarlig for det arbeidet kandidatene gjør. Denne veilederfunksjonen går på omgang mellom praksislærerne, vanligvis for en halv dag av gangen. Senteret har også en psykolog tilknyttet, som i tillegg til pasientbehandling og rådgivning overfor legene, har ansvaret for kommunikasjons- og konsultasjonstrening av kandidatene. Utdanningsprogrammet har spesifiserte krav til videoopptak av konsultasjoner og gjennomgåelse med veileder.

Det føres en «praksis-logg» for alle kandidatene: hvilken tjeneste de har fullført, hva slags pasienter de har behandlet, hvilke prosedyrer de har lært og utført mm. og det stilles krav til både bredde og dybde i den kliniske erfaringen de skal ha fått før programmet er avsluttet. Det legges vekt på at kandidatene så langt det er mulig skal få følge opp de pasientene de startet ut med det første året.

Jeg har omtalt denne utdanningsinstitusjonen som «en akademisk praksis» og det var den i ordets rette forstand. De ansatte legene drev vekselbruk mellom pasientbehandling, tilsyn med senterets inneliggende pasienter på sykehuset, veiledning av utdanningskandidatene og forskning. I en egen fløy tilknyttet legesenteret hadde de sine «akademiske kontorer» med en egen kontorstab som administrerte utdanningsprogrammet og assisterte dem i forskningsprosjektene. En egen forskningskoordinator var ansatt i full stilling.

Alt dette er veldig forskjellig fra vårt videreutdanningsprogram, og jeg skal ikke begi meg inn i drøftinger om hva som er bedre og hva som er dårligere enn i vårt system. Men jeg har latt meg inspirere av de beste sidene ved det amerikanske systemetet til å tegne en visjon av en ny, norsk videreutdanning i allmennmedisin, som jeg trøster meg med når bekymringen over dagens ordning blir påtrengende. Den er ganske spontan og ikke ferdig gjennomtenkt enda, men jeg tar sjansen på å dele den med dere, som et utgangspunkt for videre diskusjon:

Visjonen

Jeg ser for meg et system der en fersk lege som får lyst til å spesialisere seg i allmennmedisin , ved slutten av distriktsturnus eller etter å ha snust litt på andre fagområder, melder seg til Legeforeningen som utdanningskandidat i allmennmedisin. I løpet av en måned får hun da innkalling til en samtale med en veileder, enten en regional veiledningskoordinator eller en lokal veileder som hun senere skal gå i veiledningsgruppe hos. Sammen legger de opp en individuell utdanningsplan for kandidaten: Hvilke utsikter har hun til å få eller beholde jobb i allmennpraksis i distrik-

tet eller i nærheten, når tar hun sikte på hvilke grunnkurs, hva slags sideutdanning ønsker hun og når er det fornuftig å ta den, når bør hun starte i veiledningsgruppe? o.s.v.

Ved denne første veiledningssamtalen får kandidaten også med seg en protokoll (i fremtiden kanskje en diskett?) for kontinuerlig registrering av praksisprofil, hvilke tilstander hun har behandlet, prosedyrer som er gjennomført o.s.v. Hun får i oppgave å registrere og reflektere over sin praksisprofil fram til neste veiledningssamtale. I løpet av det første halvåret etter at hun har registrert seg som utdanningskandidat, får hun tilbud om plass på Grunnkurs I, i en litt utvidet og revidert utgave i forhold til dagens.

Til neste veiledningssamtale, ett år senere, bringer kandidaten med seg sin oppgave og sammen med veilederen prøver hun å definere videre læringsbehov utfra det hun har erfart i løpet av året: På hvilke felt føler jeg meg mest faglig usikker? Hvordan kan jeg lære mer om dette? Hvordan trives jeg i allmennpraktikerrollen? Hva kan jeg gjøre for å bli mer komfortabel i den, og hvordan kan jeg lære å bruke min personlighet bedre i den? Hvilke pasientgrupper ser jeg for lite av, og hva kan jeg gjøre med det? Hvilke praktiske prosedyrer må jeg trene på? o.s.v.

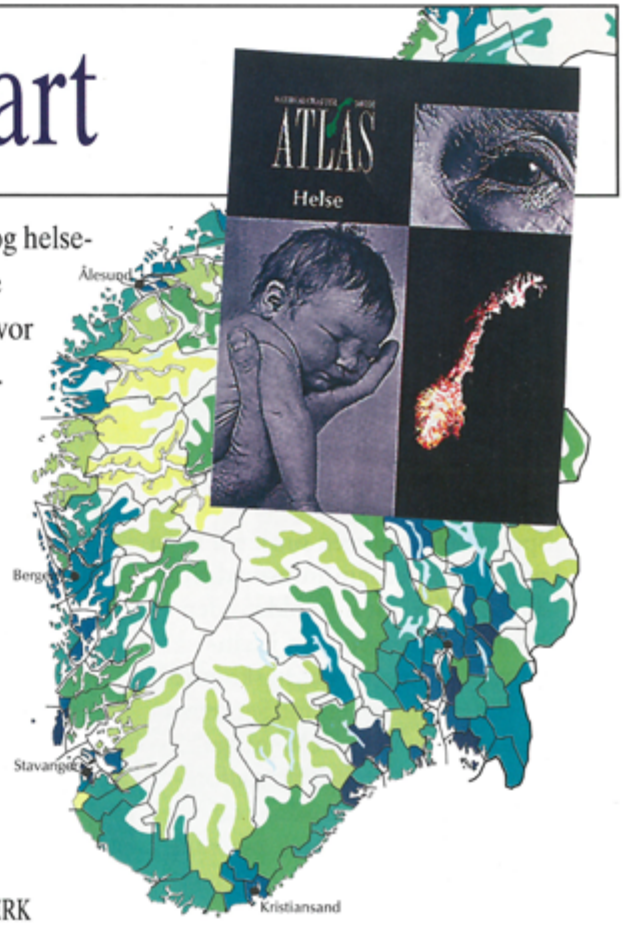
Også når kandidaten starter i veiledningsgruppe, fortsetter de årlige samtalene med veileder, der utdanningsplanen revideres etter egne behov og spesialistutdanningens formelle krav. Ved slutten av hovedutdanningen skal protokollen/disketten være full: Dokumentasjonen på fullførte obligatoriske og frivillige kurs, oversikt over bredden i den kliniske erfaringen, utførte prosedyrer, læringsmålene som har vært definert underveis og hvordan de er nådd, o.s.v.

Moden for revisjon?

Holder vår spesialistutdanning i allmennmedisin mål i forhold til morgendagens krav? Og hvis ikke: hva kan vi gjøre med det? Hvordan kan vi motivere utdanningskandidatene for selvstendig kunnskapstilegnelse og refleksjon? Hvordan kan vi tenne nysgjerrigheten og entusiasmen hos dem og la dem få oppleve gleden over faget?

Karin Skarsaune
Pb. 27 – Bekkelaget
0137 Oslo

Helse-Norge på kart



Helseatlaset som nå er i salg gir et nærbilde av helsetilstanden og helsetjenestene i Norge. Kartene gir et godt innblikk i de geografiske forskjellene i utbredelsen av sykdommer og dødsårsaker, og i hvor godt eller dårlig helsetjenesten er utbygd i ulike deler av landet. Teksten utdyper og forklarer kartene og det rike tilfanget av figurer og fotografier.

Boka er utarbeidet av Statens kartverk i samarbeid med Statens helsetilsyn og Geografisk institutt ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Atlaset kjøper du i bokhandelen.

Atlaset koster kr 350,-

ISBN 82-90408-53-6

STATENS KARTVERK

Den nye hovedutdanningen i samfunnsmedisin

Tekst: Sjur Agdestein

Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin. M.P.H. Leder av spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin. Rådgivende overlege Fylkestrygdekontoret i Nord-Trøndelag. Privat allmennpraksis Egge legekontor. Tidligere distriktslege, kommunelege I, helse- og sosialsjef, assisterende fylkeslege, leder Nord-Trøndelag legeforening, styremedlem OLL mm.

Innledning

Spesialitetskomiteen ønsker å få en avklaring i det samfunnsmedisinske fagmiljø om innholdet i den nye hovedutdanningen i samfunnsmedisin. Spesialitetskomiteen vil fremme saken for Sentralstyret i løpet av våren. Offentlige legers landsforening, Spesialforening for samfunnsmedisin og Norsk Trygdemedisinsk Forening vil formelt uttale seg. Utpostens lesere inviteres herved til å komme med innspill. Prinsipielt står valget mellom videreføring av tradisjonen med en stor bredbaset spesialitet med vid port og en liten eksklusiv spesialitet med rendyrkning av det genuint samfunnsmedisinske. Artikkelen gjennomgår det historiske, juridiske, statistiske og politiske grunnlag for veivalget.

Historikk

Et utvalg nedsatt av Offentlige legers landsforening (OLL) la i 1980 frem en innstilling om «samfunnsmedisin». Det resulterte i et landsstyrevedtak i Den norske lægeforening om samfunnsmedisin som egen spesialitet. Et eget regelverk ble utarbeidet av Skoglandutvalget. Spesialiteten ble innført fra 1.1.84. Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin med Harald Siem som forfatter ble utgitt i 1987. Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for samfunnsmedisin forelå i 1989.

Departement og Storting tok i 1990 til orde for at spesialistreglene måtte vurderes pånytt for å styrke faget samfunnsmedisin på alle forvaltningsnivå. Den første «lærebok» i samfunnsmedisin ble utgitt i 1992. I 1993 vedtok landsstyret i Den norske lægeforening nye spesialistregler i samfunnsmedisin etter omfattende forarbeid av spesialitetskomiteen. De nye spesialistregelene blir enerådende fra 1.1.98. I 1995 ble revidert Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for samfunnsmedisin vedtatt og revidert Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin ble utgitt med Magne Nylenna som redaktør. Samme år la komiteen fram revidert utdanningsprogram i samfunnsmedisin.

Definisjon og overordnet målsetting for faget samfunnsmedisin

Vitenskapen om og aktiv deltagelse i samfunnets organiserte anstrengelser for å forebygge sykdom, forlenge liv og fremme livskvalitet og bedre helse.

Spesialitetens funksjon og virkeområde

De viktigste arbeidsoppgavene i faget er:

- overvåking og analyse av helsetilstanden i befolkningen og faktorer som kan påvirke helsetilstanden positivt og negativt
- overvåking, analyse og ledelse av helsetjenesten på alle forvaltningsnivåer
- planlegging, gjennomføring, evaluering og kvalitetssikring av tiltak i egen og andre sektorer for å bedre helsetilstanden og forebygge sykdom

Disse arbeidsoppgavene baserer seg på kompetanse innenfor fire hovedområder (8):

1. Helsetjenestekunnskap, administrasjon og ledelse
2. Helsefremmende og forebyggende arbeid og sosialmedisin
3. Miljømedisin og smittevern
4. Vitenskapelig metoder og teori

Status presens

- 505 godkjente spesialister pr 1.1.97
- 7. største spesialitet etter allmennmedisin, indremedisin, kirurgi, psykiatri, anestesiologi og gynekologi og fødselshjelp
- 20-43 godkjente spesialister årlig i 1985-96 med årssnitt på 30 godkjenninger

Hovedutdanning i de gamle spesialistregler

Fire års tjeneste i primærhelsetjenesten, hvorav ett år i allmennmedisin og tre år i kommunal legestilling med samfunnsmedisinske oppgaver.

Med kommunal legestilling med samfunnsmedisinske oppgaver menes distriktslege med verv som helserådsordfører og/eller (fra 1.4.84) medisinsk faglig ansvarlig/rådgivende lege (kommunelege I, bydelsoverlege) eller tilsvarende stilling eller kommunal legestilling (kommunelege II, bydelslege I eller II) med godkjent opplæringsprogram i samfunnsmedisin.

Hovedutdanning i de nye spesialistregler

1. 3 års tjeneste i stilling/praksis med samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver i helsetjenesten på kommunalt, fylkeskommunalt eller statlig nivå. Samfunnsmedisinsk tjeneste med annen organisatorisk tilknytning kan godkjennes for inntil 1 år av denne utdanningen, etter individuell vurdering.
2. 1 års stilling/praksis i kommunehelsetjenesten, hvorav minst halvparten av ukentlig arbeidstid skal være i kurativ virksomhet i åpen, uselektert allmennpraksis.
3. Veiledet utdanningsprogram med normal varighet på 3 år, hvorav minst 1 år i stilling/praksis i kommunehelsetjenesten.

Merknad: Med «stilling/praksis med samfunnsmedisinske oppgaver» menes samfunnsmedisinske oppgaver i en slik utstrekning at kravene i det veiledede utdanningsprogrammet kan gjennomføres på fastsatt tid.

Bakgrunnen for de nye spesialistregler

De gamle spesialistregler tok utgangspunkt i den gamle distriktslege- og helserådstradisjonen i kommunene fra før Lov om helsetjeneste i kommunene fra 1984. Denne arena for samfunnsmedisinsk spesialistutdanning ble etterhvert for snever. Samfunnsmedisinske heldagsstillinger på fylkeslegekontor, i Helsedirektorat og Sosialdepartement meriterte ikke til spesialiteten hvilket var klart urimelig.

Opp gjennom årene vedtok sentralstyret at en rekke ulike stillinger skulle telle med inntil 1 år av hovedutdanningen i samfunnsmedisin (Oslo Helseråd avd for sosialmedisin og avdeling for AIDS, områdeoverlege i HVPU, koordineringsgruppen for helsetjenesten i Oslo, avdelingsleder ved avdeling for helseopplysning ved Statens Helseundersøkelser, underordnede legestillinger og forskerstillinger ved avdeling for miljømedisin og avdeling for samfunnsmedisin ved SIFF).

Nasjonale myndigheter har støttet faget samfunnsmedisin og tatt til orde for en sterkere satsning på samfunnsmedisin på alle forvaltningsnivå. Stortinget vedtok i 1990 med denne bakgrunn at spesialistreglene måtte vurderes på nytt. Målene med de nye spesialistreglene var en bredere vei til spesialiteten med satsning på alle forvaltningsnivå og en kvalitativ forbedring av spesialistutdanningen. De nye regler markerte et klart brudd med tradisjonen om samfunnsmedisin som en primærmedisinsk spesialitet. Den nye målbeskrivelsen, utdanningshåndboken og arbeidsprogrammet søker å implimentere dette.

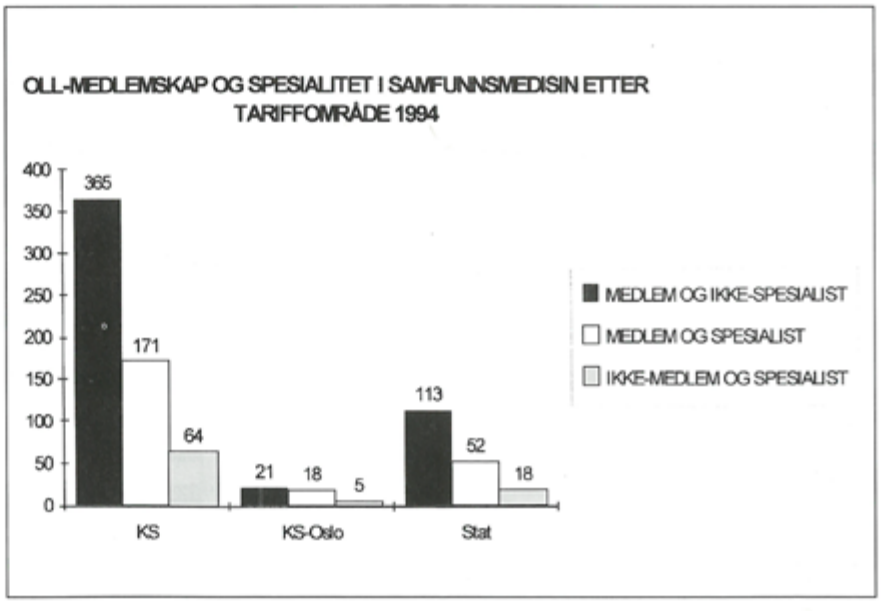
Samfunnsmedisinske stillinger og spesialister

Målbeskrivelsen gjennomgår de samfunnsmedisinske stillinger på ulike forvaltningsnivå og i private helsetjenester.

Omorganiseringen av Den norske lægeforening i 1992 medførte en grensedragning mellom de ulike stillingsgrupper med inndeling og obligatorisk medlemskap i yrkesforeninger. Medlemskap i yrkesforeningen Offentlige legers landsforening, som også er Spesialforening for samfunnsmedisin, kan etter dette på ett vis definere landets samfunnsmedisinske stillinger.

Medlemmer i OLL (I) og andel spesialister i prosent (II) pr 1994:

	I	II
KS	536	32
KS-Oslo	39	46
Stat	165	19
Norge	740	33



På dette tidspunkt var 87 spesialister i samfunnsmedisin ikke medlemmer av OLL. I følge Legeforeningens medlemsregister arbeidet 54 % av spesialistene i samfunnsmedisin i samfunnsmedisinsk hovedstilling, 8 % var pensjonert og 38 % arbeidet i annen type hovedstilling. Dette tyder på at samfunnsmedisinske spesialister søker vekk fra samfunns-medisinske hovedstillinger. Omfanget av samfunnsmedisinske bistillinger er ukjent.

Et flertall på 56 % av spesialister i samfunnsmedisin er dobbeltspesialister, 40 % er bare spesialist i samfunnsmedisin, mens 4 % har 3 eller flere spesialiteter.

Primærleger og kommunalt administrative stillinger

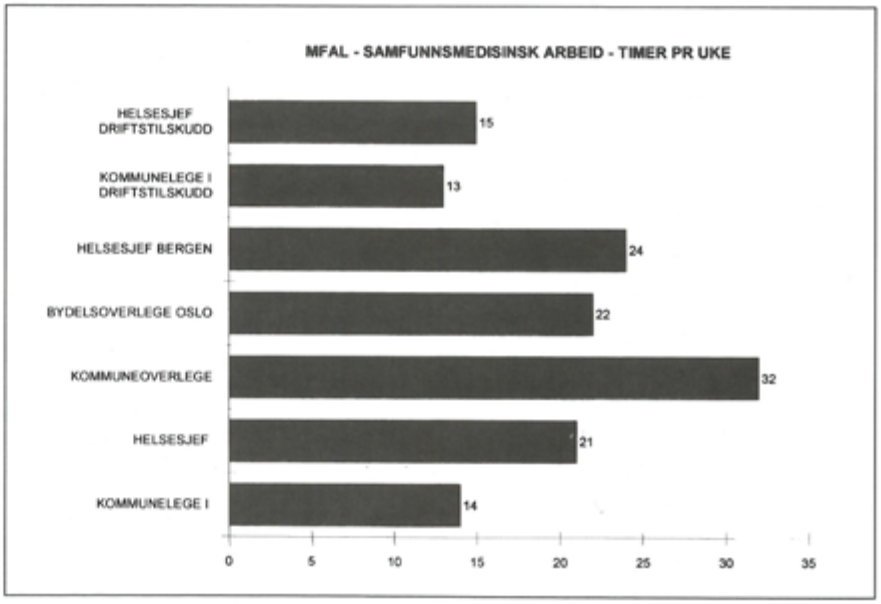
Antall samfunnsmedisinske spesialister i kommunale stillinger varierer fra 8 i Finnmark og Telemark til 33 i Oslo med et fylkessnitt på 19. Spesialistdekningen varierer fra 6000 innbyggere pr spesialist i Finnmark til 16000 i Rogaland. I 1992 var 32 % av de medisinsk faglig ansvarlige leger i kommunene i landet besatt med spesialist i samfunnsmedisin og 45 % besatt med spesialist i allmennmedisin.

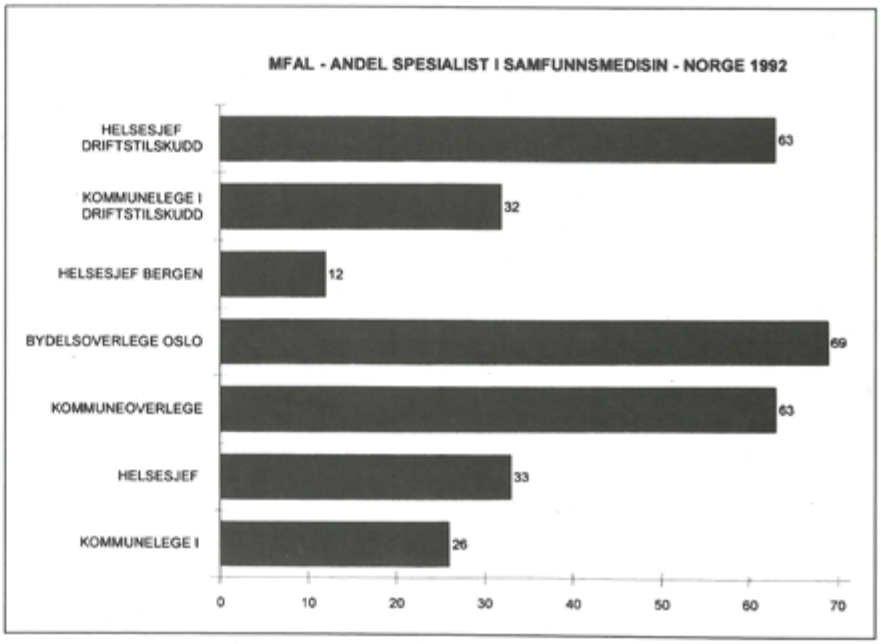
Medisinsk ansvarlig leger i landet hhv fordelt på

I Stillingsgrupper nominativt
II Stillingsgrupper prosentvis
III Andel spesialister i samfunnsmedisin i prosent
IV Andel samfunnsmedisinsk arbeid i timer pr uke
V Andel samfunnsmedisinsk arbeid i prosent av full arbeidstid (12):

Før 1984 hadde stads- og distriktsleger med verv som helserådsordfører i hovedsak fastlønn for 14 timer samfunnsmedisin og privat allmennpraksis resten av uka. Etter 1984 dominerte fastlønnsstillinger en periode, men også disse fordelte stort sett sin faglige virksomhet på 2 dagers samfunnsmedisin og 3 dagers kurativ allmennpraksis pr uke. Bare 112 eller 28 % av medisinsk faglig ansvarlig/rådgivende leger i kommunene brukte mer enn halvparten av arbeidstiden til samfunnsmedisinske oppgaver. De siste årene har tendensen gått i retning av samfunnsmedisinske oppgaver 1-2,5 dag pr uke kombinert med driftstilskudd resten av uka. Hvordan den samfunnsmedisinske stillingsstruktur evt. vil bli i et nytt fastlegesystem er enda ukjent. Mye tyder på at deltids samfunnsmedisinske stillinger kombinert med fastlegepraksis vil få en sentral plass.

	I	II	III	IV	V
Kommunelege I/fastlønn	213	51	26	14	37
Helsesjef/fastlønn	62	15	33	21	52
Kommuneoverlege/fastlønn	17	4	63	32	88
Bydelsoverlege Oslo/fastlønn	21	6	69	22	68
Helsesjef Bergen/fastlønn	12	3	12	24	69
Kommunelege I/driftstilskudd	65	15	32	13	31
Helsesjef/driftstilskudd	27	27	63	15	36





Det er ukjent hvor mange kommuner som har fordelt det samfunnsmedisinske arbeid på flere legestillinger. OLL har anbefalt at alle kommuner skal ha en stedfortreder for medisinsk faglig rådgiver. Antallet hovedstillinger antas å være få, men omfanget av bistillinger er nok betydelig.

Tjeneste som medisinsk faglig ansvarlig/rådgiver i kommune og stedfortredende (kommunelege II/ass. kommuneoverlege mv.) for denne har til nå meritert fullt ut som hovedutdanning i samfunnsmedisin uavhengig av den faktiske størrelse på den samfunnsmedisinske stillingsandel. For kommunelege II har det vært krav om 3 års deltakelse i veiledninggruppe og gjennomføring av utdanningsprogram som en form for kompensasjon for manglende omfang av samfunnsmedisinsk praksis.

Dagens fortolkning av kravet til reell samfunnsmedisinsk praksis i stillinger som meriterer fullt i hovedutdanningen, står i betydelig kontrast til samtlige andre spesialiteter. I allmennmedisin er det et krav at minst halvparten av ukentlig arbeidstid skal være i åpen uselektiv praksis, den resterende del av arbeidstiden skal være innen andre allmennmedisinske arbeidsområder, og den ukentlige arbeidstid i allmennmedisinsk virksomhet skal ikke være mindre enn arbeidstid i vanlig legestilling. I alle andre spesialiteter inkludert arbeidsmedisin meriterer kun den rent fagspesifikke del av tjenesten.

I hht. de generelle regler for spesialistutdanningen kan deltidsstillinger meritere, men må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Deltidsstilling kan evt. godkjennes ned til halv tids stilling med tilsvarende redusert tellende verdi. Slik tjeneste kan maksimalt godkjennes for 2 år av den totale spesialistutdanning. Allmennmedisin er pt. den eneste spesialitet som har unntak fra 2-årsregelen for deltidsstillinger.

