

- 143** *Betty Pettersen*
Leder: Psykiatrien i våre hjerter
- 144** *Eystein Straume*
«Vi har fått en ny psykiatriplan, men vi har enda ikke fått en ny psykiatritjeneste.» Stortingsmeldingen om psykiatri.
- 148** *Poul Munk-Jørgensen*
Udviklingstrender i psykiatrien
- 152** *Professor Per Brodal intervjuet av Sonja Fossum*
Den nye studieplanen ved det medisinske fakultet i Oslo
- 155** *Halvard Bø – bokmelding*
Støtte og lære i norske kommuner
- 156** *Petter Øgar*
Et sykehusvesen i forandring. St.meld. nr. 24 (1996-97). Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.
- 160** *Petter Øgar*
Hvilke faktorer påvirker samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten
- 164** *Svein-Erik Ekeid*
Seksualitet og forebyggende tiltak. Skal vi forebygge seksualiteten eller problemene?
- 168** *Jan E. Kristoffersen*
En skolelege krysser sine spor
- 172** *Liv Tønjum og Margaret Torbjørnsen*
Foreldreundersøkelsen 1995 – noen kritiske bemerkninger
- 174** Smil i hverdagen
- 176** *RELIS*
Antidepressiva og sex
- 177** *Lars Tjensvoll – leserbrev*
Feilslutningen fra er til bør
Svar til Carl Ditlef Jacobsen

Forside: Ragnhild Gjerstad

UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Kontor:

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

Redaksjonen:

Geir Sverre Braut
Tuholen 14, 4340 Bryne
Tlf. privat: 51 42 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
Sjøbergv. 32, 2050 Jessheim.
Tlf.: 63 97 32 22
Fax: 63 97 16 25

Abonnement:

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

Grafisk fremstilling:

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

Psykiatrien i våre hjerter



Det er på mange måter lettere å bære en psykisk lidelse i dag enn tidligere, selv om mye gjenstår. Det hjelper på at

- det er flere som er oppmerksomme på at psykiske lidelser er temmelig vanlig blant mennesker i våre kommuner, nabolag og familier
- det er mange som etterhvert forstår at det er vanskelige plager å bære og gjøre noe med, både for den som bærer dem og den som skal hjelpe
- mange forstår at det kreves flere hjelpere og at det ikke er bare en type hjelp som trengs
- flere vet at det gjerne trengs samordnet bistand fra flere hjelpere med kompletterende kompetanse for å få igang tiltakskjeder nærmest mulig nærmiljøet til den som bærer lidelsen.

Det er tydelig at Sosial- og helsedepartementet ved Gudmund Hernes også forstår dette. Stortingsmeldingen om psykiatrien (1,2) som nylig er fremlagt tar en real gjennomgang av utviklingen av psykiatrien på godt og vondt og beskrivelsen av hvor vi står i dag er igjenkjennbar. Fremtidens psykiatri slik den beskrives i meldingen har jeg også tro på! Desentralisering, brukermedvirkning, nærbehandling til pasientens bosted, samordning og samarbeid mellom tjenestene, kompetanseøkning og spredning, kapasitetsøkning og dokumentasjon og kvalitetssikring for tjenestene, – det er gode, viktige og lovende ord.

Kapitlet om finansiering er lite og beklagelig uforpliktende. Det kunne fått være det, dersom det arbeid som er annonsert som viktig for den videre bruk av meldingen (f.eks. Revidert nasjonalbudsjett) var mere lovende. Men det er det ikke – og vi kan ikke la kapitlet om finansiering være i fred:

Jeg er slett ikke sikker på at Hernes et co forstår at for å realisere fremtidens psykiatri må det midler til – nå! Psykiatri tar tid, og tiltakene som skal gi oss fremtidens psykiatri tar også tid! Psykiatriske pasienter har ventet lenge nok –

det er deres tur nå! De har lenge nok måttet ta til takke med smuler og vært gjemt bort og glemt dersom de ikke har vært kasteballer mellom nivåene i helsetjenesten! Den tause reformen har kostet dem nok! Nå kan og må de få en bistand vi kan være bekjent av!