Innen EU skal spesialistutdanningen foregå på heltid, men deltidstjeneste kan innrømmes på vilkår godkjent av det enkelte medlemsland og under tilsyn av vedkommende nasjonale myndigheter. Norge er fra 1. juli 1994 bundet av dette Rådsdirektiv 93/16/EØF. Legeforeningens EØS-utvalg sier i sin rapport av 17. april 1996: «I land som har spesialiteten samfunnsmedisin, avspeiler utdanningen i noen grad nasjonale forhold ved organiseringen av helsevesenet. I Norge er spesialistutdanningen fortsatt basert på vår særmerkte distriktslegetradisjon, selv om de nye utdanningsreglene gir en bredere plattform og ikke så sterkt forankrer spesialiteten i kommunehelsetjenesten. Community medicine er mer institusjonsbasert og/eller sterkere preget av folkehelse-arbeid på et høyere forvaltningsnivå enn norske kommuner. Likevel er det grunn til å tro at de norske kravene til samfunnsmedisinere vil stå seg godt internasjonalt. Generelt har samfunnsmedisin store og vanskelige utfordringer hva angår harmonisering av regelverket. Sannsynligvis må en akseptere noen nasjonale særegenheter, men bli enige om en felles plattform bygget på legenes faglige bidrag i en internasjonal Public Health-tradisjon.»

Ved overgang til de nye spesialistregler må kommunal samfunnsmedisinsk stillingstruktur pånytt vurderes opp mot de generelle regler og prinsipper for spesialistutdanning i Norge. Ved en skjerpet fortolkning i samsvar med de generelle spesialistregler meriterer bare 112 av 417 medisinsk faglig ansvarlige leger i kommunene, dvs de 28 % som arbeidet med samfunnsmedisin halvparten av arbeidstiden eller mer. Ved en slik skjerpet fortolkning, som f. eks. arbeidsmedisin praktiserer, meriterer disse 28 % bare forholdsvis i forhold til den samfunnsmedisinske stillingsandel og maksimalt inntil 2 år. Ingen av kombilegene med driftstilskudd og bare et minimalt antall kommunelege II o.l. vil da meritere i samfunnsmedisinsk hovedutdanning.

Stortinget vedtok 30. april 1996: «Det henstilles til Regjeringen å styrke samfunnsmedisinen med særlig vekt på lokalsamfunnsmedisin ut i fra at 90 prosent av folks helsetjenester dekkes av kommunene.» Statens helsetilsyn og Folkehelsa har på Sosial- og helsedepartementets forspørsel fremmet forslag om slike tiltak.

Samfunnsmedisinske stillinger på fylkesnivå

I fylkeskommunen finnes samfunnsmedisinske stillinger som fylkeshelsesjef, spesiallege, sykehusdirektør, sjeflege mv. Fylkeshelsetjenesten står foran betydelige utfordringer og reformer. Behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse er betydelig. Mange av stillingene er besatt med sykehusspesialister med administrativ tilleggskompetanse. Disse har tradisjonelt faglig og foreningsmessig orientert seg mot sine sykehusspesialiteter og Overlegeforeningen. I økende grad har leger i disse stillinger søkt å utdanne seg til spesialister i samfunnsmedisin. I fylkeskommunen, på samme måte som i kommunene, vil nok samfunnsmedisin i overskuelig framtid hovedsaklig være en tilleggspesialitet. De fylkeskommunale samfunnsmedisinske stillinger vil som regel være fulltids stillinger med samfunnsmedisinsk innhold. Noen sjeflegestillinger vil nok kombineres med praktisering av andre spesialiteter på deltid. Prinsipper for meritering av slike kombistillinger bør harmoniseres med andre samfunnsmedisinske hovedutdanningsstillinger.

Samfunnsmedisinske stillinger på nasjonalt nivå

Legestillinger i Sosial- og helsedepartement og Statens helsetilsyn har tradisjonelt blitt oppfattet som ledende fulltids samfunnsmedisinske stillinger. Imidlertid kan det stilles spørsmål ved om de fyller kravet i spesialistreglenes A1 «stilling/praksis med samfunns-medi-

sinske arbeidsoppgaver i helsetjenesten» og meriterer 3 år eller om de faller inn under A2 «samfunnsmedisinsk tjeneste med annen organisatorisk tilknytning» og meriterer 1 år. Spesialitetskomiteen mener disse klart faller inn under A1.

Samfunnsmedisinske legestillinger ved Folkehelsa og Statens helseundersøkelser må vel i større grad vurderes å falle inn under A2. Universitetstillinger har til nå vært ansett som ikke meriterende for samfunnsmedisinsk hovedutdanning.

Omfanget av samfunnsmedisinske legestillinger i Rikstrygdeverket og på fylkestrygdekontorene har økt kraftig siden Stortinget i 1991 vedtok å opprette 47 nye overlegestillinger for å styrke den samfunnsmedisinske del av virksomheten. Behovet for en opprustning av den samfunnsmedisinske del av trygdemedisinen understrekes av Statskonsult i 1993. Strategien ble vedtatt av Rikstrygdeverket i 1995 med bl. a. satsing på den trygdemedisinsk søyle med basis i primærlegetjenesten, på siden av den administrative linje.

Tidligere var de fleste rådgivende leger deltidstilsatt på 6-12 t/uke. Nå tilstrebes leger i hovedstilling, dvs. 20 timer eller mer pr uke, som benevnes rådgivende overleger. Pr. 1.5.95 var det i ytre etat 59 rådgivende leger, 47 rådgivende overleger i deltidstilling og 20 rådgivende overleger i fulltidstilling (36 t/uke). Av rådgivende overleger i ytre etat var 14 % spesialist i samfunnsmedisin pr. 1994. I Rikstrygdeverket rustes nå legetjenesten opp med etablering av Overlegekontor med tilsammen 8 overlegehjemler ledet av sjeflege.

Trygdemedisinsk forening har tidligere gått inn for egen spesialitet i trygdemedisin, men etter årsmøtet i 1995 er disse planene skrinlagt, og foreningen anbefaler sine medlemmer å spesialisere seg i samfunnsmedisin. Rådgivende overleger er obligatorisk medlem av OLL som yrkesforening og spesialforening i samfunnsmedisin. Akademisk trygdemedisin er organisert som en del av universitetenes samfunnsmedisinske avdelinger.

Det trygdemedisinske fagfelt kan inndeles i følgende fagområder:
- klinisk trygdemedisin
- trygdemedisinsk rådgivning
- trygdeepidemiologi og forebygging
- trygdemedisinsk kvalitetssikring
- akademisk trygdemedisin

RTV-rundskriv 13-04 fungerer som instruks for trygdelegene. Rådgivende overleger ved fylkestrygdekontorene (ROLF) og rådgivende overleger ved trygdekontorene (ROL) forutsettes å bruke ca 1/4 hhv 2/3 av sin arbeidstid til trygdemedisinsk saksbehandling, resten, dvs. ca. 75 hhv. 33 %, forutsettes brukt til samfunnsmedisinske opppgaver.

Spesialitetskomiteen har lagt til grunn at trygdens rådgivende overleger på samme måte som leger i departement og helsetilsyn kan sies å ha sine samfunnsmedisinske oppgaver i helsetjenesten, jf. spesialitetsreglenes A1. Med samme fortolkning av krav til samfunnsmedisinsk innhold i tjenesten som har vært praktisert ovenfor kommunale samfunnsmedisinske stillinger, vil de trygdemedisinske hovedstillinger meritere fullt ut inntil 3 år i hovedutdanningen. Med en skjerpet fortolkning om minst halvparten av arbeidstiden til samfunnsmedisinsk arbeid, vil overleger i RTV og ROLF meritere, mens ROL ikke meriterer.

Et flertall av de rådgivende overleger i trygden er deltidstilsatt; pr 1.5.95 arbeidet 20 leger full tid (36 t/uke), 47 leger 20-30 t/uke og 13 leger arbeidet 18 t/uke. Som for de øvrige samfunnsmedisinske deltidstillinger, må det skje en oppklaring vis a vis de generelle spesialistregler om forholdsvis meritt og maksimalt 2 år i deltidsstilling.

Samfunnsmedisinske stillinger på internasjonalt nivå og innen private helsetjenester

Denne type stillinger faller klart inn under spesialistreglenes A2 (inntil 1 år).

Spesialitetskomiteens arbeid med hovedutdanningen

Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin har med bakgrunn i stillingstrukturen for de rådgivende overleger søkt Sentralstyret i Dnlf om unntak fra 2-årsregelen i de generelle spesialistregler for trygdeleger (sak 21/95). Sentralstyret har nylig sendt på høring et forslag om å oppheve 2-årsregelen for samtlige spesialiteter. En evt. generell regelendring kan vel tidligst skje på Legeforeningens landsstyremøte i 1997. Spesialitetskomiteen ønsker at Sentralstyret allerede nå ber Statens helsetilsyn om at samfunnsmedisin skal unntas fra 2-årsregelen for deltidsstillinger (sak 40/96).

Spesialitetskomiteen har (sak 21/95 og 5/96) ansett trygdeoverlegetjeneste i hovedstilling (ROLF/ROL) som tellende fullt ut i henhold til timetall i hovedutdanningen i samfunnsmedisin etter de nye spesialistreglenes pkt A1, dvs inntil 3 år.

Sentralstyret var, til tross for Spesialitetskomiteens tilrådinger, i møte 24.4.96 i tvil om hvordan tjeneste som rådgivende overlege i trygdeetaten kan anses å falle inn under spesialistreglene i samfunnsmedisin. Komiteen bes prinsipielt vurdere denne type tjeneste i forhold til formuleringene i spesialistreglene i samfunnsmedisin og intensjonene med formuleringene og forutsetningen for tellende tjeneste i samfunnsmedisinske stillinger på de tre nivåer i helsetjenesten.

Spesialitetskomiteen drøftet saken i fellesmøte med styret og fagutvalget i OLL 15.8.96. OLL fremla endel motforestillinger mot at tjeneste som ROLF/ROL skal telle etter spesialistreglenes A1,

særlig om det faglige innhold kan sies å ha tilstrekkelig bredde og omfang. Det var enighet om at saken må avklares nærmere i det samfunnsmedisinske fagmiljø før den pånytt fremmes for Sentralstyret.

Diskusjon

De formelle problemer som de generelle spesialistreglene om deltidstillinger skaper (forholdsmessig meritt, spesiell godkjenning av hver enkelt tjeneste, 2-årsregelen), er spesielt aktuelle for samfunnsmedisinske stillinger i kommunene (kombinert med driftstilskudd eller fastlegeavtale) og ROLF/ROL (kombinert med mange ulike virksomheter). Disse problemene løses dersom § 5 i de generelle spesialistregler modifiseres for alle spesialiteter eller bare for samfunnsmedisin. Dersom 2-årsregelen ikke oppheves, skal den da gjelde for alle samfunnsmedisinske stillinger? Skal deltidstjeneste telle fullt eller forholdsmessig i forhold til den samfunnsmedisinske del av tjenesten? Er det stillingens organisering (driftstilskudd, fastlege mv.) eller det reelle faglige innhold i stillingene som skal avgjøre dette? Skal det stilles spesielle krav til supplerende legevirksomhet, f. eks. kun kommunal legetjeneste?

Målet med de nye spesialistregler var en satsning på samfunnsmedisin på alle tre forvaltningsnivåer. Reglene har ikke formuleringer som klart ekskluderer spesielle samfunnsmedisinske stillinger i departement, helsetilsyn, trygdeetat, fylkeskommune eller kommune fra A1. Hvilke kriterier skal i så fall legges til grunn for en evt. slik ekslusjon? Skal vi legge opp ytterligere detaljerte tjenestekrav? Mange kritiserer allerede idag samfunnsmedisin for et omfattende og komplisert regelverk og krever heller forenklinger.

I de gamle reglene var 3 års veiledningsprogram bare obligatorisk for kommunelege 2. I de nye spesialistregler er veiledet utdanningsprogram med normal varighet på 3 år obligatorisk for alle utdanningskandidater. Minst 1 år av veiledningstiden skal være i stilling/praksis i kommunehelsetjenesten. Utdanningsprogrammet omfatter bl. a. en rekke praktiske oppgaver og prosjekt som veilederen kontrollerer og sjekker ut i en egen loggbok. Veiledningsprogrammet skal dekke opp for «huller» i hovedutdanningen forøvrig. Veiledningsprogrammet er kritisert for å være for kommunalt orientert. På den annen side kan det vel sies at gjennomføringen av veiledningsprogram med tilhørende logg skal sikre tilstrekkelige ferdigheter i kommunal samfunnsmedisin.

Vi står overfor et strategisk valg mellom to veier. Enten kan vi satse på en rendyrkning av samfunnsmedisinsk tjeneste og avskalling av et flertall av dagens samfunnsmedisinske utdanningstillinger hvor resultatet blir en liten eksklusiv samfunnsmedisinsk spesialitet etter en dansk modell. Alternativt kan vi satse på en videreføring av dagens praksis med et vidt sett av samfunnsmedisinske stillinger tellende i spesialistutdannelsen.

Ved innføring av krav om at samfunnsmedisinsk tjeneste skal utgjøre minst halvparten av arbeidstiden, vil bare 1/4 (ca 112 stillinger) av medisinsk faglige rådgivere i kommunene , ingen kommunelege II og 1/4 (18 stillinger) av rådgivende trygdeleger i hovedstilling meritere som hovedutdanning i samfunnsmedisin etter punkt A1. Praktisering av de generelle spesialistregler om deltidsstilling vil kutte antallet videre ned. Ved en videreføring av dagens tradisjon er det naturlig å la de nye samfunnsmedisinske hovedstillinger på fylkeskommunalt og statlig forvaltningsnivå telle fullt ut etter A1 på samme måte som kommunale samfunnsmedisinske hovedstillinger.

Sjur Agdestein
Spesialitetskomiteen
i samfunnsmedisin
OLL
Den norske lægeforening
Pb. 1152 – Sentrum, 0107 Oslo

Referanser

1. Samfunnsmedisin i Norge. Innstilling fra et utvalg for samfunnsmedisin oppnevnt av Offentlige legers landsforening 1980.
2. Innstilling om videreutdanning i samfunnsmedisin og i administrasjon for leger. Den norske lægeforening 1983.
3. Årbok for Den norske lægeforening 1996-97.
4. Siem H. Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin. Universitetsforlaget 1987.
5. Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for legers spesialistutdanning i Norge. Den norske lægeforening 1989.
6. St.meld. nr. 39 1989-90 Røynsler med lova om helestenesta i kommunane.
7. Larsen Ø, Brekke D, Hagestad K, Høstmark A, Vellar OD. Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse. Universitetsforlaget 1992.
8. Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for samfunnsmedisin. Den norske lægeforening 1995.
9. Nylenna M. Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin. Den norske lægeforening 1995.
10. St.meld. nr.50 1993-94 Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.
11. Den norske lægeforening 1996 Legestatistikk. Pr.25.6.96.
12. Kommunelegers lønns- og arbeidsforhold KOMLA. Den norske lægeforening 1992.
13. St.prp. nr. 1 1990-91.
14. Rapport 1993:5 Evaluering av den trygdemedisinske rådgivningen i trygdeetaten Delprosjekt 1. Statskonsult.
15. Den trygdemedisinske rådgivningstjeneste. Rapport fra arbeidsgruppe RTV 22.6.95.
16. Stillling/deltidsstilling som trygdelege tellende for spesialistreglene i samfunnsmedisin. Brev fra Norsk trygdemedisinsk forening til Dnlf 30.11.95.
17. Tellnes G. Trygdemedisinsk håndbok 1994. RTV, Aplf, Gyldendal.
18. Rundskriv 13-04 Trygdemedisinsk rådgivning. Rikstrygdeverket 16.11.92.
19. Rapport fra EØS-utvalget om spesialistreglene i forhold til EØS-avtalen. Dnlf 1996.
20. Lakares videreutbildning i de nordiska landerna. Samnordisk Arbetsgrupp før Prognos- och Specialistutbildningsfrågor 1996.

Vi må få en tilnærming mellom spesialitetene i allmenn- og samfunnsmedisin

Innlegg til debatt

Tekst: Johnny Mjell

Johnny Mjell er spesialist og veileder i allmennmedisin. Han arbeider på halv tid som allmennpraktiker i Stokke kommune i Vestfold, og på halv tid som stipendiat i kvalitetssikringsfondet. Han har vært leder av fagutvalget i Aplf og sitter nå i Legeforeningens sentralstyre. Ellers er han «balloman» og glad i å lage mat.

Jeg har i mange år i ulike sammenhenger tatt til orde for at noe må gjøres for å få en nærmere tilknytning mellom spesialitetene i allmenn- og samfunnsmedisin (1). I Utpostens jubileumsnummer er det to artikler som bestyrker meg i tanken på dette (2,3). Jeg tar derfor mot til meg og lanserer på nytt et forslag om endringer i spesialitetsreglene i disse to fagene for å få dette til, og håper at kolleger og spesialitetskomiteer kan diskutere forslaget.

I mange andre land er det et annet skille mellom allmenn- og samfunnsmedisin. Den kommunale samfunnsmedisin regnes oftest med som en del av allmennmedisinen (Family Medicine), mens samfunnsmedisin da begrenses til tilsynsmyndighetenes spesialitet.

Ensomme samfunnsmedisinere

Samfunnsmedisinerne i de norske kommunene er ensomme fagpersoner i et byråkratisk og politisk hierarki. Som helsedirektøren skriver i sin artikkel (2) synes det å være enighet om at samfunnsmedisinen ikke har fått den plass i kommunen den var forutsett å få ved innføringen av kommunehelseloven. Endringen fra å skulle ha medisinskfaglig ansvar til å være medisisnkfaglig rådgiver har heller ikke vært noen suksess. Helsetilsynet og fylkeslegene har på denne bakgrunn i flere år uttrykt bekymringer for samfunnsmedisinens stilling i kommunene (2).

Samfunnsmedisinerne er frustrerte og ensomme fagpersoner i byråkratiet, kanskje med unntak av samfunnsmedisinerne i enkelte av de aller største kommunene der de har etablert felles faglige fora og samarbeidsrutiner.

For å gjøre den jobben som samfunnsmedisinerne skal gjøre i forhold til koordinering, kartlegging og samordning av de ulike behov for helsetjeneste i kommunen er samfunnsmedisineren helt avhengig av tett samarbeid med allmennlegene i kommunen, i tillegg til alle de andre etatene som Hjort nevner i sin artikkel (3).

Det er kommunens praktiserende leger som kan og må gi samfunnsmedisineren prognosene og datagrunnlaget for det forebyggende arbeidet og behovet for helse- og omsorgstjenester.

Allmennpraktikerne trenger en sterk og dyktig samfunnsmedisiner i kommunen

Som allmennpraktiker er jeg minst like bekymret for samfunnsmedisinens stilling som helsedirektøren er det. Vi som er allmennpraktikere trenger en sterk fagperson i det kommunale byråkrati som i samarbeid med oss kan legge fram for kommunens politikere hvilke behov det er i kommunen for organisering og personell for å ivareta innbyggernes behov for helse- og sosialtjeneste. Vi kan også i samarbeid skissere forslag til løsninger på mange av de problemene som vi ser.

Det er nå en gang slik at de aller fleste mennesker kommer til allmennpraktikerne med sine problemer, enten problemene er av medisinsk eller sosial art. Allmennpraktikerne er i de fleste kommuner nøkkelpersonene i enkeltpersoners behov for behandling og pleie, og sitter som regel samlet inne med oversikt over befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Ikke sjelden er vi også de første til å oppdage epidemier.

Det er ikke alltid at kommunens helse- og sosialtjeneste er

organisert på den måten som er best og mest effektiv sett fra allmennlegenes ståsted. Mange steder er det vel tvert om slik at organisering i distrikter eller andre inndelinger i kommunale helse-, omsorgs- og sosialtjenester, er gjort av helt andre grunner enn å ivareta innbyggernes behov.

Forebyggende arbeid

Ikke så rent sjelden ser jeg at det individrettede forebyggende arbeid listes opp som en del av samfunnsmedisinen (3). Jeg klarer ikke å la være å provoseres av det. Jeg er gjennom mitt mangeårige engasjement for helseopplysning og forebyggende arbeid sikker i min sak på at svangerskapsomsorg, helsestasjonsarbeid, skolehelsetjeneste og prevensjonsveiledning er en del av faget allmennmedisin.

Men for ikke å gå i altfor mange skyttergraver i denne diskusjonen kan vi vel enes om at det er en felles oppgave for samfunnsmedisineren og allmennmedisinerne i kommunen å sørge for at det individrettede forebyggende arbeid skjer på en best mulig måte. I dag er det stor frustrasjon rundt om blant dem som utfører dette arbeid – det er vel ikke for ingenting det i nesten enhver norsk kommune drives forsøk med helsestasjonsarbeid eller skolehelsetjenesten. I Utposten har det da også i fjor og i år vært mange diskusjonsinnlegg om dette.

Forslag om endrede spesialitetsregler

Jeg foreslår at både spesialitetsreglene i allmenn- og samfunnsmedisin endres. Jeg er selvsagt klar over at det er en lang prosess, men jeg tror på sikt det er den eneste farbare vei.

Samfunnsmedisin og allmennmedisin må få en stor del av veiledningen felles i spesialistutdanningen. Jeg foreslår at veiledningen i både allmenn- og samfunnsmedisin utvides til tre år. To tredeler av veiledningen kan allmennmedisinerne og samfunnsmedisinerne ha felles, mens den siste tredel kan være adskilt. Den felles veiledningen kan med fordel fortsatt være en gruppebasert veiledning.

Samfunnsmedisinerne kan i den siste tredelen av veiledningen ha mer om miljørettet helsevern og de andre mer spesifikke oppgaver som tilligger faget. Denne veiledning kan for samfunnsmedsinerne med fordel være individuell, og kanskje erstatte deler av «Folkehelsakurset»? Allmennmedisinerne må i denne delen av veiledningen i stedet for gruppeveiledning få en-til-en veiledning på kommunikasjon og arbeid med pasienter.

Det er god grunn til å forvente at EU vil vedta krav om individuell veiledning for å bli spesialist i allmennmedisin (4). Selv om den norske spesialistutdanning i all-

«Er tvillingene eneggede?»

UTPOSTEN

NUMMER 3-4 1983 ÅRGANG 12

AV INNHOLDET:

TEMA: Diabetes mellitus hos almenlegen
Ved Frode Heian og Øystein Pedersen

OLA LILLEHOLT: Rapport om kommunehelsetjenesten 13

ERIK SOLBERG: Bibliografi over norsk almenmedisinsk forskning ... 18

CHR. F. BORCHGREVINK, PER FUGELLI OG ERIK SOLBERG: Møtereferater ..... 16 og 21

GUNNAR TELNES: Skader og forebyggende arbeid i en kommune 22

MAGNE NYLENNA: Ungdomsmiljøet i Smøla 26

STEINAR WESTIN: Skal almenpraktikere forelese for medisinske studenter? ... 28

JON HILMAR IVERSEN: Presentasjon av den nye redaksjonen 31

OG MER!

DET BLE TVILLINGER!

ÅPEN VEI BÅDE FOR ALMENMEDISINSK OG SAMFUNNSMEDISINSK SPESIALITET

Samme dag som dette nummer av Utposten gjennomgår den endelige redigering kommer det beskjed fra landsmøtet i Loen at veien åpner seg både for almenmedisinsk og samfunnsmedisinsk spesialitet. Mange var på forhånd redd for at landsmøtet ville nøle med å opprette to nye spesialiteter ved samme anledning. I alle fall fordi en har med to nært beslektede disipliner. For oss som arbeider i dette feltet er det ikke vanskelig å se at dette nå var både riktig og nødvendige vedtak. «Tvillingene» er ikke identiske men komplementære. Den ene av de to spesialitetene ville alene være for åpe til å ta de faglige løft som vi ser rundt oss. Nærmere omtale i neste nummer.

mennmedisin på mange måter er blant de aller beste i Europa, er det all grunn til å være ydmyke; det er gode faglige grunner til at andre land legger vekt på individuell veiledning i spesialistutdanningen.

Hvordan veiledningen rent praktisk skal organiseres er et mindre problem som jeg er overbevist om at vi vil løse dersom vi enes om en delvis felles veiledning. Kurskravet i spesialistreglene må imidlertid reduseres tilsvarende, slik at ikke spesialistkandidatene helt «brekker nakken».

Krav om resertifisering i samfunnsmedisin

Minst like viktig som samordning og endring av spesialistreglene er at samfunnsmedisin også må få krav om resertifisering.

Vi vet forøvrig at Haffnerutvalget innstilte på at det må vurderes å innføre krav om resertifisering også i spesialitetene indremedisin og kirurgi (5). Da er det vel ikke lenge før diskusjonen og kravet kommer i de fleste spesialiteter.

Det er nå ute på høring et forslag om endrede krav for fornyelse av spesialiteten i allmennmedisin. På bakgrunn av det vi vet om læring og faglig atferd legges det i dette forslaget mer vekt på lokale grupper, gjensidig praksisbesøk og andre etterutdanningsformer som krever mer av den enkelte enn å delta på kurs og som har større sannsynlighet for å føre til endret faglig atferd. Forslaget innebærer at kun ca halvdelen av kurstimekravet i etterutdanningen skal kunne oppfylles ved å gå på vanlige kurs.

Da vil det være enkelt om det stilles krav til at også samfunnsmedisinerne i kommunen skal delta i samme kollegagruppe som allmennmedisinerne. Ved at allmenn- og samfunnsmedisinerne deltar i de samme lokale kollegagruppene vil samarbeidet bedres begge veier for å gi befolkningen en bedre helse- og sosialtjeneste.