Jeg kunne nevne noen flere tiltak som ville bidratt til bedre vilkår for våre psykiatriske pasienter, men skal unnlate det og bare be om at Regjeringen og Stortinget nå sørger for at det de selv har sagt de vil gjøre virkelig gjøres!

Når så er sagt vil jeg gjerne bruke spalteplassen til å si noe om hva som er ansvaret for oss andre, spesielt legene.

Meldingen tar spesielt opp og anerkjenner allmennlegenes nøkkelrolle i arbeidet med psykiatriske pasienter, samtidig som den hevder at det har vært vanskelig å få til et tilstrekkelig godt samarbeid mellom psykiatrien og allmennelegetjenesten. Jeg tror ikke at årsaken til disse vanskene ligger bare på det ene nivået (3). Fagområdene er forskjellige. Begge må imidlertid kjenne ansvar for tilnærming og gjensidig forståelse og aksept – for å kunne gjøre sin del av jobben i forhold til felles pasienter. Det er altså viktig at primærmedisinere og psykiatere finner gode relasjoner!! Forhåpentligvis vil dette kunne gå lettere med en fastlegeordning, men gode relasjoner krever personlig engasjement og ikke bare lovende strukturelle betingelser.

Jeg tror videre ikke at midler «fra oven» alene vil gi oss fremtidens psykiatri. Midlene må til for at vi skal kunne gjøre det som er riktig og viktig. Penger og andre ressurser må til for at vi skal få økt kapasitet i utdanningssystemet, men det er vi som må fylle det! Vi må forberede oss på utstrakt tverrfaglig samarbeid og koordinering, hvilket i alle fall for enkelte betyr andre arbeidsmetoder og holdninger til samarbeidspartnere. Midlene må til for å sikre pasientene brukerråd og hjelpere av ulik type, – men vi skal tåle å samarbeide med disse! Midlene skal sikre at kommunene lager og gjennomfører

planer for sine psykiatriske pasienter – men vi må sannsynligvis hjelpe kommunene til å gjøre dette arbeidet. I dette arbeidet må vi blant annet anskueliggjøre våre erfaringer med tidsbruk i psykiatrisk arbeid. Midlene skal brukes til å gi pasientene et verdig liv, tross funksjonsnedsettelse, lidelse og lite nettverk. Vi må tåle å stå i dette arbeidet – lenge. Midlene skal brukes til å gi oversikt over hva som egentlig skjer i våre tjenester. Vi må tåle å levere data om vår virksomhet slik at analyser av den kan gjøres og gi oss innsikt i hvorvidt vi sammen når de målene vi er satt til å arbeide mot. Dette er noen av de krav som stilles til helsearbeidere i fremtidens psykiatriske arbeid, – og jeg er sikker på at vi skal klare å ta ansvaret for vår del av dem, – bare vi får gode rammer og noe anerkjennelse når vi har gjort det!

Spissformuleringene om utilstrekkelighet, paradokser, manglende forståelse og ansvarstagning, om unnfallenhet og politisk feighet som brukes av ulike aktører i forbindelse med de fleste politiske og mange faglige diskusjoner, kan vi la ligge. Vi har en felles psykiatriens fremtid der hver enkelt har et ansvar for utviklingen av den. Det første og største løftet, akkurat nå, må imidlertid myndighetene ta gjennom å starte bevilgningsprosessen som skal til for å realisere deres egne politiske mål!

Betty Petersen

Referanser:

1. St. meld. nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
2. Straume E. «Vi har fått en ny psykiatriplan, men har enda ikke fått en ny psykiatritjeneste». Stortingsmeldingen om psykiatri. Utposten 1997; 26: 144-146.
3. Øgar P. Hvilke faktorer påvirker samhandlingen mellom første og andrelinjetjenesten? Utposten 1997; 26: 160-163.