Avslutning

Mitt forslag vil sikkert ikke vekke like stor «åtgaum» i alle miljøer, men det er et forsøk fra min side på å starte en diskusjon om et problem som vi må gjøre noe med. Det er heller ikke sikkert at mitt forslag er den beste løsning på problemet, men jeg er svært overbevist om at det er uheldig og kunstig med to så adskilte medisinske spesialiteter i kommunehelsetjenesten.

Nå har vi i 12 år vært vitne til samfunnsmedisinernes økende frustrasjon, det haster med å gjøre noe slik at vi ikke langsomt men sikkert blir uten samfunnsmedisinere i landets kommuner. Da er vi *virkelig* ille ute!

Johnny Mjell
Tønfestvn. 6b
3100 Tønsberg

Litteratur

1. Mjell J. Allmennlegens faglige plattform. Utposten 1995;24(8):355-7.
2. Alvik A. Utsyn fra tilsynet: – Utposten sett fra sentrum. Utposten 1996;25(6),236-7.
3. Hjort OF. Utfordringene i samfunnsmedisinen. Utposten 1996;25(6),238-9.
4. Mjell J, Ebbing H. EU-krav vil få store konsekvenser. Tidsskr Nor Lægeforen 1996;116:118-119.
5. Haffner J et al. Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi. Del 2. Spesialistutdanning og etterutdanning. Statens Helsetilsyns Utredningsserie 1-96.

Så var det ånden som ble sluppet ut av flasken og som lovte sin redningsmann å få tre ønsker oppfylt. Og, føyde ånden til, for hver ting du ønsker skal din svigermor få akkurat det samme, bare mye større.

Først kunne nå mannen tenke seg et nytt hus. Det er oppfylt, sa ånden, og din svigermor har fått en herregård.

Ja, så ville mannen gjerne ha ny bil, kanskje til og med en Mercedes, hvis han kunne være så fri. Selvfølgelig, sa ånden, og din svigermor har fått en Rolls Royce.

Etter en lang tenkepause mumlet mannen endelig: «Og så kunne jeg tenke meg et bitte lite hjerteinfarkt».

Korleis styrkje det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunane?

Del I

Artikkelen som følger er del 1 av en komprimert utgave av gruppeoppgave fra fjorårets kommunelegekurs. Del 2 vil følge i UTPOSTEN nr. 3/97. Både del 1 og del 2 kan hver for seg stå på egne ben, men har som felles hovedtema hvordan det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene kan styrkes. Forfatterne er alle leger med lang fartstid fra primærhelsetjenesten:

- **Erlend Bergesen, kommunelege I, Fusa kommune**
- **Lasse Folkvord, kommunelege II, Malvik kommune**
- **Marit J. Kamøy, allmennpraktiker, Oslo**
- **Odd Kjøstvedt, kommunelege I, Skånland kommune**
- **Vegard Vige, kommuneoverlege, Halden kommune**

Desentralisert samfunnsmedisin har lange og stolte tradisjonar i Noreg, men faget har dei siste åra slite med svak fagutvikling, liten kontinuitet i MFRL-stillingane og akterutsegla lønnsutvikling (1,2).

Ved kommunelegekurset på Folkehelsa har det hausten 1996 vore sett særleg søkjelys på samfunnsmedisinen sine organisatoriske, økonomiske og faglege vilkår i norske kommunar.

Forff. drøftar i denne artikkelen tiltak vedrørande økonomiske forhold og organisering av fastlegeordning, som kan styrkje samfunnsmedisin på kommunenivå.

Økonomiske forhold

Det er store skilnader i inntekt mellom legar i ulik tilsetjingsform (3). For fastlønnslegar gjev alt legearbeid same timebetaling. Avtalelegar vert i dag honorert slik at det kan verte stor skilnad i timeløn mellom kurativt og ikkje-kurativt arbeid. Reglane for bruk av Normaltariffen set ikkje noko reell grense for kor store inntekter dette arbeidet kan gje. Dette tilhøvet forklarar kvifor einskilde avtalelegar kan oppnå svært høg årsinntekt.Det er grunn til å stille spørsmål om kva betydning desse skilnadene, i høve til inntekt, kan få for korleis legen vert motivert til å bruke arbeidskrafta si.

I kommunane er det i dag stor tendens til at fastløna legar søkjer seg over i avtalepraksis. Skilnaden i løn mellom stillingstypane vil difor få sterk negativ effekt for rekrutteringa til, og stabiliteten i, dei samfunnsmedisinske legestillingane.

Særleg høge utbetalingar til legar som brukar Normaltariffen, gjev ofte ein dårleg signaleffekt utad. Den interne strid dette fører til mellom legar, er likevel verre. Dette hindrar eller avgrensar godt samarbeid. Etter vårt syn har Dnlf i altfor liten grad teke omsyn til dette forholdet i politikken sin. Konsekvensen av Dnlf si line i lønspolitikken, er at dei står fram med eit helsepolitisk syn vi meiner dei ikkje bør kjennast ved.

Korkje Kommunenes sentralforbund (KS) eller Dnlf har som forhandlingspartar vist særleg stor vilje til å forandre dagens ordning. Det er likevel staten som gjennom lover og forskrifter sit med nykkelen til ei gjennomgripande endring.

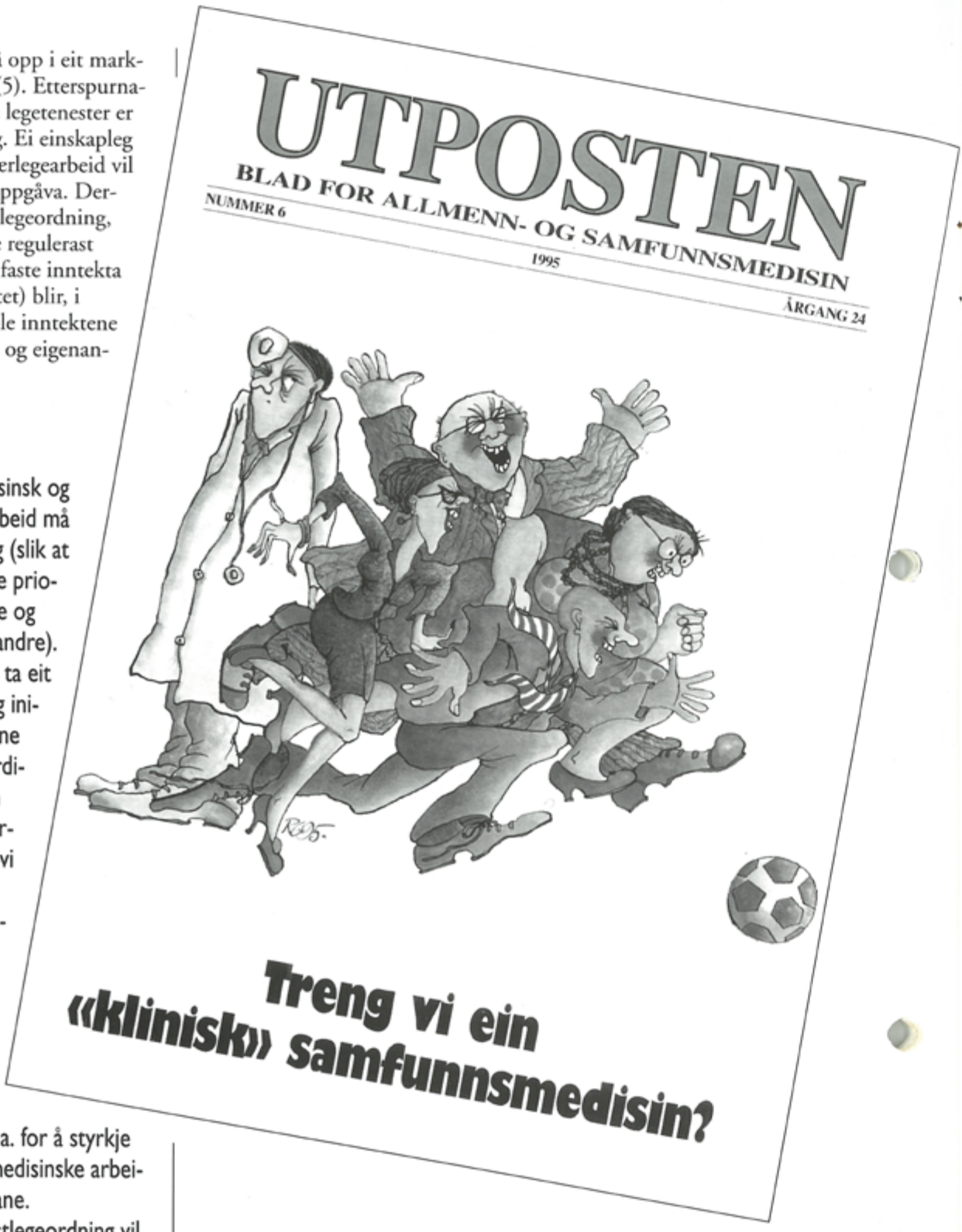
Ei landsomfattende fastlegeordning kan gje høve til å retta opp mange av dei økonomiske ulikskapane. Avlønninga til fastlegane må då og gje utteljing for førebyggjande arbeid, administrativt arbeid og samarbeid, – i det heile; samfunnsmedisinsk arbeid. Dette kan gjerast ved enten å definere ein time samfunnsmedisinsk arbeid lik eit fast pro-capita tilskot. Pro-capita-tilskotet kan og aukast etter kor mange timar samfunnsmedisinsk arbeid legen har (4).

Samfunnet må nøye vurdere å ta i bruk reelle styringsmiddel for primærlegetenesta. Førebyggjande

arbeid vil ikkje nå opp i eit marknadsstyrt system (5). Etterspurnaden etter kurative legetenester er nærmest uendeleg. Ei einskapleg ordning for primærlegearbeid vil forenkle styringsoppgåva. Dersom ein vel ei fastlegeordning, vil styringa kunne regulerast med kor stor den faste inntekta (pro-capita-tilskotet) blir, i høve til dei variable inntektene frå trygderefusjon og eigenandelar (6).

Ein tilrår:

- Samfunnsmedisinsk og kurativt legearbeid må lønast likverdig (slik at utøvarane ikkje prioriterer det eine og forsømer det andre).
- Dnlf og KS må ta eit felles ansvar og initiativ for å jamne ut den urettferdige skilnad i løn mellom primærlegar, slik som vi har i dag.
- Staten må gjennom å endre rammevilkåra for primærlegane si lønn, ta sterkere styring på dette feltet, m.a. for å styrkje det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunane.
- Ein nasjonal fastlegeordning vil kunne vere eit godt virkemiddel i denne samanheng.



Fastlegeordning-muligheter og problemområde

I befolkningsretta førebyggjande arbeid vil det vere ein fordel at dei ulike yrkesgrupper og verksemder som samarbeider, har samme geografiske tilknytning. Fritt legevalg i forsøksbyane førde til at dette vart svekka. Dette er vorte omtalt som eit problem innan rehabilitering og førebyggjande arbeid blant barn/ungdom (7,8).

Fastlegeordninga vil over tid kunne leggje til rette for å realisere det sentrale allmennmedisinske ideal om at legetenesta bør vera Kontinuerleg, Omfattande, Personelg, Forpliktande (KOPF-idealet). Praktiske problem vil likevel kunne oppstå når det krevst tverrfaglege tiltak, og pasienten bur utanfor det naturlege geografiske samarbeidsområdet.

Befolkninga må difor få aktiv rådgjeving om å velgje lege i nærleiken av bustad, og om konsekvensane ved val og skifte av lege innan ei fastlegeordning.

Tverrfagleg samarbeid vart

redusert i perioden med fastlegeforsøket (9). Andre samfunnsmedisinske arbeidsoppgåver kom heller ikke styrkt ut, jamvel om konklusjonane ikkje er eintydige. Forklaringa kan liggje i at kurativt arbeid vart prioritert, dels som fylgje av store pasientlister, dels fordi økonomiske føringar favoriserte dette arbeidet.

I ein permanent fastlegeordning må kommunen fyrst definere samfunnsmedisinske arbeidsoppgåver utfrå behov. Det bør setjast norm for desse oppgåvene, noko som KS framhever (3). Utforminga av normer for samfunnsmedisinsk arbeid, representerer ein stor fagleg utfordring, noko som vert ytterlegare komplisert av eit svakt dokumentasjonsgrunnlag. Først når dei samfunnsmedisinske arbeidsoppgåvene er fordelte på primærlegane, bør ein leggje til rette for å organisere pasientlistene knytt til kvar einskild lege.

Primærlegedekninga i utkant-Noreg er betre sett i høve til folketal, enn i dei store byane. Legevaktsbelastning og geografiske tilhøve tilseier at det bør vere slik. Fastlegeordninga i seg sjølv vil neppe betre på vanskane desse kommunane har med omsyn til rekruttering og stabilitet i legestillingane. Erfaringar frå Finmark viser til betring både i rekruttering og stabilitet ved hjelp av økonomiske, merittmessige og utdanningsmessige fortrinn. Dette bør førast vidare og i ei landsomfattande fastlegeordning.

Legg ein til grunn 1200 innb. pr. primærlege i gjennomsnitt som ei nasjonal norm, er det i alt trong for 3600 primærlegestillingar. Det trengs då eit tillegg av ca. 350 stillingar på landsbasis, og mange vil måtte opprettast i større byar. Til gjengjeld vil nyetablering av avtalelaus allmennpraksis venteleg avta.

For å sikre legedekning i distrikta må ein godta, i ein lengre overgangsperiode, kun forsiktig utviding med nye primærlegeårsverk i kommunar med dårlegare legedekning enn utkant-Noreg. Listelegar i små distrikt med mindre lister enn landsgjennomsnittet, må og sikrast at dei ikkje kjem dårlegare ut økonomisk enn listelegar i sentrale strøk.

Fastlegeordning vil kunne vere eit godt middel for å betre primærlegetenesta i byane. I mindre kommunar er legetenesta godt integrert i resten av den kommunale helsetenesta, og ofte organisert ut frå eit helsesenter. Gevinsten med å innføre fastlegeordning verkar liten. Det er difor kome forslag om å knyte listeansvaret opp mot helsesenteret (4). Dette kan vere ei god løysing for mindre kommunar med 1-2 lege-/helsesentra. Ein sikrar då at og desse kommunane vert omfatta av ordninga.

Vår konklusjon vert at småkommunar har lite å vinne på innføring av eit listepasientsystem, men har også lite å tape på det. Noreg har no endeleg høve til å organisere primærlegetenesta etter eit einsarta og landsdekkande system.

Ein tilrår:

- Fastlegen bør i størst mogeleg grad ha eit geografisk ansvarsområde.
- Nasjonal norm vert sett til 1200 innbyggjarar per primærlege.
- Samfunnsmedisinske arbeidsoppgåver må normsetjast og fordelast best mogeleg, før etablering av pasientlister.
- Utkant-Noreg må sikrast mot dårlegare legedekning ved innføring av ei fastlegeordning.
- Fastlegeordninga vert innført som ein landsomfattande reform.

Lasse Folkvord
Vikhamar Legekontor
7560 Vikhamar

Litteraturliste

1. Kolstrup N, Kristiansen IS. Gjennomtrækk i stillingerne som medicinsk fagligt ansvarlig lege i norske kommuner 1988-1991. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115:2671-4
2. Pettersen B. Søkelys på samfunnsmedisinen. En undersøkelse av samfunnsmedisin og samfunnsmedisinere i norske kommuner og bydeler, 1994. Rapport til Sosial-og Helsedepartementet, april 1996. Arbeidsrapport nr.1/1996. Seksjon for helsetjenesteforskning.
3. Kommunenes Sentralforbund. Kommunal sektor og legetjenestene. Utredning fra arbeidsgruppe aug.1996.
4. Grimsmo A, Iversen JH. Hvilke muligheter gir fastlegeordningen til å utvikle samfunnsmedisinen? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116:275-7
5. Rosèn M m.fl. Hur finansiera det förebyggande arbetet i köp-sals-och husläkarorganisationer? Läkartidningen 1992; 89:3455-6
6. Iversen T, Lurås H. Forsøk med fastlegeordningen. Økonomievaluering av forsøkskommunene. Senter for Helseadministrasjon, Universitetet i Oslo. aug.1996
7. Hasvold T, Johnsen R. Fastlegeforsøket. Evalueringsrapport. Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin. mai 1996
8. Hauksdottir N. Fastlegeordningen – et hinder for rehabilitering? Utposten 1995; 24:379-81
9. Jentoft G. Rammebetingelser for forebyggende arbeid i en fastlegeordning. Utposten 1995; 24:216-9

Allmennmedisinens kjerne;

konsekvenser for videre – og etterutdanning

Kurskomiteens refleksjoner etter NSAMs årsmøtekurs

Tekst: Michael F de Vibe, Tor Carlsen, Kristin Prestegaard og Hans Magnus Solli

Årets årsmøtekurs hadde tittelen «Allmennpraktikeren – herre eller tjener i eget hus?», og tok opp en spørsmålsrekke om innholdet i vårt fag:

- Hva er kjernen i allmennmedisin?
- Hvilke forventninger har andre til allmennpraktikeren?
- Hvordan kan vi beskrive grenser for allmennpraktikerens arbeidsområde?
- Hvilken kunnskap og kompetanse trenger vi (gjennom videre- og etterutdanning) for å utøve faget slik vi forstår det?

Kurset var i Skien, med ca 40 deltakere og var preget av entusiasme og stor deltageraktivitet. Vi i kurskomiteen fikk lyst til å formidle videre våre refleksjoner etter kurset. Med allmennmedisin som hovedfag ved studiet, mener vi det er viktig å stimulere til utdyping av vårt fag. Artikkelen bygger fritt på innleggene til kursets foredragsholdere som var: Eli Berg, Jo Telje, Anna Stavdal, Per Hjortdal, Anne Ording Haug, Ola Heen Strømmen, Birger T. Johansen, Kristin Prestegaard, Stein Erik Hessling, Ivar S. Kristiansen og Tor Carlsen.

Kjernen i faget

Kjernen i faget kan beskrives som en struktur med flere elementer; kunnskapsgrunnlaget, lege/pasient relasjonen og legens egenskaper, arbeidsmodellene og legerollene.

Kunnskapsgrunnlaget

Allmennmedisin, som alle andre medisinske spesialiteter, bygger på kunnskap om klinisk medisin, om kroppen og om sinnet i normalitet og avvik. Dette er grunnlaget for samfunnets og pasientens tillit og for vår identitet. Det allmenne er ikke utgangspunktet, men medisinen.

Et viktig spørsmål er hvilket kunnskapsgrunnlag allmennmedisin har i tillegg til dette generelle. Det er lett å fortelle andre hva vi til daglig arbeider med av utredning og behandling. Men vi har et lite bevisst forhold til hvilken grunnforståelse vårt arbeid bygger på. Allmennmedisin henter kunnskap både fra den biomedisinske, den humanistiske og den samfunnsvitenskapelige tradisjon. De forskjellige vitenskapsretninger har sine egne språk, og vi må kjenne til disse språkenes opphav og bruksmåter for å utvikle allmennmedisinens språk. Med dette kan vi etablere en nødvendig helhetlig forståelse av vårt fag og av sjel og legeme som en enhet.

Lege/pasient relasjonen og legens egenskaper

Allmennmedisin er den eneste gren av faget som definerer seg gjennom relasjonen til et annet menneske. Det sentrale i relasjonen er trygghet, respekt og fortrolighet. Den personen som kommer til oss som pasient, forutsetter faglig dyktighet. Dette er grunnlaget for innledning av relasjonen.

Allmennpraktikeren er selv instrumentet. Det er avgjørende at han kjenner seg selv, sine egne reaksjoner og motreaksjoner. Han må ha evnen til å lytte innover i samme grad som han lytter utover, for derigjennom å fange tonen i rommet mellom pasienten og legen.

Arbeidsmodellene

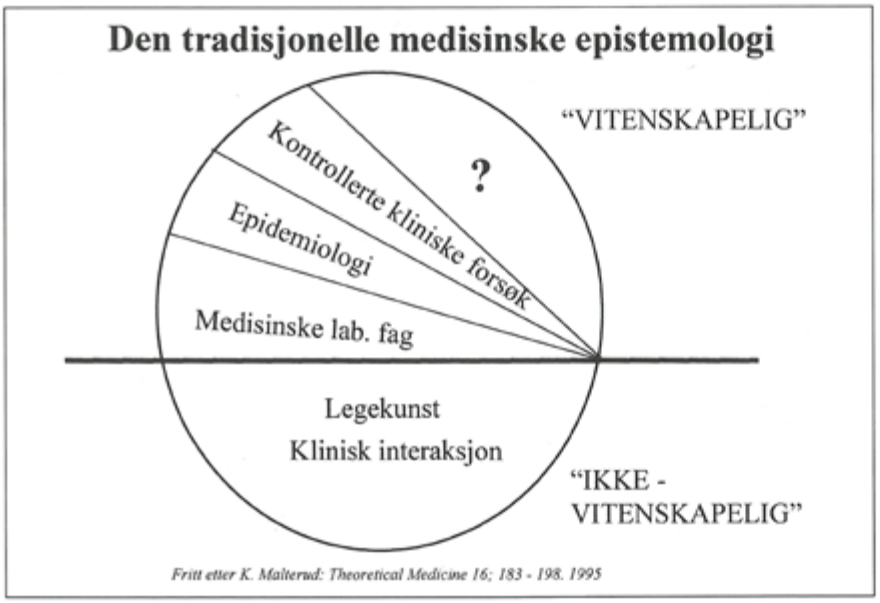
Tradisjonelt er vi opplært i maskinfeil modellen, som er nyttig og må brukes i relevante sammenhenger. Videre bør vi utforske systemtenkning, slik den er utviklet innen familieterapitradisjonen. Dette kan gjøre det lettere å se sammenhenger utover det åpenbare, som kan være viktige for forståelsen av symptomenes/sykdommenes oppståelse, utforming og mestring. For det tredje bør vi beherske ressurs- og mestrings – orienterte arbeidsmodeller som fremmer helse, trivsel og autonomi i forhold til hjelpeapparatet.

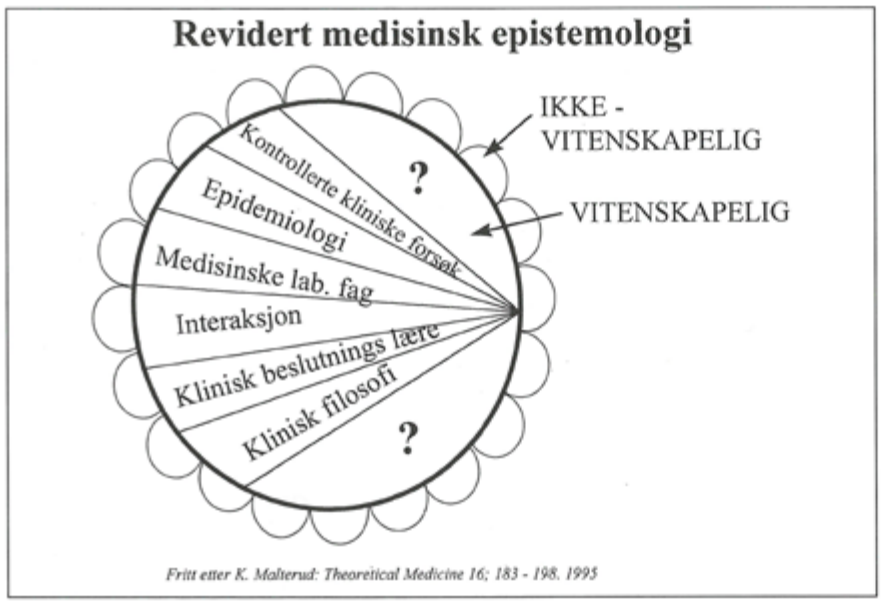
Roller

Allmennpraktikeren veksler mellom mange roller. De viktigste er: konsulent/veileder, fortolker, portvakt, vitne, koordinator og rapportør. Hvilken rolle vi inntar, vil avhenge av problemstillingen vi står overfor. Utformingen av vår legerolle er med å bestemme vår arbeidsstil, og denne har avgjørende effekt på utfallet av konsultasjonene og kan til og med se ut til å påvirke den generelle sykelighet i vår pasientpopulasjon (1).

Konsekvenser for videre- og etter – utdanning.

I vårt møte med pasienter, leter vi ofte etter nøkkelen til forståelsen av deres situasjon og plager. Vi opplever ofte et ubehag fordi vi mangler nødvendige kunnskaper og kompetanse. Dette viser behov





for å utvide kunnskapsgrunnlaget med innsikt fra andre fagområder og faggrupper. Et aspekt kan være skifte av fokus fra sykehistorie til livshistorie. Da blir det rom for å belyse de viktige valgene i livet og begrunnelsene for disse. Det gjør det lettere for legen å forlate sin omnipotente ekspertrolle og det fremmer en selvstendiggjørelse av pasienten. Når pasienten hjelpes til å oppdage egne løsninger på problemene, forandres legens rolle til å være medspiller i en endringsprosess.

Spriket mellom vår hverdag og våre teoretiske kunnskaper er stort innen allmennmedisinen. Tradisjonelt har det vært et vanntett skott mellom det såkalt vitenskapelige og det uvitenskapelige (fig 1). Gjennom økt fokus på utforskning av kommunikasjon, kliniske beslutninger og grunnlaget for disse, og våre verdivurderinger og moral, kan bildet gradvis endres (fig 2), (2). Videre- og etterutdanningen må legge stor vekt på dette.