«Vi har fått en ny psykiatriplan,
men vi har enda ikke fått en ny psykiatritjeneste»

Stortingsmeldingen om psykiatri

Uforpliktende tanker etter å ha lest meldingen

Tekst: Eystein Straume



*Eystein Straume, født 1942. Etter 25 år som distriktsle-
gelkommunelege i Loppa har
behovet for å se helsetjenes-
ten i fugleperspektiv begynt
å melde seg. Lokalsamfunns-
medisin er blitt en økende
utfordring. Og medredaktør-
plassen i Utposten er fortsatt
en spennende posisjon.*

Helseministerens vårkreasjoner er komplette. Den tredje og siste stortingsmeldingen om reformer i helsetjenesten er nå lagt fram. For en tid siden kom som kjent stortingsmeldinger om fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten. Dessuten er det fremmet et lovforslag om hvem som har rett til avtale om refusjonsordninger og det skal komme nye lover om både helseprofesjonene og om rettssikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern.

Gjøkungen

Vi kan lese om ventelister og køer, manglende styring og uklare lederforhold. Pulverisering av ansvar og profesjonsstridigheter synes utbredt. Det er geografisk skjevfordeling av helsepersonell og regionale ulikheter i både tilbud, produktivitet og resultater. Dessuten mangler det mål for slike sammenligninger. Helsetjenesten viser seg å være gjøkungen som truer med å sluke hele velferdsstaten. Vår handlekraftige helseminister blåser følgelig til kamp. Kamp mot hva eller hvem? Er det syndebukkene og latsabbene som skal feies av banen, eller er det en kamp for et nytt og bedre samfunn? Er det bare opprydding i vår senmoderne tidsalder? For å kvitte seg med gammelt sosialdemokratisk gods når vi går mot et nytt år tusen?

Hva har vi gjort i dette landet som utløser en slik flodbølge av reformer? Flodbølgen skaper følelser og reaksjoner som svinger fra undring til sinne, fortvilelse og avmakt. Befriende er det når det gamle slagordet fra de konservativs rekke plutselig dukker opp: Forandring for å bevare. Kanskje helseministeren likevel mener at det meste i vårt helsevesen er godt! For mye er godt. Vi spør i fullt alvor om vi har verdens beste helsetjeneste i mange sammenhenger. Vi har stor legetetthet, vel fungerende primærhelsetjeneste. (Hvorfor skal vi vende ryggen til helsecentre med fastlønnede kommunelger, teamarbeid, tverrfaglighet og områdeansvar?) Sykehusvesenet er godt utbygd. Vi har mye godt utstyr og behandlingsresultater blant verdens beste.

Elendighetsfokuseringen kan gi forandring, men kan den skape forbedring?

Annerledesfaget

Psykiatri er anderledesfaget. Allerede i studiet oppleves spenningen og avstanden mellom anatomi, patologisk anatomi og læren om sykdommer i sjelens irrganger som voldsomme.

Studentene beskriver forholdet som schizofrent. Dualismen og problemene knyttet til den forfølger oss gjennom hele vårt yrkesaktive liv, synes det som. Og det blir ofte lettest å velge det håndfaste og konkrete i den somatiske medisinen fremfor det mer spekulative og ugripelige stoff som sjelen er laget av. Kanskje dette er en grunn til at psykiatrien tross fagre ord kommer dårlig ut i så mange sammenhenger.

En omfangsrik Stortingsmelding

Etter planen skal sosialkomiteen gi sin innstilling 9. juni og meldingen skal behandles i Stortinget 17. juni. Saksordfører er Valgerd Svarstad Haugland.

Meldingen slår fast at psykiatrien i Norge svikter i alle ledd: Det forebyggende arbeidet er for svakt. Tilbudene i kommunen er for få. Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester er for dårlig. Opphold i institusjon blir ofte for kortvarig. Utskriving er mangelfullt planlagt og oppfølgingen er ikke god nok.

Meldingen er departementets svar på vedtak fattet av Stortinget under debatten om statsbudsjettet (!!) i 1996: «Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om en

nasjonal handlingsplan for psykisk helsevern, eventuelt som en del av den bebudede stortingsmeldingen om psykisk helsevern.»

Departementet er ubeskjeden og ønsker med meldingen å legge fram en helhetlig politikk som tar for seg alle sider ved tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser. Meldingen ta sikte på å legge et grunnlag for bedre og mer sammenhengende tjenester til mennesker med psykiske lidelser. For å oppnå det vil regjeringen ta i bruk en rekke virkemidler

- juridiske – i form av ny lovgiving
- økonomiske – i form av øremerkete tilskuddsordninger i en overgangsperiode
- utdanningspolitiske tiltak
- faglig veiledning fra statlige tilsynsmyndigheter.