Allmennpraktikeren trenger samfunnsmedisinsk og økologisk kunnskap. Hver for oss er vi oftest alene i vårt virke, men vi er en av mange. Det vi holder på med er den viktige «biten» i det store samspillet. Vi må forstå sammenhengene vi står i for å kunne bli aktive pådrivere for et sunnere samfunn.

Klinisk kompetanse blir ofte beskrevet som et todimensjonalt begrep. Det består av kunnskaper og ferdigheter som er nødvendig for å undersøke og behandle pasienter i spesifikke situasjoner; «competence», og evnen til å omsette disse kunnskapene til adekvat klinisk handling overfor pasientene; «performance». Det er nyttig å utvide kompetansebegrepet for bedre å innlemme sentrale elementer i allmennmedisinen. Klinisk kompetanse kan da beskrives i tre deler påstandskunnskap; teoretisk, empirisk og forskningsbasert kunnskap, ferdighetskunnskap; evnen til å vurdere klininske situasjoner og handle i de, fortroligheтskunnskap; trygghet og intimitet i yrkesrollen som lege.

En slik inndeling viser kompleksiteten og helheten i den kompetansen som er nødvendig for å drive god allmennmedisin. Videre kan den være til hjelp for hver enkelt lege for å kartlegge behovet for nødvendig kunnskap knyttet til ulike arbeidsfelter.

En kartlegging utfra en mal for nødvendig kunnskap/ kompetanse og utfra kunnskap om egen læringsstil, vil være nyttig for å kunne legge opp individuelle læringsplaner i videre – og etterutdanningen. Disse læringsplanene kan så gjennomføres via kollegabasert aktivitet a la SATS grupper eller veiledningsgrupper. På denne måten kan videre- og etterutdanningen bli mer differensiert og målrettet, og legene kan selv bli ansvarlig for egen læring.

Det kan bli en spennende utvikling som vil kunne ta vare på både kvalitet og mangfold i faget vårt.

Mikael F de Vibe
Chr. Michelsensgt. Nord 10
3715 Skien

Referanser

1. Heugen FJA, Mokkink HGA, Smits AJA, van Son JAJ, Meyboom WA, van Eyk JT. Relationskip between the working styles of general practioners and the health status of their patients. British Journal og General Practice, 1992; 42, 141-44.
2. Malterud K. The legitimacy og clinical knowledge, towards a medical epistemology embrasing the art of medicine. Theoretical medicine 16; 183-198, 1995.

Astmaskole i primærhelsetjenesten

Et tiltak for å bedre omsorgen for barn med astma. Fra prosjekt til praksis

Tekst: Kari Hvinden

Kari Hvinden er utdannet sykepleier fra 1981 og gjennomførte Helsesøsterskolen i 1986. Hun har erfaring fra Aker sykehus, fødeavdelingen, barneavdelingen og Neonatalavdelingen. Helsesøster og ledende helsesøster i Lunner kommune. Siden 1990 arbeidet ved Harestua Legesenter.

Mitt ståsted er Harestua Medisinske Senter, et privat legesenter fire mil nord for Oslo. Snart syv år er gått siden jeg hadde mitt første møte med rollen som medarbeider i allmennpraksis. Det var ment å være et kort vikariat under en «tenkepause» i forhold til mitt virke som helsesøster. Jeg fant en jobb som var allsidig, romslig, faglig utfordrende, hektisk og trivelig, og har siden blitt der. Solopraksisen jeg startet i har etterhvert vokst seg større, og teller i dag to allmennmedisinere, en kirurg, en bioingeniør, en sekretær og undertegnede som er sykepleier og helsesøster.

Smidig teamarbeid, trivsel og faglige utviklingsmuligheter har vært viktige mål for oss i hverdagen. Vi medarbeidere representerer ulik kompetanse, men vi har lagt stor vekt på at alle mestrer de fleste gjøremål hverdagen byr på. Noen ansvarsområder har vi imidlertid delt opp etter interesse og kompetanse, og mitt hovedfokus de siste årene har vært pasientopplæring/ pasientveiledning. Oppgavene her er mange, og representerer en stor utfordring for primærhelsetjenesten. Vi erkjente tidlig at disse oppgavene er godt egnet for nært samarbeid og ansvarsfordeling mellom lege og medarbeider. Astmapasientene har lenge stått vårt hjerte nær i denne forbindelse.Tross gode intensjoner opplevde vi imidlertid at tilbudet vårt var preget av tidspress og tilfeldigheter. Prosjekt «Astmaskole i primærhelsetjenesten» ble et forsøk på å systematisere og få litt erfaring med en utdanningsmodell som kunne passe vårt arbeidssted og våre arbeidsmetoder. Herved følger litt om bakgrunnen for prosjektet, hva tiltaket praktisk innebærer, hvilke erfaringer vi har gjort og litt om hvordan vi etterhvert har integrert astmaskolen i vanlig hverdag. Prøveprosjektet varte i ett år, og ble avsluttet sommeren -96.

BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Primærhelsetjenestens utfordring

Astma er den største gruppen av kronisk sykdom hos barn. Forskning viser at forekomsten stadig er økende. Hverdagen på senteret byr på et stort antall unge pasienter med astma. Første utfordring til primærhelsetjenesten er at vi evner å oppdage og diagnostisere disse barna. Det viser seg at tidlig diagnose og påfølgende riktig behandling har stor betydning for den

videre utvikling av sykdommen. Studier peker i retning av at tidlig og riktig behandling kan forbedre lungefunksjonen og forebygge permanente skader.

Når et barn har fått diagnosen astma, hva da med videre behandling, opplæring og oppfølging?. Her finnes mange veier mot samme mål, og utfordringen for primærhelsetjenesten er stor. Det er ikke mulig, slik helsetjenesten er organisert i dag, at 2.linje tjenesten skal ha hovedansvaret for alle med diagnosen astma. De med milde og moderate plager vil kanskje snaut nok komme i kontakt med 2. linjetjenesten. Hvordan er så vi i primærhelsetjenesten beredt til å ta denne utfordringen? Kompetanse og praksis er svært varierende. Det finnes nok av kunnskap i dag til å takle selv de vanskeligste utfordringer en astmatiker kan by på. Spørsmålet er hvordan vi som helsepersonell evner å ta til oss denne viten og anvende den i vår hverdag som hjelpere for barn med astma og deres familier.

«Self- management»

Kunnskap er nødvendig for å mestre en hverdag med astma. Trygghet og mestring er viktige elementer på veien mot god livskvalitet for denne pasientgruppen. Det finnes nok av dokumentasjon som peker på behovet for veiledning/ kompetanseoverføring til foreldre

som har barn med spesielle behov. Skal man kunne ta livet i egne hender og foreta de nødvendige vurderinger og avveininger som astmasykdommen krever, må man ha en plattform å stå på. Det er fortsatt medisinens utfordring og ansvar å foreta de nødvendige medisinske beslutninger, men hverdagen for en familie med astmasyke barn inneholder et uttall avveininger som det ikke ville være mulig eller hensiktsmessig å søke medisinsk ekspertise for.

Gode medisiner alene er ikke tilstrekkelig for å lykkes i behandlingen av barn med astma. En god behandling forutsetter god opplæring av foreldre og pasient. Opplæringen må gi forståelse for hva som skjer når barnet får astma, hvilke årsaker det har og hvordan det kan forebygges og behandles. Foreldrene skal kjenne igjen de forskjellige fasene og uttrykksformene for astma hos sitt barn, og vite hvordan hvert stadium skal behandles. De må ha kunnskap om medisinenes virkemåte, hvordan og når de skal brukes. De må også kjenne til når grensene for hjemmebehandling nærmer seg, og hvordan de skal forholde seg for å skaffe lege/sykehushjelp. Denne utdanning av pasient og familie er påkrevet for å få full nytte av de gode muligheter den medisinske behandling innebærer for barn med astma i dag.

Hvor alvorlig?

For de fleste er heldigvis sykdommen lett og gir plager bare noen få ganger og i beskjeden grad. Noen er imidlertid så sterkt plaget at de er helt eller delvis funksjonshemmet i det daglige liv. Astma må betraktes som en alvorlig sykdom både som medisinsk problem, samfunnsproblem og som problem for den enkelte familie. Avhengig av barnets og familiens resursser, kan selv en mild astma virke svært dramatisk. For andre kan en medisinsk sett vanskelig astma mestres så godt at verken barnet eller familien opplever sykdommen begrensende for livsutfoldelsen.

Betydningen av psykiske forhold ved astma er et vanskelig område. Astma er imidlertid en sykdom som må få psykiske følger for mange barn og foreldre. Enkelte barn frarøves muligheten til normal utvikling gjennom lek og aktivitet fordi omgivelsene mangler kunnskaper om sykdommen. Følelsesmessige belastninger som engstelse, fortvilelse, uro og sorg utsetter familien for ekstra påkjenninger. Undersøkelser som er gjort tyder imidlertid ikke på at barn med astma klarer seg dårligere enn barn uten astma.

Jeg har valgt å se på vår utfordringe oppdelt i fire elementer;- kunnskap, tid, organisering og samarbeid.

Kunnskap

Primærhelsetjenesten har et stort ansvar med hensyn til oppdatering av kunnskap på «alle» felt. Utviklingen innen enkelte fagområder er enorm, og det viser seg da også at variasjonene i kompetanse er stor, både blant leger og medarbeidere. Det er nødvendig med grundige kunnskaper om astma spesielt, men også generell kompetanse i kommunikasjon, psykologi , praktiske kunnskaper om inhalasjonsutstyr, PEF-målere, trygderettigheter,sanering osv. Sammen med solide kunnskaper er motivasjonen og lysten til å undervise svært viktig. Mange sitter utvilsomt med mye kunnskap som de ikke evner å bringe videre til pasienten.

Tid

God astmaomsorg tar tid. Lytte, lære, etterprøve teknikker, hyppige kontroller, også når barnet er friskt, kontakt med skole/barnehage osv. Tid koster penger, og også dette er et økonomisk spørsmål. Det virker som det er bred enighet både nasjonalt og internasjonalt om at sykepleiere/medarbeidere må på banen når det gjelder omsorg for denne pasientgruppen. Det er imidlertid i dag ingen takst i allmennpraksis som dekker virksomhet av denne karakter, men det jobbes med saken. Medarbeidere er stort sett opptatt med alle typer gjøremål; ta telefon, gjøre labarbeid, skiftestuearbeid osv. Tiden er for de fleste oppstykket og «hektisk», og det viser seg vanskelig å øremerke tid til rolige samtaler og undervisning.

Organisering

Opplæring rettet mot egenkontroll eller «self-management» krever en planlagt prosess. Begrepet «astmaskole» betegner et slikt organisert opplegg. Undervisningen må tilpasses individuelt, men bør følge en mal. Kan vi på et travelt legekontor organisere oss slik at det blir rom for systematisk opplæring?

Samarbeid

Sist, men ikke minst tror jeg at en god astmaomsorg er avhengig av at vi evner å samarbeide. Samarbeid med foreldre og barn, samarbeid innen primærhelsetjensten mellom leger og medarbeidere, helsesøstre, fysioterapeuter, spesialisthelstjeneste, skoler og barnehager. Ingen person kan alene stå for den omsorg gruppen av barn med astma og deres foreldre trenger. Likevel tror jeg det er viktig at noen tar ansvar for helheten, og kanskje bistår foreldrene under mottoet «Problemet er lungen, men vi må ta vare på hele ungen!»

BESKRIVELSE AV TILTAKET

Målet med mitt astmaskoleopplegg har vært å prøve ut et opplærings-/veiledningsprogram rettet mot foreldre som har barn med astma. Etter å ha sett på hva som gjøres andre steder i Norge, har jeg plukket litt fra flere steder og satt sammen et konsept som skal passe vårt arbeidssted og våre arbeidsmetoder. Det jobbes endel andre steder i landet med liknende opplegg, dog mest i sykehussammenheng,- ved poliklinikker og spesialavdelinger. Forholdsvis lite organisert skjer ute i primærhelsetjenesten.

Mitt konkrete mål er: « Foreldre og barn har kunnskap, trygghet og evner til å mestre hverdagen med astma. De vet hva som skjer når barnet får astma, hvilke årsaker det har, hvordan det kan forebygges, og hvordan de ulike faser behandles.»

«Barnet skal være med i livets dans, – ikke nødvendigvis som Prima Ballerina, men i Corps de Ballet.»

Faglig bifall og økonomi

Det har vært viktig for meg å få faglig støtte for astmaskolens berettigelse. Positive tilbakemeldinger fra naturlige samarbeidspartnere som Barnepoliklinikken ved Gjøvik Fylkessykehus, og Barneavdelingen ved Lillehammer Fylkessykehus har vært viktige. Primærlegene lokalt har også vært positive. Fylkeslegekontoret fant opplegget av interesse, og under henvisning til «Handlingsplanen for forebygging av astma og inneklimasykdommer», samt «Aksjonsprogrammet Barn og Helse 1995-99», fikk jeg midler til å starte opp. Lunner Kommune ga helseopplysningsmidler, og Glaxo Welcome A/S støttet opp med viktige midler i sluttfasen.

Lokaler og utstyr

Både helsestasjonen og legesenteret på Harestua har vært benyttet. Disse ligger vegg i vegg, og har gitt gode muligheter for samarbeid og kontakt med lege. Det har vært viktig for meg å kunne «trekke meg ut» av den travle hverdagen på legekontoret, samt ha rom for barna til å leke/bevege seg. Ofte har hele familien møtt opp, enkelte ganger også med besteforeldre. Rommet er viktig for å skape et gunstig «læreklima». Demonstrasjonsutstyr har jeg fått fra forskjellig legemiddelfirmaer. Jeg har et mobilt «hyllebord» som inneholder et komplett utvalg av inhalasjonsdevices, PEF-målere, Jonasmasker , undervisningsmateriell, videoer og div. brosjyrer. Spirometeret ved legesenteret er benyttet.

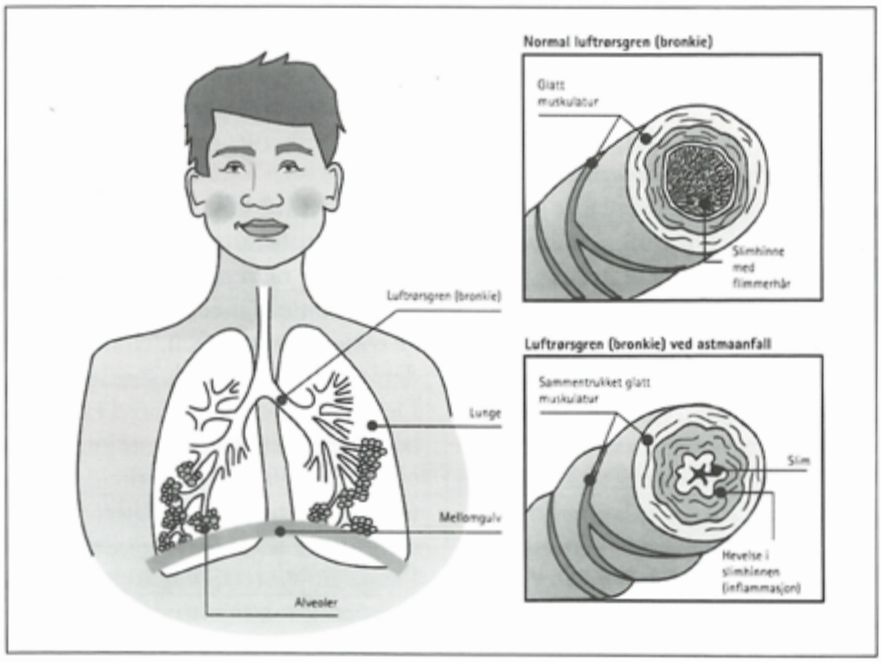
Informasjon til samarbeidspartnere og brukere

Tiltaket har vært et tilbud til hele kommunen, og jeg har hatt en rekke møter for å informere om astmaskolens mål og utforming. Helsesøstre, leger, medarbeidere og barnehagepersonell er informert. I tillegg har jeg laget en liten infofolder til utdeling ved legekontorene og helsestasjonene.Ved siden av å nå brukerne via samarbeidspartnerne, har jeg ønsket å nå dem direkte. Både lokalavisen og lokalradioen har tatt opp temaet. Etter å ha informert om prosjektet på styremøte i Hadeland Astma og Allergiforening, besluttet de å arrangere et åpent informasjonsmøte om barn og astma, der» Astmaskolen» var hovetemaet.

Praktisk utforming

For ikke å ta meg «vann over hodet» i første runde, valgte jeg å begrense antallet pasienter i prøveprosjektet til 20. De 20 første som henvendte seg fikk være med. Tilbudet var gratis, og det bød ikke på problemer å rekruttere deltagere. Klassifisert etter RTVs nye retningslinjer ble ti betegnet som milde astmatikere, seks som moderate og fire som alvorlige. Tretten av de tyve hadde vært innlagt på sykehus i forbindelse med sin astma, og seksten av tyve stod på forebyggende behandling med inhalasjonssteroider. Pasientene var i alderen ett til ti år, tretten gutter og syv piker.

Opplegget var basert på 3-4 individuelle konsultasjoner av 1/2 til 1 times varighet. Intervallene mellom konsultasjonene har vært 2-4 uker. Noen har vært samlet i en gruppekonsultasjon til slutt. Jeg valgte bevisst individuelle konsultasjoner ut fra tidligere erfaringer med gruppekonsultasjoner i helsestasjonsregi. Utgangspunktet til familiene var svært forskjellig, og jeg så det som en fordel med individuell opplæring i føste omgang, for deretter eventuelt å sette sammen grupper fritt etter ståsted senere. Hvilke familiemedlemmer som har deltatt har variert. Noen ganger hele familien, inkludert



besteforeldre, andre ganger kun mor og barn. Målet har vært at begge foreldrene skulle være med minst en gang.

Jeg har valgt å benytte et «egenjournal» system som ble utviklet i forbindelse med et prosjekt i Sør-Trøndelag og Trondheim i 1993, FRISCUS. Dette er en A5 format, myk perm, som kan fylles med innhold etter ønske. Hvert barn har fått en slik journal, personlig utfylt, tilpasset og gjennomgått. Journalen inneholder program for astmaskolen, skjema for sykehistorie, behandlingsskjema og endel informasjon som jeg har delt ut etter behov. Journalen «bæres» av foreldrene, og skal til enhver tid være oppdatert. Ønske er at den medbringes ved kontroller, legevaktsbesøk og evt på helsestasjonen. Mine dokumenter har begrenset seg til et lite kartotek med «huskekort» for hver pasient,et registreringsskjema, samt percentilskjema. Ellers korte notater i pasientens legejournal for de pasienter som går fast hos oss.

Innholdet i undervisningen er bygget opp omkring noen sentrale emner. Avhengig av behov og interesse hos deltagerne har jeg forsøkt å individualisere opplæringen.

Hvordan ser lungene ut? Hva er astma? Hvordan virker medisinene? Kan medisinene være farlig? Årsaker til astma. Sanering og forebygging. Inhalasjonsteknikk, PEF måling og spirometri. Fysisk aktivitet. Psykososiale forhold, -

barnet , familien og nærmiljøet. Skole og barnehage. Trygderettigheter og interesseorganisasjoner. God tid til spørsmål og repetisjon har vært viktig.

HVILKE ERFARINGER ER GJORT?

Foruten pasientmålet med god livskvalitet, har jeg selv hatt som mål å kunne si noe om de erfaringene jeg har gjort i løpet av prøveåret med astmaskolen. Dette både som grunnlag for eventuelle justeringer på veien videre, men også for å kunne gi råd til andre som ønsker å starte lignende tiltak. Jeg har valgt å sende deltagerne et evalueringsskjema med skriftlige spørsmål etter avsluttet opplæring. Hvorvidt spørsmålene og svarene gir noe reelt bilde av nytten av å drive slik undervisning er usikkert. Jeg ønsket imidlertid en feedback for å se om det burde gjøres opplagte endringer i opplegget. Nysgjerrig på hva folk hadde «fått med seg» var jeg også!

Stikkordsmessig vil jeg karakterisere arbeidet med astmaskolen som morsomt, intenst, krevende og nyttig! Kompetansen som sykepleier med lang jobberfaring har vært god å ha. Fagkunnskapen til den som skal drive en slik opplæring bør være sikker og oppdatert, da det skjer rask utvikling i fagområdet. Lysten til å undervise og evnen til å formidle kunnskap på en forståelig måte er også viktig. For meg har «faglig oppdatering» virket som en positiv motivasjonsfaktor. Her har jeg dessuten fått nødvendig korreksjon og/eller bekreftelse på at det jeg gjør er viktig og riktig.

Den største forskjellen på det arbeidet jeg har gjort nå, sammenlignet med tidligere, har vært tiden og organiseringen. Erfaringen er at god astmaomsorg tar tid! Håpet er at investeringen nå kan gi gevinst i form av spart tid senere. Sikkert er det i hvert fall at behovet for tid til informasjon hos primærlegen er redusert. Vi har ikke gjort noen registreringer på det, men synes å merke at vi ser mindre til våre «kjente» astmatikere nå. Mange greier seg med telefonkontakt og faste kontroller. Nyrekrutteringen av pasienter synes imidlertid ikke å avta.

Min erfaring er at det er nødvendig å «trekke seg ut» av den travle hverdagen på kontoret for å makte å skape en god læresituasjon sammen med foreldrene. Likevel har det vært viktig med nærheten til legekontoret. Man kunne kanskje tenke seg en astmaskole totalt løsrevet fra den kurative helsetjenesten, men min erfaring er at samarbeidet med pasientens faste lege er aller viktigst. Dette fører igjen til at jeg tror behovet for å bygge opp «lokal» kompetanse er nødvendig. Jeg har en bestemt følelse av at jeg kommer lenger med mitt forebyggende budskap når det settes inn i en kurativ sammenheng. Identifikasjon og motivasjon er stikkord. Pasientene gir uttrykk for at de ønsker nært samarbeid med lege, og vi har med hell praktisert en «løs» tilgjengelighet fra legen. Stort sett har det gått på behandlingsstrategi, vurdering av PEF/ spirometri, lytting eller bare det å hilse på.

Samarbeidet med andre er ikke så ulikt tidligere praksis. Jeg har hatt mye kontakt med barnehagene, både med generell undervisning, og tilrettelegging for enkeltbarn. Ellers har mange oppfattet at vi jobber mye med barn og astma, og derav brukt oss for råd og veiledning.

Det er viktig å ha en plan for undervisningen, men denne kan ikke være for rigid. Jeg opplevde hele tiden å måtte gjøre justeringer i forhold til den enkeltes behov,-noe som er viktig, men slitsomt! I fortsettelsen vil jeg sette opp temaer sammen med foreldrene ved første konsultasjon.

EVALUERING FRA DELTAKERNE

Foreldrene ble tilsendt evalueringsskjema uken etter siste konsultasjon. Seksten skjemaer ble sent ut,

femten levert tilbake til meg. (Det var tre søskenpar , samt en som sluttet før opplegget var ferdig.) Skjemaet hadde ti spørsmål, hvorav seks var korte avkryssningssvar, og fire gav muligheter for mer utfyllende kommentarer.

Essensen i evalueringen var:
- Foreldrene gav uttrykk for at denne måten å gi informasjon på var OK.
- God tid er et viktig poeng.
- Ingen har større angst for sykdommen etter å ha fått undervisning.
- Røyking: Det ble røkt tobakk i åtte av sytten familier. I to av familiene røkte både mor og far, tre kun mor, og tre kun far. Fem familier opplyste at de kun røkte ute, tre familier inne. I alle disse tre var det mor som røkte. Status etter evalueringen er at en far som røkte ute har sluttet helt, en far og en mor har sluttet inne, men fortsetter ute. Foreldrene fikk klar informasjon om faren ved tobakksrøking i forhold til å ha barn med astma. Jeg hadde imidlertid ikke kapasitet til å drive noen form for røykeavvenning. Ting tyder på at det må sterkere lut til for å oppnå endrede røkevaner enn informasjon!
- Støvkilder/dyrehold: Fire familier har opplyst å ha teppebelagte gulv enten i soverom eller stue. Tre har fjernet disse.
- Tre familier bor på gård med dyrehold, ytterligere tre familier har hund, en familie har katt. Status etter evalueringen er at to familer som hadde hund har kvittet seg med den. Dyrehold er et vanskelig dilemma, spesielt for de som bor på gård! Av interesse er også det faktum at hele fem barn var utsatt for både røyking og dyrehold.
- Økonomiske rettigheter og hjelpemidler: To barn hadde hjelpestønad fra før, ytterligere syv barn har fått innvilget denne stønaden etter å ha vært gjennom astmaskolen. To foreldre har fått innvilget 10 ekstra sykedager. Ett barn hadde Jonaslue med varmefilter fra før, ytterligere 14 barn fikk en slik i løpet av astmaskolen.

Det vil bli for omfattende å gjengi alle svarene fra de mer utfyllende spørsmålene, men jeg velger å referere noen av utsagnene som kom i forbindelse med spørsmålet:

Hva var det mest nyttige ved undervisningen?
- En kunne stille de spørsmålene en ville, og få svar, uten å ha det for travelt.
- Veldig bra at det var samarbeid med lege.
- At besteforeldre også kunne være med.
- Fikk god kjennskap til sykdommen.
- Kjennskap til hjelpestønad og ekstra sykedager.
- Barnet ble veldig godt informert om bruk av medisiner og hvorfor.
- Har fått et mer avslappet forhold til bruk av medisiner.
- At man fikk innsikt i hva astma er, og hvordan man skal takle det.
- Tiden for den enkelte var god. Man kunne slappe av litt mer og dermed få mer ut av informasjonen.
- Lærte å bruke medisinene riktig.
- Lærte om når doktoren skal kontaktes.
- Fint at begge foreldre fikk samme informasjon.
- Lærte om hvodan trappe opp og ned medisinene riktig.
- FRISCUS-permen er fin.
- Fint å være trygg og kunne spørre uten å føle seg dum.
- Fint med repetisjon.
- Lærte om utløsende årsaker/forvarsler.
- Mye fin generell informasjon.
- Nyttig å lære om forebyggende bruk av medisiner.
- Nyttig å få vite hva astma er, hva som skjer med kroppen og hva som må gjøres. Også den forebyggende delen.
- At jeg som foreldre har fått svar på alle spørsmål og usikkerhet knyttet til sykdommen sønnen min har hatt i flere år.
- Barnet har blitt mye bedre nå som medisinene hans er forandret.
- Lettere å motta informasjon når barnet er friskt.

VEIEN VIDERE

Prøveprosjektet ble avsluttet sommeren -96. Astmaskolen fortsetter i regi av Harestua Medisinske Senter. Tilbudet er utvidet til å gjelde også voksne pasienter, noe som har vært en ny og spennende utfordring. Opplegget er mye likt prøveprosjektet, men vil hele tiden være gjenstand for små endringer. Nytt undervisningsmateriell produseres og ny medisinsk viten blir tilgjengelig.

Vi forsøker å sette opp undervisning en bestemt ukedag. Hvis ikke dagen fylles, tar jeg del i det øvrige arbeidet ved kontoret. Ledig kontorkapasitet gjør at jeg kan trekke meg tilbake og lukke en dør om nødvendig. Jeg opplever det lettere å få til en gunstig læresituasjon sammen med pasientene nå enn før prosjektet startet.

Dette gjelder også i forhold til andre pasientgrupper, f.eks vordende mødre/foreldre som går til svangerskapskontroll hos oss. Det er viktig at de andre på kontoret støtter opp og ser på pasientopplæring som en viktig arbeidsoppgave i hverdagen. Når den første entusiasmen brenner litt av, gjelder det å ligge på et nivå som er mulig å gjennomføre i praksis. Pasientinformasjon er en stor utfordring for primærhelse- tjenesten, og med et godt samarbeid lege/medarbeider tror jeg det er mulig å få til en hensiktsmessig fordeling av ansvar og utfording. Jeg gleder meg til fortsettelsen!

Kari Hvinden
Harestua Medisinske Senter
2743 Harestua

Helsearbeidarar i alle fylke, samein dykk!

(No skal vi endeleg ha det moro)

Pasienten først!
Ledelse og organisering i sykehus.
NOU 1997:2 (Steine-utvalgets utredning)

Meld av Geir Sverre Braut

Det er ikkje heilt vanleg å melda offentlege utgreiingar som bøker. NOU 1997:2 er likevel noko meir enn berre eit politisk dokument. Den utforminga utvalet har gjeve utgreiinga gjer at ho kjem til å stå som eit viktig kjeldeskrift i drøftinga av leiarskapsspørsmål i helsetenesta i årevis framover; uavhengig av om ein er samd eller usamd i konklusjonane utvalet har falle ned på.

Utgreiinga tek utgangspunkt i «Pasienten først»-retningslinene som er framsette av den politiske leiinga i Sosial- og helsedepartementet. Dette er eit sjølvsagt utgangspunkt. Når eg les innhaldet i desse retningslinene, undrar eg meg eigentleg over at det meste ikkje alt er på plass. Eg stiller meg spørsmålet om kvifor organisering av helseteneste og sjukehus, for det er sjukehusa som er i brennpunktet, i det heile er noko problem. Men utgreiinga går djupare inn i dette og får på ein overtydande måte fram kvifor stoda er slik at korkje pasientar, helsepersonell eller folkevalde er særleg nøgde.

Ved første tilnærming kan ein få inntrykk av at «Pasienten først»-retningslinene berre rettar seg mot helsepersonellet. Stikkord som «lydhørhet», «punktlighet», «åpenhet», «helhet», «vennlighet» og «gjensidighet», er sterke imperativ til grundig ettertanke hjå tenesteytarane. Men folkevalde og andre styrande skal nok få merka at helsepersonell gjerne stiller opp og gjer sin del, dersom viktige rammeføresetnader er til stades slik at ein kan få alvor bak dei andre stikkorda: «tilgjengelighet», «fagleghet», «forsvarlighet» og «ansvarlighet». Dette maktar utgreiinga å syna på ein truverdig og oversiktleg måte. Det kjem tydeleg fram at det slett ikkje berre er legar og sjukepleiarar, og «kampen» mellom desse, som er rota til det vonde i styringa av sjukehusa.

Utgreiinga byggjer på ein profesjonelt basert leiarskapstanke. Tida då det greier seg med allmenn leiarutdanning er tydelegvis forbi. Men helsefagleg bakgrunn er ikkje nok. Ein som skal leia ei sjukehusavdeling, må ha formell leiarkompetanse. Den samla faglege og formelle kompetansen må gje autoritet.

Utvalet har falle ned på at både funksjonelle og formelle omsyn talar for at sjukehusavdelingar skal ha ein leiar som spelar på ein tverrfagleg stab. Ei vesentleg utfordring for leiaren vert då å fungera som leiar for ein organisasjon og ikkje *ei* yrkesgruppe. Heilt konkret føreslår utvalet at einskapleg leiing bør innførast ved alle sjukehus i løpet av to år.

Utvalet peikar også på ei rekkje andre tiltak som må til for å betra ytingsevna til norske sjukehus. Stikkord som opprusting av kontortekniske funksjonar, betre arbeidsmiljø og middel til kompetanseutvikling kjenner vi att frå dei fleste problemomtalar og tilsynsrapportar frå sjukehusa dei seinare åra. Utvalet viser ikkje nokon annan overtydande veg til dette enn gjennom auka løyvingar.

Av omsyn til kontinuitet og kvalitet i pasientbehandlinga, ønskjer utvalet at ein kvar pasient skal ha krav på å vita kven som er ansvarleg lege og sjukepleiar for nett vedkommande. Dette er eit poeng som truleg også legar utanfor sjukehus vil merka seg med glede.

Utvalet presiserer at staten ved Sosial- og helsedepartementet og tilsynsorgana må spela ei meir aktiv rolle i det faglege utviklingsarbeidet, m.a. gjennom utviklinga av faglege standardar.

Mange legar vil nok finna det litt leitt at utvalet ikkje har peika ut legen som pater omnipotens i sjukehuset. Eg trur ikkje det skal fellast mange tårer for det. Den legen som ønskjer å vera leiar vil likevel finna vegen open, om framlegga frå utvalet vert realiserte. Føresetnadene er mest berre at vedkommande sjølv ønskjer det og har tilstrekkeleg leiarkompetanse.

Når helsepersonellet har funne seg til rette under ei og berre ei avdelingsleiinga, trur eg at dei største utfordringane i å følgja opp vil felle på dei folkevalde. Kva skal dei gjera når pasientane, godt støtta av helsepersonellet, krev tilgang til fagleg forsvarlege tenester til rett tid? Og all medkjensle med sjukehuseigarane når dei no får definert som *hovudoppgåver* utdanning av helsepersonell og forsking i tillegg til pasientbehandling som dei så vidt klarar av i dag! For helsepersonell må slike utsegner mest likna på det som står i Openberringsboka. Bodskapen min til alle helsearbeidarar etter å ha lese utgreiinga er: Brett opp skjorteermane og set i gang – framtida ser lys ut! Steineutvalet har høyrt på røystene frå helsepersonellet og trudd på utsegnene om at helsepersonell vil pasientens beste. Det fortener dei ros for. ❑

Hormonbehandling og hjerte- og kareffekter

Tekst: Ingrid Os

Ingrid Os er spesialist i indremedisin og nyresykdommer. Hun arbeider ved Nyremedisinsk avdeling ved Ullevål sykehus.

Epidemiologi

Hjerte- og karsykdom affiserer mer menn enn kvinner. Fra mortalitetsdata kan vi se at dette gjelder i land med høy risiko for koronar hjertesykdom (skandinaviske land bl.a.) og i land med lav risiko (Japan), med et forhold mellom kjønnene på om lag 2-3:1. Det er derfor naturlig å tenke seg at det er en kjønnspesifikk beskyttelse. Dette inntrykket forsterkes av at koronar hjertesykdom er sjelden hos kvinner før menopause, men øker med alder og etter 70-års alder er det like vanlig hos kvinner som hos menn. Etter menopause er det en økning i hyppighet av kardiovaskulær sykdom.

I mange år har det vært kjent at kvinner med tidlig menopause, etter ooforektomi, hvor fallet i østrogennivåer kommer særdeles brått, har en betydelig oversykelighet av kardiovaskulær sykdom. Faktisk med økende alder for menopause er det antydet at for hvert år menopausen er utsatt, så reduseres risikoen med 2%. I våre egne undersøkelser hos friske premenopausale kvinner med mild hypertensjon har vi påvist lavere østradiol-nivå enn hos jevnaldrige normotensive kvinner, og det kan være at disse kvinnene går en tidligere menopause i møte.

Risikofaktorer hos kvinner

For kvinner er det de samme risikofaktorene for koronar hjertesykdom som for menn, men det er mulig at betydningen for hver enkelt risikofaktor er forskjellig. Egne data tyder på at at kvinner med koronar hjertesykdom har en betydelig arvelig belastning. Videre er sammenhengen mellom LDL kolesterol og koronar hjertesykdom mindre klar for kvinner enn den er for menn, mens derimot lavt HDL-kolesterol i større grad vektlegges hos kvinner. Videre er triglyserider i mye større grad påvist å være en uavhengig risikofaktor hos kvinner. I alle epidemiologiske undersøkelser er det vist at nedsatt glukosetoleranse og diabetes gir en relativt større risikoøkning for kvinner enn for menn. Enkelt kan man si at kvinner med diabetes mister sin «naturlige» beskyttelse mot koronar hjertesykdom. Røyking er også en viktig risikofaktor for koronar hjertesykdom. Såvel fedme som en øket livvidde/hofte ratio er forbundet med økt risiko for kardiovaskulær sykdom.

Unikt for kvinner er østrogenmangel som en risikofaktor, og dette gir altså også en unik behandlingstrategi.

Effekt av hormonsubstitusjon på kardiovaskulær risiko hos postmenopausale kvinner

I de store studiene som LRC-studien (Lipid Research Clinic) og Nurses Health Study er det påvist en relativ riskoreduksjon for koronar hjertesykdom på om lag 50% hos kvinner som står på postmenopausal hormonsubstitusjon. Det foreligger nå over 30 epidemiologiske studier med noe ulik design, men altså med et imponerende pasientantall og mange observasjonsår. Gjennomgående kan man si at studiene viser konsistent en beskyttende effekt av østrogensubstitusjon både når det gjelder fatale og ikke-fatale hjerteinfarkt.
Når det gjelder kvinner med etablert koronar hjertesykdom, altså sekundær profylakse, er resultatene faktisk mer imponerende med 84% reduksjon i nye koronartilfelle.

Det er imidlertid reist kritikk mot disse studiene pga at de ikke har vært kontrollerte eller randomiserte. Det har også vært reist kritikk mot pasientutvalget i noen av studiene – det er de «friske» som får tilbud om hormonsubstitusjon. Dette kan forsåvidt imøtegåes av at koronarsyke kvinner synes å ha større beskyttelse av hormonsubstitusjon enn friske.

En mer relevant innvending i allfall utifra et skandinavisk ståsted, er at de studier som foreligger i hovedsak er gjort med såkalt konjugert østrogen i motsetning til det som vanligvis brukes i Norge, nemlig naturlig østradiol. Videre brukes det i Norge så sant kvinnen ikke er hysterektomert alltid kombinasjonspreparater, og effekten av gestagentillegget er noe usikkert.

Det foreligger relativt lite data på kombinasjonsbehandling og risiko for koronar hjertesykdom. Det foreligger en noe spesiell studie fra Sverige, den såkalte Uppsala-studien, som viser en like god og beskyttende effekt av kombinasjon som av østrogen alene.

Mens resultatene med hensyn til effekt på koronar hjertesykdom er konsistente, er det vanskeligere å trekke noen sikker konklusjon mht effekt på hjerneslag. I en metaanalyse som foreligger konkluderes det med en relativ risiko

på 0.96 hos østrogenbrukere, altså ingen forskjell fra ikke-brukere. En større finsk studie viste imidlertid en risikoreduksjon på 31%. Det foreligger lite eller ikke noe data på kombinasjonsbehandling.

Ved Ullevål sykehus, Hjertemedisinsk avdeling pågår det for tiden en undersøkelse med henblikk på effekten av slik kombinasjonsbehandling hos kvinner med angiografisk verifisert koronar hjertesykdom, den såkalte *EWA-studien*. I den studien benyttes Estradermplaster med tillegg av provera hver 4.mnd.

På hvilken måte virker østrogen gunstig på den kardiovaskulære risiko

Det som er blitt trukket sterkest frem er effekten på lipidene. LDL-kolesterol reduseres med 10-20%, muligens økes antall LDL-reseptorer med en mer effektiv fjerning av LDL-kolesterol fra sirkulasjon. ApoA syntesen øker, en viktig del av HDL-kolesterol som derved økes (10-15%). Økningen skjer ved økt lipase nedbrytning. Østrogen som antioksydant har også blitt trukket frem. Når det gjelder effekt på Lp(a) er denne noe mer usikker, men det har vært hevdet at spesielt kombinasjonsbehandling tenderer til å redusere Lp(a)-nivået. Triglyserid-nivået påvirkes i noe ulik retning avhengig av administrasjonsform av østradiol.

Effekten på lipider kan ikke alene forklare den positive effekten av østrogentilskudd på kardiovaskulær risiko. Det er også direkte hemodynamiske effekter av østrogen med fall i perifer karmotstand, og derved i blodtrykk.Østrogenreseptorer finns i koronartreet og bidrar til vasodilatasjon. Endotelfunksjonen påvirkes også av østrogentilskudd.

Hva skjer når gestagen legges til? Dette finnes det lite data på. Generelt har man gått utifra at gestagentilskudd skulle motvirke den gunstige effekten av østrogen, men det er nok noe forenklet. Sannsynligvis betyr gestagentillegget lite i forhold til den kardiovaskulære effekten man har av østrogentilskuddet (jfr Uppsala-undersøkelsen), men vi vil få vite mer om dette etterhvert.

Effekten på hemostase

Frykten for dyp venetrombose og lungeemboli har hindret mange i å starte med hormonsubstitusjon. En ubegrunnet frykt kanskje? I stor grad har vi vært avhengige av laboratoriemessige prøver for å vurdere denne risikoen. Det er relativt beskjedne forandringer i de laboratoriemessige parametrene under pågående hormonsubstitusjon. Fra tidligere sparsomme databaser har man konkludert med at frykten har vært ubegrunnet. Seponering av hormonsubstitusjon i forbindelse med operative inngrep ansees derfor unødvendig, men det anbefales at tromboseprofylakse – beredskapen høynes.

I oktober i år ble det i Lancet publisert 3 artikler om risiko for primær tromboembolier i forbindelse med bruk av postmenopausal hormonsubstitusjon. Risikoen for en spontan tromboemboli i befolkningen er meget lav. I en av artiklene anslåes det årlige tilfeller pr 100000 kvinner til vel 10, hos de på hormonsubstitusjon 27. Det er altså beskjedne tall, mao en sjelden komplikasjon, men likevel en relativ risiko på mellom 2-3 i forhold til ikke-brukere.

Ved Ullevål sykehus, på Hematologisk avdeling pågår det nå en *prospektiv* studie for å undersøke risiko for dyp venetrombose ved bruk av hormonsubstitusjon hos kvinner med tidligere sykehistorie på DVT, den såkalte *EVTET-studien*. I den benyttes Kliogest som kombinasjonspreparat. Den vil kanskje gi oss et godt svar på nettopp denne problemstillingen som mange er opptatt av.

Avslutningsvis

Bruk av hormonsubstitusjon må baseres på vurdering av flere aspekter og en vid risikoprofil hos kvinnen. Klimakteriske plager og ønske fra kvinnen selv er viktige forhold å ta hensyn til, men også det vi i dag vet om potensielle fordeler og ulemper. Ser man isolert på kardiovaskulær risiko er det til tross for mangel på kontrollerte og randomiserte studier meget tunge argumenter for bruk av østrogensubstisjon. Holdningen som man hadde tidligere, nemlig at hjertesyke eller høyrisikokvinner absolutt ikke burde få hormonsubstitusjon, er altså positivt feil – i dag konkluderes det snarere tvert i mot. For hyperlipidemiske kvinner er østrogenbehandling en måte å få bedret sin lipidprofil, og det har sannsynligvis additiv effekt til kolesterolsenkende behandling. Den effekten enkelte mener at hormonsubstitusjon kan ha på Alzheimers sykdom, kan delvis være formidlet via de kardiovaskulære effektene. Fortsatt gjenstår det å få mer kunnskap om effekt på hemostaseforhold. Kanser-risiko er ikke berørt her, men økt risiko for endometriekanser er ikke et problem så sant kombinasjonsbehandling benyttes. Hvorvidt kvinner med gjennomgått mammakanser skal få tilbud om slik behandling diskuteres, og studier som spesielt ser på dette er nå på gang. Effekt på osteoporose og frakturinsidens er også noe som bør veie tungt i diskusjonen. Et ikke uvesentlig moment bør være om bedret livskvalitet.

Ingrid Os
Nyremedisinsk avdeling
Ullevål sykehus
0407 Oslo

Bedre helse for mor og barn

En orientering om den norske nyfødtkohort-studien

Tekst: Kjell Haug og Leiv S Bakketeig

Kjell Haug t.v. er professorstipendiat ved Seksjon for sosialmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen og medlem av arbeidsgruppa som planlegger nyfødtkohort-studien.

Leiv S Bakketeig t.h. er professor ved Seksjon for samfunnsmedisin ved Statens institutt for folkehelse og prosjektleder for studien.

Hvert år har vi mer enn 600 dødfødsler i Norge. 450 barn blir født med alvorlige misdannelser. I første leveuke dør bortimot 200 nyfødte. Bare hos svært gamle mennesker finner en tilsvarende høy dødelighet som det en finner i svangerskapet og nyfødtperioden. Våre kunnskaper om årsakene til dette er meget mangelfulle. Mange gravide er bekymret for medikamenter de må bruke i svangerskapet. Det finnes få eller ingen studier som har sett på f.eks bruk av antidepressiva, antiepileptika og antidiabetika i svangerskapet. Kanskje er det unødvendig bekymring mange gravide går rundt med? De siste par årene har det kommet data som viser at enkle kostholdsråd ser ut til å forebygge alvorlige misdannelser som f.eks. ryggmargsbrokk. «Hva bør jeg gjøre og hva bør jeg ikke gjøre mens jeg er gravid?» er spørsmål mange gravide stiller sin lege. Studien *«Bedre helse for mor og barn»* skal forsøke å besvare endel av disse spørsmålene.

Det kommer stadig nye holdepunkter for at forhold i svangerskapet og nyfødtperioden kan ha avgjørende betydning for helse og sykdom ikke bare for foster og nyfødte, men også for framtidig helse i voksen alder. Dette gjelder både hjertekar-sykdommer, kreft, psykiske lidelser, intellektuelle funksjoner, og allergiske lidelser, for å nevne det som er mest i søkelyset. Professor i allmennmedisin i Tromsø, Anders Forsdahl var den første som viste at det kunne være en sammenheng mellom forhold i svangerskapet og tidlig barnealder og voksen helse. Senere er dette blitt bekreftet i flere undersøkelser.

Studien *«Bedre helse for mor og barn»* er en meget omfattende og ambisiøs undersøkelse hvor vi ønsker å følge ca 100.000 kvinner gjennom svangerskapet. Deretter vil vi følge både mor og barn i mange år framover. Datatilsynet har i sin konsesjon ikke satt noen begrensning på hvor lenge en kan følge de som deltar i studien. Det betyr at også framtidige forskere vil kunne høste av de investeringer vi gjør de neste årene. Allerede i dag er ca 200 forskere engasjert i planleggingen av hoved prosjektet og 75 delprosjekter. Statens institutt for folkehelse og Medisinsk fødselsregister er ansvarlige for hovedprosjektet og koordineringen av delprosjektene.

Hvorfor må denne studien foregå i Norge og hvorfor må den omfatte så mange kvinner og barn?

Blant epidemiologer rundt om i verden er det enighet om at Skandinavia er et av de områdene som egner seg best for populasjonsstudier hvor det er nødvendig å følge en stor gruppe over lang tid. Slike studier krever både en oversiktlig befolkning, relativt lite flytting på tvers av landegrensene, en godt utbygd primærhelsetjeneste og velutviklede befolkningsregistre. Den studien som nå planlegges kunne av de nevnte grunner vanskelig gjennomføres i f.eks. USA og på det europeiske kontinentet. Derfor har blant annet amerikanske forskningsmiljøer som National Institute of Health meldt sin interesse for samarbeid.

Helt tilfeldig har danskene planlagt et tilsvarende prosjekt som det som nå er under planlegging i Norge. Etter at en for ca 3 år siden ble oppmerksom på sammenfallende interesser i Norge og Danmark, har det vært et tett samarbeid mellom de danske og norske forskningsmiljøene om den endelige utformingen av prosjektene. Den danske studien startet pilotfase høsten 1996 og er så lik den norske at mange av de spørsmål en vil belyse kan hente data fra begge studiene. Det betyr at over 200.000 svangerskap vil kunne inngå i studien. Det gir oss mulighet for også å studere sjeldnere lidelser som for eksempel barnekreft og spesielle medfødte misdannelser.

Hva slags data skal samles inn?

Det er i prinsippet 2 typer data som vil bli samlet inn. I løpet av svangerskapet vil den gravide kvin-

nen få tilsendt 3 spørreskjemaer. Her vil en spørre om symptomer og plager, bruk av medikamenter, detaljerte opplysninger om kosthold, livsstilsfaktorer, yrke og fritidsaktiviteter og sosiale faktorer. Dessuten vil det bli tatt 2 blodprøver i svangerskapet og en navlesnorsblodprøve. Disse blodprøvene vil bli frosset ned i en biobank med henblikk på langtidslagring. Senere vil en kunne benytte disse blodprøvene i case-control-studier for å se etter spesielle eksponeringsfaktorer i relasjon til spesielle sykdomstilstander. Ved å koble data fra spørreskjemaene med biobanken vil en kunne få fram viktige opplysninger som kan være med på å øke vår forståelse av risikofaktorer og sykdomsutvikling.

Hvordan vil allmennpraktikere bli engasjert i studien?

Denne studien representerer på mange måter en nasjonal satsing. Ikke bare vil den henvende seg til 2 årskull av gravide kvinner og deres partnere og de barna som blir født. Den vil også engasjere en rekke forskjellige grupper innen helsevesenet. Alle landets gynekologer, jordmødre og pediatere vil ha nærkontakt med prosjektet. Norske allmennpraktikere står i en nøkkelposisjon fordi det er hos allmennpraktikeren at de fleste gravide møter prosjektet første gang. Senere, når den gravide er kommet med i studien, vil den videre oppfølgingen administreres fra en sentral prosjektledelse slik at belastningen på landets allmennpraktikere skal bli minst mulig. Helt konkret vil en lage en informasjonspakke om prosjektet som allmennpraktikeren deler ut til den gravide. Her vil den gravide finne informasjonsmateriell og samtykkeerklæring som hun kan lese hjemme i fred og ro og deretter sende til prosjektledelsen. I forbindelse med at det taes andre blodprøver av den gravide vil en også be om at det taes en egen blodprøve som sendes til Folkehelsa. I siste trimester vil en også be om at allmennpraktikeren tar en ekstra blodprøve av den gravide.

Mange gravide vil nok ha spørsmål de gjerne vil ha svar på, spesielt når de går inn i studien. For å avlaste allmennpraktikeren vil det i forkant av prosjektet bli gitt fyldige informasjoner gjennom media, det vil bli trykket egne plakater til bruk på venteværelset, og det vil bli opprettet et eget «grønt nummer» slik at den gravide kan ringe gratis til prosjektledelsen for å få svar på spørsmål de måtte ha.

Etter at en det siste året har konkretisert hvordan en tenker seg at den gravide skal inviteres til å delta i prosjektet, har en tatt kontakt med NSAM, APLF og OLL for å diskutere detaljene i opplegget. En har likeledes etablert kontakt med primærhelsetjenesten på Sotra utenfor Bergen for i samarbeid med leger, helsesøstre og jordmødre å teste ut de forskjellige elementene i en pilotstudie som starter 1.januar 1997. Selve hovedprosjektet forventes å starte opp ultimo 1997.

Hvordan skal en sikre at data fra undersøkelsen ikke blir misbrukt?