Det er ikke lett å orientere seg i meldingen. Sammendraget er mer formet som en innledning og er lite konkret. Derimot er departementets vurderinger spredd ut gjennom meldingen i egne avsnitt på 31 steder. Så man tvinges til å lese hele meldingen fra perm til perm. Og da blir det et problem at meldingen er så vidt omfattende. Og trenger en melding til Stortinget å inneholde så mye stoff om historie og ulike behandlingsmåter opp gjennom tidene? Meldingen inneholder et vell av opplysninger og faglig stoff. Mye av meldingen kunne egnet seg som lærebok i sosialpsykiatri, eller kanskje helst som lærebok i helse- og sosialfag i den videregående skolen! Men politikerne vil måtte streve hardt for å få tak i meldingens budskap. Det er vanskelig å danne seg et konkret og håndterbart bilde av den psykiatritjenesten Stortinget inviteres til å vedta. Det blir fort en situasjon hvor man bare kniper igjen øynene, stemmer ja og stoler på at meldingen er skrevet i den beste hensikt!

De enkelte deler

Etter innledning og sammendrag kommer et kapittel om brukere og

*St meld nr 25
(1996 – 97)
Åpenhet og
helhet
Om psykiske
lidelser og
tjenestetilbudene
(godkjent i stats-
råd 18. april
1997)*

pårørende. Terminologien forvirrer for her kan vi lese at pasienten skal komme først og sist. Og ikke brukeren. For hvem er brukeren? Pasienten, klienten, kunden eller som trygdeverket nå sier: medlemmet? Men budskapet er brukermedvirkning slik at den det gjelder settes i sentrum, og at vi skal unngå benevnelse som stigmatiserer.

Deretter kommer meldingens hoveddel som beskriver tjenestetilbudene med status, vurderinger og forslag til tiltak. Videre følger det omtale av tilbud til innsatte i fengsel, og til særlig vanskelige eller farlige sinnslidende. Det er kapittel om grupper med særlige behov som asylsøkere, innvandrere, rusmiddelbrukere og utviklingshemmede. Den samiske befolkningen omhandles særskilt. Det 7. kapitlet tar for seg kompetanse og kvalitet og det 8. kapitlet omhandler økonomiske og administrative konsekvenser. Meldingen avsluttes med to vedlegg. Et om

diagnose, forekomst og behandling av psykiske lidelser og en sammenligning av psykiatrien i Norden.

Under beskrivelsen av formålet med meldingen slås det fast at kommunen har et basisansvar for pasienter med alvorlige lidelser og omfattende problemer. Departementet vil utforme lovgivingen slik at kommunene får enansvar for varige pleie og omsorgstjenester til mennesker med psykiske lidelser. Det vil medføre at psykiatrisk sykehjem overføres fra fylkeskommune til kommune. Det er ikke vanskelig å gi sin tilslutning til at nærmiljøet er viktig og at kommunene skal legge forholdene godt til rette for tjenester i nærmiljøet, men tjenesten skal holde kvalitetsmål og være av tilfredstillende omfang.

Nærmiljø viktigste arena

Nærmiljøet blir viktigste arena for psykiatritjenesten. Dette føyer seg inn i trenden de siste par tiår. Asy-

St meld nr 25

(1996-97)

Åpenhet og helhet

Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene



let er for lenge siden kommet i miskreditt og bygges ned. En tilsvarende oppbygging og styrking av psykiatrien i kommunene har bare delvis funnet sted. Øremerkete midler i en overgangsperiode skal gjøre oppbyggingen mulig. Men departementet trenger statistikk og lokale planer for å bestemme størrelsen på de øremerkete midlene. Dette er forutsetninger som mangler og det vurderes derfor å innføre en kommunal plikt til å lage planer for den lokale tjenesten. Videre klargjøres det at kunnskapsgrunnlaget i lokalsamfunnet er for svakt. Det blir ikke enkelt å være kommunalt ansatt helsearbeider etter en slik salve!! Ansvar uten makt og plikt til å planlegge uten å ha kunnskap skaper neppe grobunn for en god tjeneste!!!