Personvern er selvsagt meget viktig i en så stor undersøkelse hvor det samles inn følsomme data som skal lagres over lang tid. En skal i tillegg kunne koble de innsamlede data med andre datafiler, f.eks Kreftregisteret, Statistisk sentralbyrå og Medisinsk fødselsregister. Datatilsynet har hatt en meget grundig saksutredning før de godkjente prosjektet. Alle data vil bli anonymisert. Prosjektledelsen vil ikke ha mulighet for å gå tilbake til enkeltindivider med opplysninger etter at dataene er lagret. Derav følger at ingen av de som er med på studien noen gang vil kunne risikere å få et brev om at en f.eks. har funnet en sykdomsrisiko eller et anlegg for framtidig sykdom hos dem selv eller deres etterkommere.

De etiske sidene av prosjektet har også vært gjenstand for mye omtanke. Ved siden av at prosjektet har gått gjennom en grundig diskusjon i Forskningsetisk komite, har det også vært avholdt et eget etikkseminar hvor landets fremste eksperter på medisinsk etiske spørsmål var invitert til å gi sin vurdering av prosjektet.

Det sier seg selv at det er foreldrene som må si ja til å være med på studien på vegne av barnet. I og med at studien vil fortsette over mange år skriver Datatilsynet i sin konsesjon: «Når barnet er 15 år skal registeransvarlig sørge for at barnet blir orientert om registerets eksistens. På bakgrunn av denne informasjonen kan barnet sammen med foresatte ta en beslutning om å trekke seg fra fortsatt deltakelse. Når «barnet» er mellom 25 og 30 år skal vedkommende på nytt orienteres om registeret, samtidig som det informeres om muligheten for å trekke seg. Denne framgangsmåten skal sikre at deltakerne får anledning til å vurdere sin deltakelse i forhold til sin egen og samfunnets utvikling.» Også mødrene vil når som helst kunne trekke seg ut av studien hvis de ønsker det.

Kostnadene ved prosjektet

Dette er et dyrt prosjekt. Bare datainnsamlingsfasen av hovedprosjektet er beregnet til ca 45 millioner. I tillegg kommer kostnadene ved alle subprosjektene og den videre oppfølgingen. Prosjektet må kunne betraktes som en grunninvestering som andre forskere i framtiden vil kunne høste av. Vi tror at prosjektet vil framskaffe ny kunnskap og gi større trygghet for framtidige foreldre og at noen vil bli spart for den belastning det er å miste barn eller å få barn med alvorlige sykdommer eller misdannelser.

Kjell Haug
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Ulriksdal 8c
5009 Bergen

Til forsvar for faglige normer basert på autoritet, mening – og kunnskap

Tekst: Elisabeth Swensen

Elisabeth Swensen, f.1951. Kommunelege I i Seljord. Spesialist i allmennmedisin. Styremedlem i NSAM siden 1991, nestleder fra 1993. Leder NSAMs «Risikoprosjekt». Interessert i medisinsk filosofi og landbrukspolitikk.

«Skjønne er de ting vi ser,
skjønnere er de vi forstår,
men aller skjønnest er de som
vi ikke kjenner.»
(Nicolaus Steno)

Overskriften på dette innlegget er dristig og bevisst provokatorisk formulert. Det har sin bakgrunn i at jeg for en uke siden fikk influensa (etter å ha fulgt oppfordringen om ikke å la seg vaksinere under parolen : «Unn deg en influensa!») og således alibi for å ligge grublende og opphetet under dyna et par døgn. I bakhodet surret et overmodent løfte til Utpostens redaksjon om en artikkel som skulle omhandle begrepet «allment aksepterte faglige normer». Jeg fikk også tid til å lese – ja, nettopp! – Utposten (7/8-96) med viktige artikler om kvalitetssikringsfrustrasjoner (1) og skjønnsutøvelse (2) og fikk inspirasjon til å fly litt høyere enn planlagt.

Kampen om definisjonsmakten

«Enhver som yter helsetjeneste skal (..) sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer..» heter det i §3 i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Hvem bestemmer hva som er gyldig faglig norm? På hvilke arenaer foregår kampen om retten til å sette navn på godt og dårlig? Først to relativt ferske – vidt forskjellige – personlige erfaringer som synliggjør noen aktører i feltet (meg selv og Norsk selskap for allmennmedisin inkludert):

For en tid siden kom en ung, ganske hyggelig salgsdame fra et farmasøytisk firma på kontoret mitt og reklamerte for et peroralt middel mot underlivssopp hos kvinner. I diskusjonen etter den obligatoriske «vitenskapelige» presentasjonen var det tilsynelatende ingen uenighet om at lokalbehandling med vagitorier og krem fortsatt er førstehåndsbehandling, men at peroral behandling kan være et nyttig supplement der dette ikke fører frem. Så – mens hun pakket sammen tiloversblevne kulepenner og nøkkelringer – sa hun (i en annen stemme, nærmest litt fortrolig kvinne-til-kvinne): «I England brukes nesten bare kapsler nå. For du vet, de fleste damer synes jo det er noe griseri med disse stikkpillegreiene, da.» Med trykket på det innforståtte «jo».

På vegne av NSAM var jeg invitert til å snakke om kliniske retningslinjer på et seminar der «kunnskapsbasert medisin» var tema. Eksemplet jeg var bedt om å ta utgangspunkt i, var østrogenprofylakse til en 50 år gammel kvinne. Bestillingen var et problemorientert innlegg til debatt. Jeg påpekte innledningsvis at kunnskapsgrunnlaget i medisinen er sammensatt, og brukte i den forbindelse begreper fra nyere kunnskapsteori: påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap. Så drøftet jeg hvordan ulike former for kunnskap kunne komme til anvendelse i møtet med den konkrete kliniske problemstillingen som var presentert. Stor var min forbløffelse da en av arrangørene – en kollega jeg kjenner, liker og respekterer som en faglig autoritet (sic!) – i et relativt engasjert innlegg karakteriserte selve utgangspunktet, altså drøftingen og problematiseringen av kunnskapsgrunnlaget, som «tåketale».

Allment aksepterte faglige normer = faglige bevis?

Allment aksepterte faglige normer; en pirrende formulering som inviterer til funderinger om makt og skjønn. En glimrende formulering som implisitt anerkjenner de medisinske sannheters dynamiske, foranderlige og mangetydige karakter. En formulering som forutsetter refleksjon og stimulerer

den faglige dialogen (hvorav noen formidable bikkjeslagsmål – litt moro skal man ha...).

Litt langsomt har det gått opp for meg at det økte kravet om internkontroll og kvalitetssikring sammen med den såkalte Evidence Based Medicine – på norsk «kunnskapsbasert» eller «vitenskapsbasert» medisin – inngår i en slags helhet, en bevegelse, et syndrom så å si. Antagelig bør jeg på dette tidspunkt i artikkelen passe på å få sagt at jeg gleder meg over mange av innspillene fra dette miljøet – ikke minst allmenn- og samfunnsmedisinen trenger en debatt om sitt vitenskapelige fundament. Men det som forundrer meg – og som er utgangspunktet for dagens tekst – er at det ser ut til å være en felles trossetning for denne bevegelsen at det eksisterer en motsetning mellom kunnskap, vitenskap (= bra) og autoritet, mening (= dårlig). I dette universet er det logisk å formulere arbeidstitler av typen: «Fra en meningsstyrt til en kunnskapsstyrt helsetjeneste!» og «Fra en autoritetsbasert til en vitenskapsbasert medisin!» Og i neste omgang (og det er min hovedbekymring): Fra «allment aksepterte faglige normer» til «faglige bevis»?

Autoritet vs. autoritetstro

Jeg tror ikke vi kommer utenom autoritet og mening i utformingen av faglige normer – både på individnivå i konsultasjonen og i utforming av helsetjenesten. Store Norske leksikon forklarer: «autoritet (av lat. auctoritas, rett, myndighet), det å kunne opptre med makt og gjøre sin innflytelse gjeldende (...). – Å la sine meninger *ukritisk* (min uthevelse) bestemme av en autoritet, kalles *autoritetstro.*»

Er det her misforståelsen er oppstått? Det er lett å enes i kampen mot kunnskapsforakt, autoritetstro og ukritiske faglige knefall for titler og rang. (Kfr. annonse i Hamar Arbeiderblad: «Leksikon selges billig da min kone vet alt.») Evidence-bevegelsens skjerpede blikk på kunnskapskilder og vitenskapelig redelighet kan ganske sikkert bidra til å velte fete og foreldede avguder – både personer og ritualer – i fagmiljøet. Men det er forskjell på å barbere seg og skjære over strupen. Å devaluere autoritet og mening, dvs. spre forakt for «å opptre med makt» og kreve respekt for faglige meninger basert (også) på erfaringer og skjønn, er å legge seg frivillig under kastrasjonskniven.

Både som kommunelege I og allmennpraktiker benytter jeg meg daglig av den autoritet som ligger i rollen – uten å skamme meg over det. Og jeg støtter meg selv åpenlyst på autoriteter som del av et nødvendig faglig sikkerhetsnett. Jeg har lyst til å nevne ett kjært eksempel: Gamle overlege Svein B. Solheim på medisinsk avdeling på mitt lokalsykehus. Kjernen i hans autoritet er troverdighet. Som igjen er basert på en uvanlig kapasitet for å tilegne seg ny kunnskap, faglig nysgjerrighet, lang og rik erfaring som overlege på et lite sykehus, en stor porsjon yrkesstolthet, interesse og lojalitet overfor pasientene, et varmt hjerte, upåklagelig selvtillit, passelig pondus og en dash karisma. Uten blygsel har jeg fulgt de fleste av hans råd – oftest uten å sjekke referansene. Er det feigt? Flaut?

For noen år siden var Frank Aarbrot, samfunnsviter og valgforsker, invitert til OLLs årsmøte for å kommentere «samfunnsmedisinske dilemmaer og verdivalg». Han gjentok forsåvidt Inge Lønnings velkjente postulat om medisinen som vår tids religion. Men i motsetning til Lønning hadde han lite til overs for det han kalte «impotente» og «kvasi-ydmyke» leger som ikke er villige eller våger å fylle den historiske rollen som er dem tildelt, autoriteter i sin tid og sitt samfunn.

Mye kunnskap, lite tenking

Jeg har interessert meg en god stund for risikobegrepet i medisinsk sammenheng. Spørsmålet er hvordan vi som leger skal forholde oss til diagnostisering og behandling av risikotilstander hos friske personer – et tema som jeg vil tro angår (og frustrerer) de fleste allmennpraktikere. På et seminar om disse spørsmålene var filosof Arild Utaker fra Bergen til stede. Hans innlegg åpnet med en kritisk observasjon: «På dette området finnes det mye kunnskap, men lite tenking.» Både de samfunnsmedisinske strategiene (skal vi måle bentetthet hos alle over en viss alder?) og det kliniske møtet med den enkelte pasient (skal den 50 år gamle kvinnen som spør deg til råds ha østrogenprofylakse?) vil nødvendigvis måtte basere seg på mer enn kunnskap om sammenhenger og behandlingseffekt i snever forstand. Hva er akseptabel risiko? (Er 13 et høyt tall?) Ikke alt som kan gjøres skal eller bør gjøres. Skjønn, verdisyn, kontekst og kultur er med på å farge både den kollektive anbefalingen (norm) og den individuelle beslutningen (behandling/ikke-behandling).

Moderne blodtrykksbehandling med alle sine sprikende (og tildels tvilsomme) intervensjonsstudier har på den ene siden vist behovet for en kritisk gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget, samtidig som de ulike anbefalingene med all mulig tydelighet viser at ulik tenking om samme kunnskap gir ulike konklusjoner. Svenske SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik) satte i 1991 ned en ekspertgruppe under ledelse av Lars Werkö for å gjennomgå det vitenskapelige grunnlaget for behandling av «måttlig forhöjt blodtrykk». Arbeidet bød på

mange overraskelser, avsløringer og bekymringer hva angår selve mandatet. Men Werkö beskriver i en artikkel i Läkartidningen hvordan den første overraskelsen kom da gruppens medlemmer viste seg å vurdere de fleste studiene ulikt (3). «Redan detta var oväntat,» skriver Werkö, «då vi alla trott oss vara vetenskaplig 'objektiva'.»

Jeg har tidligere nevnt østrogenbehandling som eksempel på at det kan være forskjell på effektiv behandling og riktig behandling. «The problem of defining effective general practice is a matter of scientific judgement, which must be distinguished from defining what is worth striving for. Most work on quality of care has addressed the former and ignored the latter question, or confused the two issues» skriver den engelske professor Peter D. Toon (4). Og han anlegger også et videre perspektiv på kvalitet enn jakten på fasitsvaret: «That there are alternative definitions of good general practice does not imply that there is not good general practice. We are faced with the need to choose between different goods rather than between good and bad.»

Faglige normer forutsetter en faglig moral

« For det første må man vurdere om givne procedurer er realistiske, dvs. om de faktisk kan tjene som forbilleder i den givne praksis ved løsning af opgaver inden for denne praksis. Ofte vil man også kunne vurdere om givne procedurer er moralsk akceptable. Undertiden kan man slet ikke komme uden om at måtte stille dette spørsmål om endog meget realistiske procedurer.» Sitatet er fra dansk professor og filosof Uffe Juul Jensen (5).

Selve ordet norm kommer av det latinske norma = regel, orden. I «allment aksepterte faglige normer» kan norm best oversettes med handlingsregel. Drøftingen av norm-begrepet er et svært filosofisk tema som jeg ikke skal dvele lenge ved, blant annet også fordi det er vakkert ivaretatt av kollega Anne-Luise Kirkengen i et tidligere essay i Utposten (6). Jeg skal bare minne om to mulige, vanlige og parallelt eksisterende forståelser av norm : gjennomsnitt («er») og ideal («bør»).

Fylkeslege i Hedmark, Hans Petter Schønsby, skrev i Utposten 7/95: «I begrepet «allment aksepterte faglige normer» ligger den faglige standard som til enhver tid er rådende» (7). Altså en slags definisjon med utgangspunkt i norm som en gjennomsnittsstandard. Likevel tror jeg de fleste med faglige normer forstår noe ønskelig, noe å streve mot.

Idéhistorikeren Trond Berg Eriksen minner om at medisinen oppsto som en normativ vitenskap: «At en vitenskap er normativ betyr ikke annet enn at den har et visst begrep om hva den skal tjene til, hva som i siste hånd er formålet med alle dens objektive informasjoner» (8). Slik sett blir normen uttrykk for et «bør» fordi det som «er» ikke er perfekt.

Hvilket leder over i en presisering av det nyskapende aspektet ved all medisinsk virksomhet. I den kliniske hverdagen er legens oppgave ikke å bringe pasienten tilbake til noe, men frem til noe nytt. Den franske lege og filosof Georges Canguilhem har vært omtalt tidligere av andre (9). Han er opptatt av at medisinen er innovativ, ikke restituitiv. Livet leves forlengs. Som Øgar skriver: «Dette framtidsperspektivet må nødvendigvis innebære usikkerhetsmomenter» (2).

Rundt århundreskiftet anbefalte legene onaniforebyggende belter (med pigger og lås) for små gutter og jenter (se bilde) (10). For alt jeg vet kan beltelås og pigglende ha vært kvalitetssikret og nøkkelrutinene sirlig nedtegnet i datidens prosedyrepermer. At behandlingen var effektiv – i den forstand at beltene forhindret onani – ville dobbelt-blinde randomiserte studier ganske sikkert kunnet føre vitenskapelig bevis for. I sin tid var den selvsagt også ønskelig og i tråd med gjeldende verdisyn. Dette er i og for seg et billig og banalt eksempel, men det kan i blant være betimelig å minne seg selv og kollegene om at vi – «sett fra Sirius» (min gamle venn, nå avdøde kollega Hans K. Sandbergs yndlingsformulering) – er ganske små og sannsynligvis forgjengelige.

Elisabeth Swensen
3841 Flatdal

Brystbeinet av et rådyr

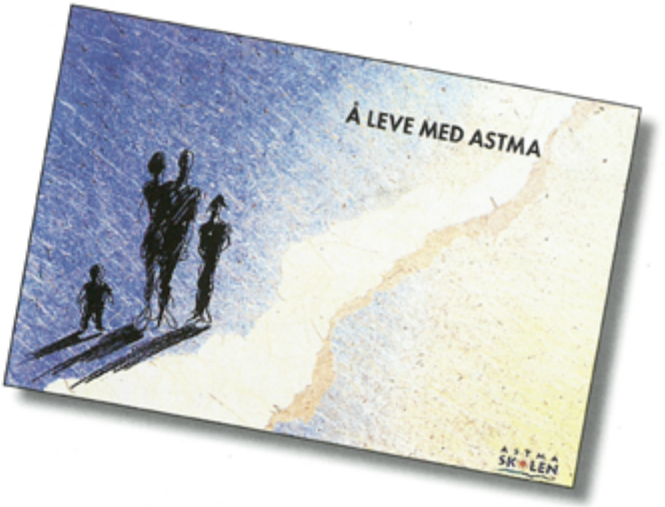
Jeg ville så innerlig gjerne at
det skulle bli noe igjen etter meg.
Noen ord, helst.
Noen gyldige ord, en tanke, et
uttrykk. Noe
som mennesker i kommende år
skulle ta opp i seg
i glimt av gjenkjennelse.
Slik en bærplukker i skogen
brått kan komme over
en værbleik beinknote i måsan.
Ta den opp snu og vende på den
og tenke: Dette er brystbeinet
av et rådyr.

Hans Børli

Litteratur

1. Lundevall S. Om den store lydighetskampanjen som ruller over landet. Utposten 1996; 25: 276-7.
2. Øgar P. Skjønnsutøvelse i samfunnsmedisinen. Utposten 1996; 25: 268-72.
3. Werkö L. Behandling av lätt blodtrycksstegring. Få studier hållbara vid kritisk granskning. Läkartidningen 1994; 91: 1533-34.
4. Toon PD. What is Good General Practice? A Philosophical Study of the Concept of High Quality Medical Care. Occasional paper 65. The Royal College of General Practitioners, London 1994.
5. Juul Jensen U. Sygdomsbegreber i praksis. Munksgaard, København 1983.
6. Kirkengen AL. Formelen for den menneskelige norm er N=XY. Utposten 1996; 25: 92-6.
7. Schjønsby HP. «Når fylkeslegen kommer på tilsynsbesøk». Utposten 1995; 24: 296-9.
8. Berg Eriksen T. Hippokrates i dag? Samtiden 1991; 5: 2-14.
9. Hofmann B. Normalitet og patologi. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3800-2.
10. Johannisson K. Medicinens öga. Nordstedts, Stockholm 1990.

Vi kan Astmaskole!



ASTRA
Astra Norge

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

Leserbrev

Er det mulig å overleve som allmennlege/kombilege i fremtiden?

Her følger et leserbrev fra kommunelege I Øystein M. Christiansen, Måløy. Det er også klippet i et brev fra Helsedirektøren til Helseminister Gudmund Hernes. Sistnevnte brev er offentlig tilgjengelig, og kan bl.a. sendes deg ved å kontakte UTPOSTENs sekretariat. Leserbrevet er likelydende med det brev kommunelegen har sendt til helseministeren og hvor helsedirektøren har fått kopi.

STATENS HELSETILSYN

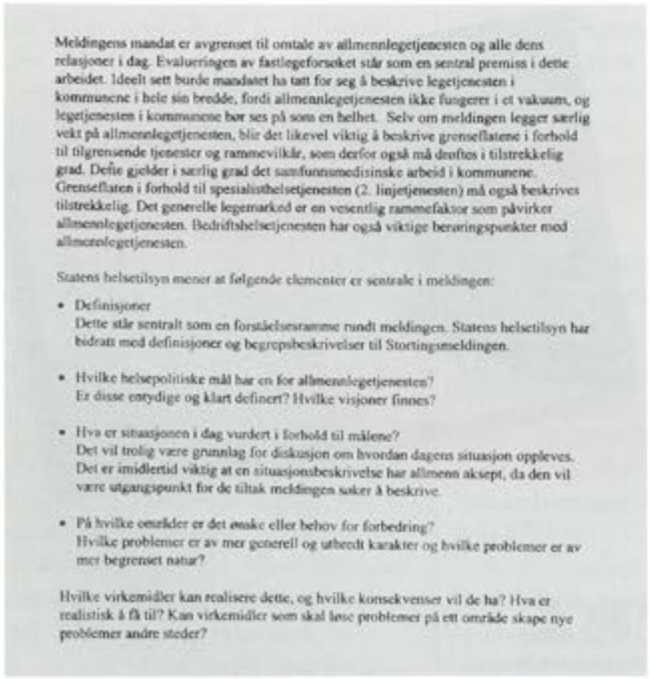
Helseminister Gudmund Hernes
Sosial- og helsedepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

18 desember 1996

LEGETJENESTEN I KOMMUNENE

Momenter til stortingsmelding om allmennlegetjenesten

Fylkeslege Petter Øgar har sendt kopi av Helsedirektørens brev av 18.12.96 til meg og andre kommunelege I i Sogn og Fjordane. Jeg hilser brevet velkommen som et nyttig, gjennomtenkt rammeverk for nye og gamle tanker og idéer. Særlig positivt er det at dette rammeverket prøver å spenne over uønskede, men skarpe sektorlinjer som skapes av fagnivå og finansieringsform.



Meldingens mandat er avgrenset til omtale av allmennlegetjenesten og alle dens relasjoner i dag. Evalueringen av fastlegeforsøket står som en sentral premiss i dette arbeidet. Ideelt sett burde mandatet ha tatt for seg å beskrive legetjenesten i kommunene i hele sin bredde, fordi allmennlegetjenesten ikke fungerer i et vakuum, og legetjenesten i kommunene bør ses på som en helhet. Selv om meldingen legger særlig vekt på allmennlegetjenesten, blir det likevel viktig å beskrive grenseflatene i forhold til tilgrensende tjenester og rammevilkår, som derfor også må drøftes i tilstrekkelig grad. Dette gjelder i særlig grad det samfunnsmedisinske arbeid i kommunene. Grenseflaten i forhold til spesialisthelsetjenesten (2. linjetjenesten) må også beskrives tilstrekkelig. Det generelle legemarked er en vesentlig rammefaktor som påvirker allmennlegetjenesten. Bedriftshelsetjenesten har også viktige berøringspunkter med allmennlegetjenesten.

Statens helsetilsyn mener at følgende elementer er sentrale i meldingen:

- Definisjoner
  Dette står sentralt som en forståelsesramme rundt meldingen. Statens helsetilsyn har bidratt med definisjoner og begrepsbeskrivelser til Stortingsmeldingen.
- Hvilke helsepolitiske mål har en for allmennlegetjenesten?
  Er disse entydige og klart definert? Hvilke visjoner finnes?
- Hva er situasjonen i dag vurdert i forhold til målene?
  Det vil trolig være grunnlag for diskusjon om hvordan dagens situasjon oppleves. Det er imidlertid viktig at en situasjonsbeskrivelse har allmenn aksept, da den vil være utgangspunkt for de tiltak meldingen søker å beskrive.
- På hvilke områder er det ønske eller behov for forbedring?
  Hvilke problemer er av mer generell og utbredt karakter og hvilke problemer er av mer begrenset natur?

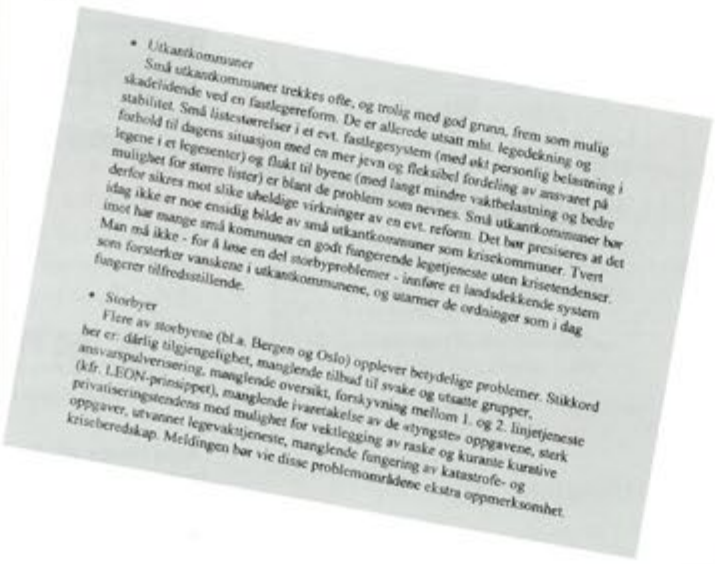
Hvilke virkemidler kan realisere dette, og hvilke konsekvenser vil de ha? Hva er realistisk å få til? Kan virkemidler som skal løse problemer på ett område skape nye problemer andre steder?

- Legemangel, geografisk skjevfordeling
  «Normen» 1 lege per 1.200 innbyggere er problematisk å anvende uten videre i alle landets kommuner. Tilfredsstillende legedekning bør være gjenstand for lokalt skjønn, hvor geografiske forhold, befolkningssammensetning, tilgang på spesialisthelsetjeneste m.v. trekkes inn i vurderingsgrunnlaget. I så måte er det riktig å bevde at det skal være en geografisk «skjevfordeling», fordi de nevnte forhold er ulike i landets kommuner. En tilfredsstillende legedekning er en helt sentral forutsetning for en kvantitativt og kvalitativt god allmennlegetjeneste. Mange av de problemer som oppleves i dagens situasjon vil kunne avhjelpes betydelig ved en adekvat legedekning.
  Mange frykter innføringstiden av en reform, hvor det lett kan bli flukt til angivelig attraktive områder fra mer utsatte områder. F.eks. hvis en «norm» innføres om legedekning 1 lege per 1.200 innbyggere over hele landet, vil byene være underdekket og flukten kan gå dit for å unngå korte lister i mindre kommuner. Hvis en ordning ikke korrigerer for listestørrelse i mer grisgrendte strøk, vil løsning ett sted lett kunne føre til problem et annet sted. Slike eksempler kan sikkert mangfoldiggjøres og gjør at helhetlige konsekvensanalyser må gjøres før nye ordninger innføres.

Min *bakgrunn* for å mene noe om saken er:

* kombinert kommunelege I og allmennpraktiker
* stabil i samme stilling siden 1976, bortsett fra 2,5 års fravær, vesentlig for videreutdannelse på Fylkets sykehus.
* er fornøyd med 2. linjetjenesten og mine stabile kolleger
* prøver å etterleve både KOPF og LEON
* spesialitet i allmenn- og samfunnsmedisin siden 1984.
* leder S&Fj legeforenings støttekollega-arbeide.

Min *motivasjon* er *bekymring* over utbredt resignasjon i egne rekker og frykt for at planlagte endringer i tilgrensende sektorer kan gi utilsiktede endringer i allmennlegetjenesten. *Jeg er så beskjeden å mene at primærhelsetjenesten er Grunnfjellet og at det er vanskelig å planlegge den øvrige helsetjenesten løsrevet fra denne.* Jeg har nylig gått ut i to års permisjon fra min offentlige stilling og vet ut fra samtaler med kolleger at flere av dem har lignende planer. *Når motiverte kolleger søker seg bort fra de stillingene de har utdannet seg for å fylle, blir jeg urolig for både kombinasjonslege- og allmennlegetjenesten.*



- *Utkantkommuner*
  Små utkantkommuner trekkes ofte, og trolig med god grunn, frem som mulig skadelidende ved en fastlegereform. De er allerede utsatt mht. legedekning og stabilitet. Små listestørrelser i et evt. fastlegesystem (med økt personlig belastning i forhold til dagens situasjon med en mer jevn og fleksibel fordeling av ansvaret på legene i et legesenter) og flukt til byene (med langt mindre vaktbelastning og bedre mulighet for større lister) er blant de problem som nevnes. Små utkantkommuner bør derfor sikres mot slike uheldige virkninger av en evt. reform. Det bør presiseres at det idag ikke er noe ensidig bilde av små utkantkommuner som krisekommuner. Tvert imot har mange små kommuner en godt fungerende legetjeneste uten krisetendenser. Man må ikke - for å løse en del storbyproblemer - innføre et landsdekkende system som forsterker vanskene i utkantkommunene, og utarmer de ordninger som i dag fungerer tilfredsstillende.
- *Storbyer*
  Flere av storbyene (bl.a. Bergen og Oslo) opplever betydelige problemer. Stikkord her er: dårlig tilgjengelighet, manglende tilbud til svake og utsatte grupper, ansvarspulverisering, manglende oversikt, forskyvning mellom 1. og 2. linjetjeneste (kfr. LEON-prinsippet), manglende ivaretakelse av de «tyngste» oppgavene, sterk privatiseringstendens med mulighet for vektlegging av raske og kuranste kurative oppgaver, utvannet legevaktjeneste, manglende fungering av katastrofe- og krisberedskap. Meldingen bør vie disse problemområdene ekstra oppmerksomhet.

* For å *rekruttere nye allmennpraktikere* må det gjøres overkommelig å jobbe som utkantlege *og* samtidig ta foreldreansvar.
* For å *beholde allmennpraktikere,* må det gjøres overkommelig å leve og arbeide i samme vaktdistrikt etter *fylte 40 år*
* For å *bevare kombinasjonslegen* må man
  - bremse tilførselen av nye plikter/redusere gamle oppgaver
  - ruste opp den samfunnsmedisinske 2. linjetjenesten, slik at den f.eks. kan lage maler for lokale tiltak

• Arbeidsmiljø
Arbeidsmiljøet for legene i kommunene er ikke et sentralt tema i meldingen, men bør belyses for å ivareta de aspektene som vedrører legetjenestens innhold og kvalitet samt kontinuitet/stabilitet i legedekningen. Inntektsforhold er kun èn faktor, og for mange sannsynligvis ikke den viktigste.

  - sikre kvalifiserte medarbeidere for kommunelege I
  - videreutvikle eksisterende nettverk for deling av kunnskap
  - tenke nytt, f.eks. felles 50% kommunelege I for 2–3 kommuner

Hovedmomenter for svak rekruttering/flukt mener jeg er:
Kommunehelsetjenesten får stadig økende plikter, uten at disse ledsages av nedprioritering av gamle plikter eller av økede ressuser. Kommunelege I blir av de fleste oppfattet som hovedansvarlig for å planlegge og iverksette/omorganisere oppgaver:

1. *Øket ansvarsomfang på formell bakgrunn, se vedlegg:*
   Eksempel: Smittevernloven, med utnevnelse til smittevernlege.
2. *Sosiologiske/strukturelle endringer, se vedlegg:*
   Eksempel: Høy sysselsetting gir svekket omsorgsreserve.
3. *Endringer i nabosektorer som vil gi øket belastning på primærhelsetjenesten, se vedlegg:*
   Eksempel: Kvinnsland-rapporten (volum*k= kvalitet)
4. I tillegg kommer *faktorer som gjør at hver oppgave må utføres på en mere tidkrevende eller belastende måte:*

* *En* ny rollefordeling tilstreber et mere «symmetrisk» forhold mellom pasient og lege: Legen blir en «helseservitør», som skal prøve å forklare «menyen» for gjesten/kunden/pasienten, slik at denne kan gjøre et fornuftig valg. Dette tar lengre tid både å utføre og å dokumentere. Praksis viser at legen får det samme ansvaret som han hadde i sin gamle «diktatoriske» rolle, dersom pasientens menyvalg ikke gir ønsket resultat.
* *Mere aggressiv presse og jurister* medfører unødvendig og slitende «forsiktighet»/helgardering både ved diagnostikk, terapi og dokumentasjon. Journalen må skrives både slik at den holder i retten og forståes av pasienten, uten å virke støtende. I tillegg

Fastlegeordning
En fastlegeordning eller en ordning der pasienten knyttes til en legesenter vil ha en rekke fordeler:
• klargjøre ansvarsforhold - både overfor pasient og samarbeidspartnere
• redusere avvisning
• redusere "legeshopping"
• synliggjøre allmennlegens populasjonsansvar, noe som kan bidra til bedre prioriteringer

Mulige ulemper:
• reduksjon i pasientens frie legevalg
• svekket samhandling med geografisk organiserte tjenester som f.eks. hjemmebaserte tjenester, helsestasjon og skolehelsetjeneste
• mer belastende arbeidssituasjon for legene

• Manglende populasjonsansvar
Det er av betydning for allmennlegens funksjon som kurativ allmennlege, men også som deltaker i det øvrige kommunale legearbeid, at han/hun får populasjonsperspektivet og -ansvaret konkretisert. Det vil være hensiktsmessig om de geografiske områder allmennlegene skal fungere innenfor sammenfaller med de områder andre helse- og sosialtjenester arbeider innenfor, ikke minst av hensyn til koordinering og det tverrfaglige samarbeid.

• Forebyggende arbeid
Forebyggende arbeid blir ikke tilstrekkelig ivaretatt. Dette er ikke minst en faglig utfordring, men det påhviler kommunene et ansvar i kraft av kommunehelsetjenesteslovens bestemmelser om planlegging og tilrettelegging. Avlønning av forebyggende oppgaver bør likestilles med det kurative arbeid dersom det forventes at legene skal prioritere slike oppgaver. Det ligger en betydelig signalverdi i dette.

skal den helst beholde sin opprinnelige funkjon som støtte for legens arbeide. I sum ser jeg en réell fare for at legen prioriterer dokumentasjon så høyt at det går på bekostning av det vi tradisjonelt oppfatter som «nødvendig helsehjelp»!

* Gamle dagers distriktsleger flyttet ofte til mere sentrale strøk i moden alder. *Vaktbelastningen* (Helsedirektørens brev side 4) oppleves ofte sterkere etter fylte 40 år. Folkekravet er nå *«pizza, video og lege hele døgnet»* 1. juledag var i Vågsøy for 20 år siden en helligdag – 1. juledag -96 hadde jeg 25 henvendelser via LVS til vakthavende lege i et distrikt på 6400 personer, *uten pågående epidemi.*
* *Aktive lokalmedia* med politiradio og nærgående TV-kamera forsterker stresset ved å skulle holde samme standard i grøftekanten i Vågsøy som på «Chicago Hope». Øket belastning ved dobbel vakt, slik jeg frykter ovenfor, vil ytterligere svekke motivasjonen for å bli værende i distrikt etter fylte 40 år.
* Svært mange av mine kolleger valgte allmennpraksis ut fra en genuin interesse for mennesker, samt mulighet til å profilere sin egen praksis (Helsedirektørens brev side 3 og 8). Pasientene velger lege etter sitt behov, i alle fall her ute på landet. I en gruppepraksis har vi gjennom årene utviklet respekt og toleranse både for den kjappe, «kirurgiske» – og den dvelende psykiatriske orienterte legen. *RTV mistenkeliggjør* imidlertid høy bruk av tidstakster, selv om det er anbefalt å bruke mer tid på hver pasient og selv om dette gir lavere timehonorar enn mange kjappe konsultasjoner.
* Vår gruppe ser med skepsis på en *fastlegeordning* der pasienten velger lege og fyller en liste som *kan* bli på 1800 personer. Erfaringer fra Trondheim tyder på at «forståelsesfulle», ofte kvinnelige, leger får en overbelastning ved at de rekrutterer mange personer med kroniske og psykiske problemer.

En velfungerende kommunal samfunnsmedisinsk tjeneste er en premiss for å få en god allmennlegetjeneste, fordi:

- Det kreves samfunnsmedisinsk ekspertise i planlegging, kvalitetssikring og evaluering av den samlede helsetjenesten i kommunen. (kfr. KHLs §3-4)
- Kommunens medisinsk-faglige rådgivende lege bør være helt sentral i kommunens drøftinger med og premissleveranse til den fylkeskommunale helsetjeneste og statlige myndigheter.
- Det samfunnsmedisinske arbeidet knyttet til beredskap, ulykkeshåndtering og smittevern er intimt knyttet til allmennlegetjenesten.
- Samfunnsmedisinsk ekspertise er helt avgjørende for å forme en helhetlig strategi for det forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunen, herunder samhandlingen mellom individrettede (allmennmedisinske) og miljø-/grupperettede (samfunnsmedisinske) forebyggende oppgaver.

* *Den offentlige lege* (side 6) står etter 1984 svakere lokalt og har svekket service. I tillegg er karriereveien langt mere usikker og «korpsånden» svakere. Det var en viktig motiavjon for å starte i et utkantdistrikt at man fikk ansiennitet som var reelt meriterende innenfor et landsdekkende system. Papirmengden er mangedoblet siden jeg startet som distriktslege i 1976, uten at tilgjengelig tid (eller min intellektuelle kapasitet!) er økt. En økende dokumenthaug må forsømmes eller gå til andre instanser. Noen av disse kan ha like god kompetanse som oss, men legene mister da innflytelse på fagområder som de senere får ansvar for å dekke.

Dette ble «eine grausame Salbe» fra en gammel praktiker, men jeg tror ikke våre etterkommere vil være mere aksepterende. Kvinner utgjør etterhvert over 50% av medisinerstudentene. De har ingen hustru til å ivareta familiefunksjonene for en fagfiksert Hippokrates. Yngre leger synes generelt – fornuftig nok – å prioritere familielivet, like sterkt som faget. *De vil neppe adaptere samme ansvarsdefinisjon som de gamle grenseløse allmennpraktikerne:* «Mitt ansvarsområde er førstelinjetjenesten, *samt* de fagproblemene som 2. linjetjenesten ikke har kapasitet og budsjett til».

Med hilsen
Øystein M. Christiansen

Avslutning

Avgjørende for de løsninger man velger å foreslå vil være hvordan man forventer at disse vil slå ut i forhold til de målsettinger man har satt med den planlagte reform. Det blir viktig å se på hvordan legetjenesten ivaretar LEON-prinsippet, KOPF-prinsippet, kvalitetskriterier for tjenesten og de øvrige hensyn som vi har berørt i dette brev. Det blir viktig å la målsettingen fra Nasjonal Helseplan også være en type målsetting for denne melding, nemlig at det i større grad skal tilstrebes resultatlikhet enn tilbudslikhet - såvel i forhold til enkeltpasienter, pasientgrupper, befolkningen, tjenestene, oppgavene og områder. Dette innebærer en positiv forskjellsbehandling og prioritering der hvor innsats og tiltak trengs mest.

Helsetilsynet håper synspunktene i dette brevet kan være til nytte i den viktige fasen meldingsarbeidet befinner seg i nå.

Med hilsen

Anne Alvik
helsedirektør

Jan Fredrik Andresen
fung. avd. direktør

Vedlegg:

1. Stikkord for *økt ansvarsomfang på formell bakgrunn:*

* Overføring av sykehjemsdrift til lokaliseringskommunen.
* Smittevernloven, med utnevnelse til smittevernlege.
* Ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede
* Tilbakeføringen av psykiatriske pasienter til hjemkommunen.
* AMK og LVS, som gir økte kommunale utgifter og økt press på leger som er på «frivakt»
* Forskrifter om foreldreveiledning
* Ny barnevernlov særlig samarbeidsplikt i saker etter §4,3.
* Lov om internkontroll og Forskrifter om kvalitetssikring er felles nye oppgaver for alle bransjer.

2. *Økning på bakgrunn av sosiologiske/strukturelle endringer:*

* Eldrebølgen og «alenebølgen» gir høyt omsorgsbehov.
* Høy sysselsetting gir svekket omsorgsreserve.
* Profesjonalisering/medikalisering/ansvarsoverføring fra individ/familie til helse- og sosialetaten.
* Økende kravmentalitet stimulert av økt kunnskapsnivå i befolkningen om teoretiske medisinske muligheter, *uten* at Lønning-utvalgets prioriteringer er like kjent.

3. *Endringer i nabosektorer som vil gi økt belastning på primærhelsetjenesten:*
En rekke prestisjetunge utredninger som konkluderer med strengere krav til sykehusenes bemanning og størrelse, sannsynliggjør nedleggelse av småsykehus i nærheten

– *Helsedirektoratets utredning nr. 3/91*
– *Hellandsvik-utvalget* (eierskap for sykehusene)
– *Kvinnsland-rapporten* (volum*k= kvalitet)
– *NAVF-rapport nr. 4/92* Nedslagsfelt på 20 000 innbyggere
– *Haffner-utvalget I* (Normer for akuttmedisinsk virksomhet)
– *Haffner-utvalget II* (Utdanningsordningen)
– *«Fødemeldinga»* (som ikke kom på høring til kommunene)
– *«Tromsømøtet»* (for helseregionene 1, 2 og 5+ 3)

Debatten så langt har dermed blitt styrt av byråkrater og tunge fagmiljøer med sykehustilknytning.

Siste skudd på stammen er altså «Tromsømøtet» i november -96. Ifølge observatører fra helseregion 3 bad Helseministerens personlige sekretær, Lars Erik Flatø, møtedeltagerne om å utarbeide en *konsensus om krav til sykehus som skal ha døgnkontinuerlig beredskap i kirurgi, indremedisin og fødselshjelp: «Basissykehus» som bør ha befolkningsgrunnlag på minst 70 000 personer.*

Jeg samarbeider så tett med sykehus at jeg kan se rasjonalet i dette, *hvis man ser isolert på kvaliteten av sykehusbehandlingen.* Imidlertid savnes en analyse av hvor primærhelsetjenesten skal få ressurser til å dekke det gapet som oppstår, allerede *før* endringene skal settes ut i livet: Personellflukten fra småsykehusene starter allerede når folk lukter lunten, slik at profetien om rekrutteringsvansker innfris. En ny modell for fagsøyle krever opprustning av den akuttmedisinske kompetansen i primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten. Det krever også avklaring av erstatningsjuridiske spørsmål.

Eksempel A: Kommunelege I på Eid skal ta ansvaret for driften av en «fødestove», siden «Fødemeldinga»s krav til gynekologbetjent føde*avdeling* er 400 fødsler pr år.
Eksempel B: Vågsøy kommune, med 6400 innbyggere, bør ha to leger på vakt for å dekke legevakten de gangene vakthavende lege må følge fødekvinner eller pasienter 7 timer på en tur til Førde.
Eksempel C: Kommuner som ligger mer enn 1 times biltur fra Førde (?) bør ha observasjonssenger/ akuttsenger for stabilisering av pasienter før transport. Helikoptrene mestrer som kjent ikke all slags vær og lysforhold.

Regionalt legemiddelinformasjonssenter (RELIS) er et tilbud til helsepersonell og skal formidle produsentuavhengig legemiddelinformasjon. RELIS besvarer spørsmål om legemidler fra bl.a. leger, tannleger og farmasøyter. Foreløpig er det opprettet RELIS i helseregionene 2 og 3, i samarbeid med henholdsvis Rikshospitalet/Rikshospitalets apotek og Haukeland sykehus/Haukeland sykehusapotek. Nedenfor er det gjengitt et spørsmål til RELIS som kanskje kan være av interesse for Utpostens lesere.

?RELIS

Vitamin B6 (pyridoksin) ved svangerskapskvalme

Av leder, cand. pharm. Tone Westergren og cand. pharm. Hanne Stenberg-Nilsen, RELIS 2 (Rikshospitalets apotek)

Flere gravide kvinner har henvendt seg til sin lege med spørsmål om de kan bruke vitamin B6 (pyridoksin) mot svangerskapskvalme. Slik behandling ble første gang beskrevet på 40-tallet, men er effekt og risiko godt nok dokumentert?

Norsk legemiddelhåndbok (1) (NLH) anbefaler at medikamentell behandling av kvalme i begynnelsen av svangerskapet først blir aktuelt hvis kvalme og brekninger blir så uttalt at de interfererer med pasientens næringsinntak. NLH nevner ikke pyridoksin som et behandlingsalternativ.

Bruk av pyridoksin ved svangerskapskvalme er beskrevet både i alvorlige tilfeller (hyperemesis gravidarum) og ved lettere lidelser (2). Pyridoksin har vært gitt både peroralt og parenteralt. Dosene har variert en god del, og det er beskrevet bruk av enkeltdoser på 10 – 100 mg og totaldoser på opptil 2500 mg i eldre materialer (2). Effekten har ikke vært ansett å være dokumentert i gode, kontrollerte studier (3,4).

Det er gjort enkelte nyere undersøkelser av denne behandlingen. I en amerikansk dobbeltblind studie med 59 kvinner (5) ble pyridoksin, i dosen 25 mg 3 ganger daglig i 3 døgn, sammenlignet med placebo. Man fant en effekt av pyridoksin hos de pasientene som hadde sterkest kvalme, men ikke hos pasienter med lett eller moderat kvalme. Etter avsluttet behandling hadde 8 av 31 kvinner med svangerskapskvalme fortsatt brekninger sammenlignet med 15 av 28 i placebogruppen (6).

I en studie fra Thailand med 342 kvinner ble pyridoksin, i doser på 10 mg 3 ganger daglig i 5 døgn, sammenlignet med placebo (7). Forfatterne oppgir at man fikk signifikant effekt på graden av kvalme, men ikke på antall oppkastepisoder. Det var imidlertid store variasjoner i graden av kvalme i pasientmaterialet både før og etter behandlingen, samt en betydelig placeboeffekt. Materialet er heller ikke gruppert etter alvorlighetsgrad, slik at det ikke framgår om eventuell effekt gjaldt alle pasientene eller bare enkelte undergrupper, f.eks. de sykeste eller friskeste.

Når det gjelder effekter på fosteret, har det vært diskutert om tilfeller av kramper og pyridoksinavhengighet hos foster og nyfødte kan skyldes stort eller hyppig inntak av pyridoksin hos mor, alvorlig pyridoksinmangel eller arvelige metabolismeforstyrrelser. Flere kilder angir at pyridoksin anses ufarlig under graviditet (2, 5, 6) og det skal ikke være sett uheldige effekter etter bruk av opptil 10 ganger anbefalt dagsbehov til gravide (8).

Referanser:

1. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 1996 – 97: 631.
2. Briggs GG et al, editors. Drugs in pregnancy and lactation 1994; 4th ed.: 749 – 51.
3. Drugdex, Drug Consults. Pyridoxine therapy of nausea and vomiting in pregnancy. Micromedex database 10/90; vol. 90.
4. Drugline database (Sverige) 1990; sp. nr. 08424.
5. Sahakian V et al. Vitamin B6 is effective therapy for nausea and vomiting of pregnancy: A randomized, double-blind placebo-controlled study. Obstet Gynecol 1991; 78: 33 – 6.
6. Drugline database (Sverige) 1991; sp. nr. 07983.
7. Vutyavanich T et al. Pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Am J Obstet Gynecol 1995; 173: 881 – 4.
8. Dollery C, editor. Therapeutic Drugs 1991; vol. 2: P309 – 19.

Leserbrev

Slaget!

Kommunelege I i Risør, Yngve Nakling, fikk lammelser og talevansker under en seilas i sommer. Diagnosen var sikker, slag.

Vi nærmet oss sløremerket under skarp spinnakerslør og jeg gjorde meg klar til å gå på dekk for å berge spinnakeren.

«Jeg tar på meg flytevesten skikkelig i dag » sa jeg til Magne idet jeg blåste opp lungen og dro opp glidelåsen før jeg jeg gikk på fordekket, og løste ut spinnakeren så den flagret fritt og kunne berges. Alt gikk greit, genoaen var oppe og jeg overtok igjen ved rattet idet vi rundet og smatt forbi den siste båten som ennå lå foran oss. Det så ut til å bli en paradeseilas på siste kryss mot mål.

Plutselig er det som om kraften i mitt venstre bein blir tappet ut og det svikter under meg der jeg står. Jeg prøver å stemme i mot, men isteden for å stå siger jeg ned på benken, og ser at beinet på en underlig måte ligger kveilet opp under meg, og jeg er ikke i stand til å bevege det i det hele tatt. Så faller også venstre arm ned fra rattet og jeg må holde meg fast med høyre arm for ikke å falle overende. Ingen smerter, ingen andre symptomer i det hele tatt.

Jeg vender meg til Magne og sier «du må overta», i det øyeblikket hørte jeg også at stemmen var utydelig og jeg hadde vansker med å snakke distinkt, så jeg fortsatte «Jeg har fått slag»

Jeg var ikke i tvil om hva som var skjedd, lammet i venstre side og talevansker ga meg en sikker diagnose, Slag.! Fra Magne kom det: «Du får vel ikke slag vel, hold opp å tull slik». Men da han hørte stemmen min og så lammelsen, så gikk det opp for han (som også er lege) at det nok var riktig.

Merkelig var jeg ikke redd for annet enn at nå ville vi kanskje ikke vinne, så jeg forsøkte å oppildne til å fortsette, men jeg hadde bedt Magne overta, og det gjorde han. Jeg ble beordret båret ned, lagt stille og passet på. Han brøt så seilasen og gikk mot land.

Mine første tanker da jeg skjønte hva som var fatt var: Yngve du må prøve om du svelger normalt, og det gjorde jeg. Du er heldig du tenkte jeg, da slipper du sonden. Jeg var hele tiden bevisst, men pratet som en foss, for de som kjenner meg, ennå mer enn vanlig, og var bare opptatt av regattaen, jeg merket ikke selv at jeg var ukritisk i forhold til den katastrofen som var skjedd. Jeg hadde ingen opplevelse av at dette kunne være farlig for meg. Men jeg godtok å bli båret ned, lagt ned og passet på.

På dekk hørte jeg at ting skjedde raskt, seilene kom ned, ble pakket, motoren startet, og snart var vi underveis for maskin. Magne kom ned og tok kontakt over radioen med land og avtalte møteplass med ambulansen, så litt på meg forsikret seg at alt så greit ut for øyeblikket, og gikk opp igjen for å ta Fresia til havn. Motoren saknet farten og snart kjente jeg myke dunk i skutesiden i det fendrene ble klemt mot kaia, og på et øyeblikk var kjente ambulansefolk med båre ved siden av meg; bar meg forsiktig opp, og avgårde bar det med blålys, musikk og surstoff gjennom nesetube.

Noen hadde gitt beskjed til Nenna, min kone, plutselig fikk jeg en mobiltelefon i hånden og jeg kunne snakke med henne. Det var nok litt beroligende at jeg var bevisst og kunne snakke med henne, men hun skjønte nok på det tidsunkt bedre enn jeg hvor alvorlig dette var. Jeg var ikke redd eller tenkte at dette kunne være farlig for meg.

I ettertid kan jeg se at jeg var åpenbart ukritisk. Jeg var stadig opptatt av at vi hadde brutt seilasen, og dermed gått glipp av en seier. Jeg var nærmest noe euforisk ved tanken på vår gode innsats i regattaen frem til jeg fikk slag, og pratet stadig om det.

Plutselig var vi allerede i mottakelsen, og det strømmet folk til, ledninger på brystet, blodprøver fra armen, spørsmål haglet om person opplysninger pårørende o.l. Så var det legens tur, en meget ung kollega, som tok opp anamnese og undersøkte meg på en fin måte, spesielt opplevde jeg at han klarte å la meg oppleve fortsatt verdighet som menneske, mens han gjorde en god og grundig undersøkelse før jeg bli trillet opp i CT.

Nå var jeg begynt å bli mer spent; hva i all verden var årsaken til at jeg hadde fått slag? Mest redd var jeg for at det kunne være tumor, så da resultatet av CT viste blødning, var jeg lettet, og ukritisk som jeg var, i godt humør, og hadde vanskelig for å ligge rolig. Jeg var fortsatt svært opptatt av regattaen som vi ikke hadde fått fullført.

Bakvakten kom etter jeg var kommet på overvåkingen, og forklarte meg hva som var funnet, hvor stor blødningen var, og at de hadde vært i kontakt med nevrokirurgen på Rikshospitalet, men at det ikke var funnet indikasjon for kirurgisk evakuering av blod. Det hadde jeg ikke noe i mot, for jeg var ganske redd for å la meg operere spesielt i hjernen. Legen forklar-

te meg nok hvor stor blødningen var, men jeg oppfattet ikke at det var kritisk. Nenna fikk samme informasjonen, og hun oppfattet det. Jeg bare la merke til at jeg ble lyst i øynene omtrent hvert 10 minutt og hørte det ble sagt at det fortsatt var stabilt. Blodtrykket ble også målt til stadighet.; i det hele tatt ble jeg overvåket, men selv det fikk meg ikke til å skjønne at jeg var kritisk dårlig.

Jeg har senere sett bilder av meg da, og jeg er glad jeg ikke så meg selv på det tidspunkt; ødematøs og helt skjev i ansiktet.

Hele venstre siden av kroppen var rammet med total parese, og sensibilitetstap. Jeg forsøkte stadig å flytte på meg ved hjelp av min høyre side men ble stadig vennlig men bestemt roet ned igjen. Jeg var helt ukritisk, forsto ikke at jeg skulle ligge stille, at det var viktig. Merkelig at en kan bli så ukritisk, uten at en selv oppfatter det. Tvert imot var jeg optimistisk, tenkte dette går jo bra. Senere har jeg lest at det er vanlig ved h.emisfære apoplexi at en er ukritisk til dels euforisk i første fase.

Noen dager senere ble jeg noe mindre ukritisk og jeg husker hvor underlig det var å være helt hjelpeløs. Fullt stell i seng, det var bare å overgi seg til sine hjelpere. Evnen til å protestere var sterkt redusert. Da var det svært godt å merke den profesjonelle holdning hos sykepleierne, måten de gjorde jobben på.

4 dager på overvåking neddopet for å holde meg i ro husker jeg lite av, ikke en gang at Nenna var der omtrent halve døgnet, det var mange andre også, søsken og svogre, men det er strøket ut av hukommelsen. Jeg husker nesten bare blodtrykksmålinger, lys i øynene og stemmer som sier at det fortsatt er stabilt.

Etter 4 dager mente legene tydeligvis at jeg nå var ute av kritisk fase, for jeg ble flyttet til vanlig avdelig på nevro, det som skulle bli slagposten om noen mndr.

Nå kom det noen mer normale reaksjoner med sorg over denne siden av kroppen som lå der helt ubrukelig, ja ikke bare det at hele huden i venstre side var uten normal sensibilitet, det kjentes ut som jeg var alvorlig solbrent i hele venstre side av kroppen, og venstre skulder hang delvis ut av ledd og var svært vond. Disse plagene skulle forfølge meg lenge.

Lyspunkt i tilværelsen var faktisk sykepleiernes stell av meg, i seng. Jeg opplevde det som ren nytelse, særlig ryggvasken.

Den savnet jeg senere da jeg klarte mer selv.

Etter en uke var jeg på ny til CT. som da viste at blødningen var stanset og resorbsjonen hadde begynt, så da var beskjeden, i morgen skal du opp og sitte på sengekanten.

Jeg trodde ikke det var sant, hvordan skulle jeg klare å sitte!

Neste morgen var fysioterapeuten og sykepleier og jeg tror også legen der, i det jeg skulle sitte for første gang etter slaget.

Jeg ble hjulpet opp til sittende, men falt ubehjelpelig overende mot venstre. Gjentatte ganger, men jeg måtte holdes. Etter ytterligere noen ganger var dagens trening over.

Rehabiliteringen, den lange vei tilbake var begynt.

Veien tilbake

Neste dag, og hver dag fremover kom fysioterapeuten to ganger om dagen og trente med meg.

Ja det var jo ikke rare treningen jeg fikk til, men ganske langsomt begynte jeg å ikke falle fullt så hjelpeløst, og så en morgen ved 5 tiden kjente jeg en fornemmelse i det lamme beinet, og plutselig så løftet jeg beinet strakt opp med dyna på. Jeg gråt av glede, første aktive bevegelse, det var en overveldende opplevelse

Dette ble med en gang utnyttet av fysioterapeutene, til å få meg opp på egne bein, stående. Første gangen trodde jeg det ikke var sant da jeg satte beina under meg og sto selv med støtte. Optimismen var stor, og treningsiveren ikke mindre. Da kom det lapp på kurven min med røde bokstaver «skal bremses» Jeg var visst fortsatt ukritisk.

Men det kom dager som var tyngre; en ettermiddag opplevde jeg at den helt sorte sorgen kom veltende inn over meg. Jeg hadde vært forberedt på at det måtte komme, men det var til ingen hjelp da den kom. Den skyllet innover meg som et tidevann du vet kommer til å gå over hodet på deg om du ikke kommer deg vekk og så oppdager at beina står fast og du klarer ikke å flytte deg. Det var ingen annen utvei enn å la fortvilelsen og sorgen velte over meg. Jeg følte meg så håpløst hjelpeløs, så full av sorg og fortvilelse at jeg ville helst bare gli vekk, men tilslutt så trakk jeg i snoren for å se om det var noe hjelp å få.

Inn kom en helt ung nyutdannet sykepleier og jeg tenkte hva kan vel du hjelpe meg med, og ikke bedre følte jeg det i det hun sa at hun følte seg så hjelpeløs i denne situasjonen, og visste ikke hva hun skulle gjøre,... men under over alle undere, hun ble stående, ble i situasjonen, jeg kjente hun strøk lett over skulderen min av og til som for å si «jeg er her fortsatt». Langsomt over ca en halv times tid slapp fortvilelsen taket, og jeg vendte tilbake til mer normal sorg.

Utrolig selv å kjenne og oppleve at det at hun var der, turde å bli i situasjonen hadde en slik kraftig virkning. Det ga meg med en gang svaret på mange takksigelser jeg tidligere ikke hadde forstått hvorfor jeg selv har fått. Det å være i situasjonen, stå hos, er ikke bare «jeg kan jo ikke annet», men en kraftig og viktig hjelp i en hjelpeløs situasjon. Det var en utrolig opplevelse å selv kjenne det på kroppen.

Senere kom det flere episoder med sorg spesielt over tapt funksjon, særlig over hånden som lå der så ubrukelig; det har falt mang en tåre over den, men hittil ikke flere med slik lammende opplevelse som denne.

Opptreningen hos fysioterapeutene gikk sin etterhvert vante gang. Hver dag og tildels to ganger daglig. Jon med grunntrening, pirkete på at jeg gjorde det riktig, kvalitetstrening som skulle gi grunnlaget for videre trening. Ulla som på en forunderlig måte klarte å lokke ut av meg prestasjoner som jeg egentlig ikke kunne klare, det ga ytterligere optimisme til videre trening og Ragnhild som med elektrisk stimulering bidro til å lokke frem muskelbruk igjen.

Denne kombinasjonen bidro til en rask bedring, og stor var gleden den dagen jeg klarte å komme fra sengen over i stående og videre over i rullestol selv. Jeg gråt av glede som et barn som har fått sin første sykkel til jul.

Dermed kunne jeg bevege meg på egen hånd rundt omkring, først på avdeligen, siden overalt på sykehuset. Aldri hadde jeg trodd at jeg skulle bli så jublende glad for å kunne ta meg frem i rullestol, og snart kunne jeg få overnattingspermisjon hjem. Det ble ordnet med rekkverk hjemme og jeg lærte meg teknikk til å komme fra rullestol over i bil og omvendt og trappegang med god støtte.

Etter 4 uker på sykehuset ble jeg overført til Sunnås. Jeg kom ved hjelp av rullestol og ellers levende støtte, men i løpet av 6 uker kunne jeg gå en 20 m uten støtte i korridoren, med bare sikring i tilfelle jeg skulle miste balansen. Samtidig var det en trening i tålmodighet. Det har aldri vært en av mine sterke sider og har nok falt vanskeligere enn aktiv trening…

12. oktober 1995 kom jeg hjem for å trene videre hjemme, og jeg avtalte med fysioterapeuten 5 dager i uken, vel en time hver gang.

En blanding av kvalitetstrening på enkeltbevegelser, styrketrening generelt, koordinasjon, balanse og kondisjonstrening. Dette har gitt og gir fortsatt jevn fremgang. Jeg blir sterkere, tåler mer, har betydelig bedret kondisjon og styrke, og spesielt gangfunksjonen har bedret seg mye. Hånden er fortsatt lite til nytte, mens skulderen har brukbar kraft og bevegelse, slik at jeg nå er stort selv selvhjulpen i det daglige, men den fortsatte trening gir ytterligere fremgang.

Dette har vist meg med all ønskelig tydelighet at det nytter å rehabilitere, men det er nødvendig med sterk vilje, en god porsjon gå på evne, og utholdenhet hos pasienten. Hos de som ikke har det, vet jeg nå at det nytter og derfor viktig å motivere til gjenopptrening. Det bedrer livssituasjonen til den enkelte og minsker nødvendig innsats fra hjelpeapparatet.

Uten god hjelp hjemme ville det nok ha vært mye vanskeligere. Jeg har en tålmodig kone som aldri har klaget over den belastningen det må ha vært og nok fort satt er.

Den 1/9-96 begynte jeg i jobb igjen, hele den administrative delen som kommunelege I, men praksis kan jeg ikke klare med en spastisk, lammet hånd/arm. Det ser etter 2 mndr ut til å gå brukbart. Men jeg har ikke samme indre drivet lenger, og jeg har blitt betydelig mer tålmodig.

Jeg er med andre ord rimelig godt rehabilitert, og fortsetter trening 3-4 ganger i uken, og merker at ganske langsomt er det fortsatt fremgang.

Jeg skriver dette i takknemlighet til først og fremst min kone og familie, god og effektiv hjelp og behandling fra første øyeblikk, god akuttrehabilitering, og videre rehabilitering, og en overveldende støtte fra mange av mine lokale medmennesker. Det har bidratt til at jeg selv bedre har kunnet stå på, og ikke svikte min del av rehabiliteringen.

Yngve Nakling
Vestlandsstykket 4
4950 Risør

Norges forskningsråd

Forskningsrådets medisinske konsensuskonferanser har som overordnet mål å fremme god medisinsk praksis og riktige prioriteringer i helsevesenet. Konferansene finansieres av Sosial- og helsedepartementet.

Området for medisin og helse arrangerer konsensuskonferanse om

Behandling av mild hypertensjon

- 8.–9. april 1997
- Soria Moria kurs- og konferansesenter, Oslo

Program og påmeldingsskjema fås fra
Ann-Cathrin Moss Wee, tlf. 22 03 70 47,
fax 22 03 71 66,
e-mail: ann-cathrin.moss@nfr.no

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

EDB-VERKTØY FOR EVALUERING AV EGEN PRAKSIS

Tekst: Tor Carlsen

Tor Carlsen, født 1951, spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Bydelslege i Skien. Fra 1994 leder for SATS. Medlem av Felles EDB-utvalg for primærhelsetjenesten.

I 90-årene er EDB-journal i bruk hos et stort flertall av norske allmennpraktikere. Hovednytten har til nå vært rasjonalisering av arbeidsrutiner, mens mulighetene for beslutningstøtte og for rapportering fra praksis har vært lite utnyttet.

Ønsket om å bruke EDB-journalen i fagutvikling er en viktig motivasjon for SATS (Sekretariat for utvikling av allmennmedisinske kvalitetsindikatorer), som er det første tiltak i sitt slag for brukere av ulike journalsystemer. Etterutdanningen for allmennpraktikere vil i fremtiden bli sterkere preget av gruppebaserte metoder. SATS har utviklet et system for kvalitetsutvikling i kollegagrupper. Aplf og NSAM står bak prosjektet, som ble utredet av Svein Z. Bratland, bydelshelsesjef i Bergen, og er blitt finansiert av Kvalitetssikringsfond I i Dnlf.

På eget kontor

SATS gjør det mulig å få fram rapporter fra egen pc, basert på registrering av nøkkeldata (kvalitetsindikatorer) innenfor et emne. Disse rapportene drøftes i kollegagruppene til å sette standard (beskrive ønsket nivå for oppfyllelse av kvalitetskriterier) og til å kontrollere om man har nådd ønskelig nivå.

SATS har laget et program basert på statistikkprogrammet Epi-Info til å hente ut data og skrive ut rapporter. Dette henter ut data fra faste filer som kartotek-, diagnose-, resept-, laboratorie- og sykmeldingsfiler. Journalteksten er imidlertid vanskelig å bruke til å hente ut data fra. Derfor er det nødvendig å legge inn enkle registreringsskjemaer som fylles ut ved konsultasjoner for aktuelle problemstillinger.

Skjemaene får plass innenfor ett skjermbilde og er en del av journalprogrammet. (Profdoc versjon 5.1, Winmed versjon 1.2, Infodoc versjon 3.41). Skjemaene kan hentes fram gjennom et par tastetrykk, eller utløses automatisk når de aktuelle ICPC diagnoser blir stilt. Et eksempel er vist i figur 1.

Rapportprogrammet leveres på en diskett og installeres enkelt på en katalog under journalområdet. Brukeren henter fram en meny med valg blant emnene og starter en automatisk prosedyre. For raske maskiner tar dette 10-15 minutter, mens langsomme prosessorer kan trenge mange timer, særlig hvis arkivet er stort.

Målet til SATS har vært å lage et skjemaverktøy som ikke tar mer tid i konsultasjonen – utfylling erstatter skriving i fritekst – og som gir støtte til prosedyrer og beslutninger, i tillegg til hovedmålet: Å gjøre det mulig å overvåke egen praksis.

Emner

SATS tilbyr fire emner i utprøvingsfasen: Bruk av laboratoriediagnostikk, diagnose og behandling av sår hals og migrene og diabetesomsorg. Hvert fullført emne er godkjent med 30 timer som emnekurs i videre- og etterutdanningen. Gruppene har veiledning fra undervisningsmateriell som beskriver indikatorsettene, gir forslag til arbeidsmåte og foreslår diskusjonstemaer knyttet til rapportene. Emnene er valgt blant mange forslag, bla. med tanke på å variere emnetype og innfallsvinkel. Dersom Aplf og NSAM finner modellen egnet for allmennpraktikergrupper, blir det aktuelt å utvikle

Indikatorer og basisdata for diabetesomsorg SATS 1996

Dato utfylt

Diagnose og behandling

Diagnose år				
Type	Type 1		Type 2	Vet ikke
Behandling	Start år			

Påviste komplikasjoner	Ja	Nei	År
Retinopati			
Nevropati			
Nefropati			
Fotsår			
Hjerteinfarkt			
Hjerneslag			

Behandlingsmål	
B-HbAlc	%
Systolisk blodtrykk	mm Hg
Diastolisk blodtrykk	mm Hg
Fastende blodglukose	mmo l/l
Vekt	kg

Årskontroll	Ja	Nei	Vet ikke
År			
Us. øyelege etter retn.linjer			
Us. mikroalbumin i urin			
Us. lipider			
Us. føtter – puls			
Us. føtter – sår			
Us. føtter – vibrasjonssans			
Blodglukose pas. selvkontroll			

Systolisk blodtrykk målt idag	mm Hg	
Diastolisk blodtrykk målt idag	mm Hg	
Pas. røyker daglig	Ja	Nei

Pasientscore-tilfredshet (0–48)

Figur 1. Skjemabilde for Profdoc versjon 5.1; diabetes årskontroll. Dette trigges manuelt eller utløses av ICPC-kode.

nye emner. Astma, urinveisinfeksjoner, depresjon og terminal omsorg er blant aktuelle temaer.

Regionale veiledere og grupper

I 1996/97 blir modellen prøvd ut av ca. 50 allmennpraktikergrupper over hele landet, fra Vennesla i sør til Honningsvåg i nord. «Utpostene» har fanget størst interesse, både hos eksisterende og nydannede grupper. Pr. november 1996 er grupper i gang med Profdocs DOS-versjon og Winmed. En har arbeidet parallelt med verktøy for Infodoc, men forsinkelser har ført til at Infodoc-brukere tidligst kan starte opp våren 1997.

SATS gruppene støttes av regionale veiledere, som i de fleste tilfeller deltar i oppstartmøter og bistår med oppfølging av gruppene og innhenting av materiale for evaluering av SATS.

Videre utvikling

Å få fram egnet spesialverktøy innenfor journalprogrammene er et omfattende arbeid. SATS har sett behov for få fram muligheter til å lage skjemaer og rapportprogrammer uten assistanse fra leverandørene, men oppgaven har foreløpig vært for stor. I fremtiden vil koblinger mellom journal og kunnskapsbaser, feks. handlingsprogrammer, bli utviklet innenfor Windows- baserte programmer. Det er viktig at fagmiljøet beskriver behovene og øver påtrykk overfor produsentene. Målet må være at EDB-journalen blir et godt hjelpemiddel for allmennmedisinsk forskning og kvalitetsutvikling.

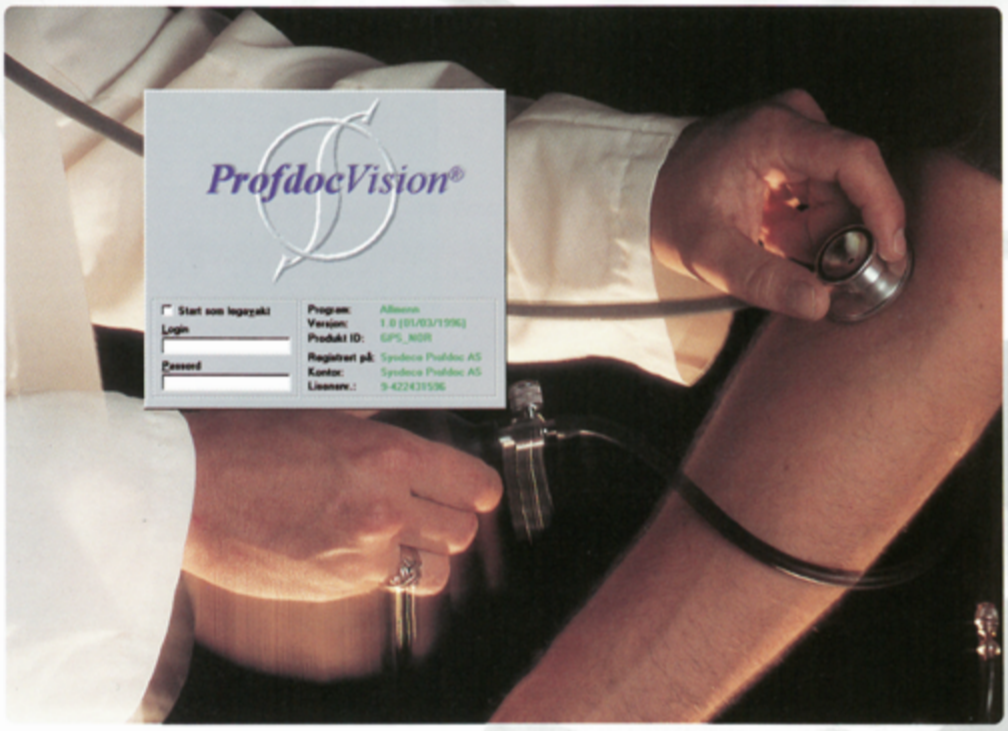
Tor Carlsen
Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (GRUK)
Nedre Hjellegt. 1
3724 Skien

Referanse:

Carlsen T, Claudi T, Cooper J, Telje J, Waaler HM. Kvalitetsutvikling i allmennpraksis – utvikling og bruk av indikatorsett. Tidsskr Nor Lægeforen 1996: 116; 2787-90.

PROFDOC VISION

Ditt nye journalsystem er enkelt, effektivt og fleksibelt



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

SYSDECO

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

For mer informasjon: kopier og send denne siden på fax nr 32 72 02 81

Ja, vi ønsker mer informasjon om det windowsbaserte journalsystemet.

Navn på institusjon: .....

Kontaktperson: .....

Adresse: .....

Postnr. og sted: .....

Tlf: ..... *Fax:* .....

B-blad
Returadresse: RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

Voltaren® Ophtha

(Diclofenac natrium 1mg/ml)

Konserveringsfrie øyedråper mot **inflammasjon og smerte**

Voltaren® Ophtha øyedråper:

- **Effektivt**
- **Veldokumentert** [1,2,3,4,5,6,7] **NSAID**
- **Lang klinisk erfaring**
- **Konserveringsfrie endosebeholdere**
- **Hygieniske løsninger med lang holdbarhet**

Voltaren® Ophtha «CIBA VISION»
C Antiinflammatorisk middel. ATC-nr. SO1B CO3.

ØYEDRÅPER 1mg/ml: 1 ml inneh.: Diclofenac. natr. 1 mg, cremophor EL, tromethamin., acid. boric., thiomersal. 40 mikrog., aqua steril. 1 dråpe inneholder: Diclofenac. natr. ca. 30 mikrog. Endosebeholdere uten konserveringsmiddel.
Egenskaper: *Klassifisering:* Ikke-steroid, antiinflammatorisk middel.
Virkningsmekanisme: Hemmer enzymet cyclooxygenase og dermed første trinn i prostaglandinsyntesen. Motvirker inflammasjon og ødemdannelse i dyremodeller. Dyrestudier har vist at re-epitelisering av kornea ikke hemmes ved lokal behandling med diclofenac. Kliniske studier har vist at Voltaren Ophtha hemmer miose i forbindelse med kataraktkirurgi, reduserer betennelsestilstander i fremre del av øyet oppstått på traumatisk eller allergisk grunnlag på samme måter som steroider, samt virker smertestillende ved posttraumatiske tilstander i kornea.
Absorpsjon: I dyremodeller er høyest konsentrasjon målt i kornea og konjunktiva 30 minutter etter behandling. Diclofenac penetrerer fremre øyekammer hos mennesket. Målbare plasmakonsentrasjoner er ikke påvist ved konsentrasjoner på 0,1%.
Indikasjoner: Pre- og postoperativt ved f.eks. kataraktoperasjoner. Smertefulle posttraumatiske tilstander i kornea og konjunktiva, herunder fotoelektrisk keratitt og snøblindhet. Episkleritt. Kronisk ikke infeksiøs konjunktivitt. Argon laser trabekuloplastikk. Inhibering av reaktiv miose ved kataraktoperasjoner.

Kontraindikasjoner: Hypersensivitet for diclofenac, andre ikke-steroide anti-inflammatoriske midler, acetylsalisylsyre og et eller flere av tilsettingsstoffene i øyedråpene.
Bivirkninger: Mild forbigående svie i forbindelse med instillasjon av dråpene.
Forsiktighetsregler: Pasienter som bruker myke kontaktlinser bør bruke endosebeholdere. Kontaktlinsene tas ut før drypping og settes inn igjen tidligst 5 minutter etter drypping. Bruk hos barn er ikke undersøkt.
Graviditet/amming: Bruk under graviditet og amming er ikke undersøkt.
Dosering: Pre-operativt: 1 dråpe hvert 15. minutt den siste timen før operasjon eller en dråpe inntil 5 ganger i løpet av de siste 3 timene før operasjon.
Post-operativt: 1 dråpe 4-5 ganger daglig i 7 dager eller etter individuell vurdering av tilfellets alvorlighetsgrad. Kan kombineres med øyedråper som inneholder steroider eller antibiotika (f.eks. Spersadex m/kloramfenikol eller Spersadex).
Oppbevaring og holdbarhet: Åpnede flasker er holdbare inntil 1 måned ved bruk hos enkeltpasient og inntil 1 uke ved bruk i sykehus-avdeling.
Endosebeholdere brukes umiddelbart etter åpning og eventuelle rester kasseres.

Pakning og priser pr. desember -96:
5 ml: kr. 120,20 40 stk: kr. 195,60 10 stk: kr.77,50

Oversiktsartikkel:
[1] Goa KL and Chrisp P: Drugs & Aging 1992: 2(6), 473-486
Vedr. inflammasjon;
[2] Vickers FF et al.,: Investigate Ophtalmology and Visual Science 1991: 32,793
[3] Kraft MC, Martin RG, Neumann AC: J Cataract Surg 1994: 20: 138-144
[4] Roberts CW, Brennan KM: Arch. Ophthalmol 1995: 725-727
Vedr. smerte;
[5] Sher NA et al,: J Refract Corneal Surg 1993: 9, 425-436
[6] Tutton MK, Cherry PMH, Sunder Ray P and Fsadni MG: J Cataract Refract Surg 1996: 22, 536-542
Vedr. kronisk konjunktivit;
[7] Stodtmeister R og Marquardt R: Fortsschr Ophthamol 1986: 83, 199-202

®CIBA Vision

Ciba Vision Norge A/S, Dyrmyrgaten 35, 3600 Kongsberg. Telefon: 32 77 11 66. Telefaks: 32 77 11 55.