Kommunenes ansvar

Det redegjøres for ti særlig viktige tjenester som kommunene har ansvaret for. Allmennlegetjeneste er en slik viktig tjeneste på linje med botilbud, dagsenter og fritidsaktiviteter. Allmennlegen skal hjelpe mennesker i livskrise, være stabil legekontakt for kroniske psykiatriske pasienter og gi støtte til pårørende. Slikt arbeid tar tid, departementets løsning er imidlertid kunnskap og fastlegeordning. Med slike misforhold kan ikke meldingens målsetting oppnås.

Det er også uklart hvordan den lokale utviklingen av tjenestetilbudene skal skje. Hvem skal gjøre jobben, hvem skal ha ansvaret, hvordan skal tjenesten struktureres og dimensjoneres. Hvem skal den planlegges for og først og sist: Hvilke ressurser kan kommunene regne med å få? Det som synes klart er at byråkratiet vil øke, med krav om planer, tilbakemeldinger og statistikkføringer. Departementet sier at lovverket er klart nok og de vil ikke fremme noen forslag til endringer i eksisterende lover!!

Det virker heller ikke betryggende at kunnskap og kompetanse skal styrkes ved, blant annet

endring i legenes grunnutdanning. Det tar tid før en omlegging av studieplanene gir endringer i lokalsamfunnet. Dette kan ikke være løsningen på problemet i dagens situasjon.

Tiltakskjeden

Lokale tjenester krever tilgang på spesialister i 2.linjen. Tiltakskjeden er viktig for en god og helhetlig funksjon. Spesialisttjenesten er ulikt oppbygget og organisert i de enkelte fylker og regioner. Nasjonale kompetansesentra skal nedlegges og erstattes med regionale. Tilbud til barn og voksne skal ses under ett og her skal effektiviteten økes. Den tjenesten som skal betjene kommunene skal finnes i de distriktspsykiatriske sentrene. Utviklingen her har gått fra institusjoner til psykiatriske poliklinikker og nå til distriktssentra. Prosessen er kommet ulikt langt rundt om i landet. Det foreligger ingen plan for hvordan denne trenden skal videreføres. Hvor mange senter skal vi ha, hvordan skal de bemannes, hva skal de gjøre og hvordan skal de ledes? Sentrene skal kunne gi kortvarige botilbud – hva med bruk av tiltak uten pasientens samtykke? Skal de distriktspsykiatriske sentrene dimensjoneres for slike tiltak? Og igjen savnes angivelser av hvilke ressurser man tenker seg dette vil kreve.

Kunnskap

Meldingen bæres oppe av en grunnleggende tro på at kunnskap og kompetanse er veien å gå. Departementet vil derfor styrke utdanning og forskning. Men det sies lite om hvilken kunnskap og hvilken forskning. Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatrien er stort og mangfoldig – hvilken retning vil departementet at utviklingen skal ta? Hvordan kan mangfoldet bestemmes ved politiske vedtak?

Hovedproblemet i dag er ikke kunnskapsmangel, men for lite tid, penger og stillinger. Og med stort kommunalt og fylkeskommunalt

selvstyre trenges det friske penger med klare føringer for å få til endringer. Det siste kapitlet om økonomiske og administrative konsekvenser er bare på knappe to sider, og illustrerer at meldingen ikke gir klare nok anvisninger på behovet for penger og fagfolk. Heller ikke synes ledelsen og organiseringen av oppbyggingen av en ny og bedre psykiatritjeneste å være kommet på plass.

Og det er synd når departementet selv sier at tjenesten til psykisk syke svikter i alle ledd.

Hvordan skal dette gå?

Helseministeren er pågående og aktiv på mange fronter. De to første stortingsmeldingene bringer han i nærkontakt med mektige interesseorganisasjoner og politiske motstandere som forsvarer lokalsykehus og fylkeskommunens revir. Det gir prestisje å komme seirende ut av slike konfrontasjoner.

Annerledes er det med forholdene til de psykisk syke. De er knapt synlige som «motstandere» og har ingen sterke pressgrupper. På papiret er denne pasientgruppen lovet hjelp mange ganger. I virkeligheten kommer de stadig nederst på listen over tiltak.

Og selveste statsministeren har åpnet valgkampen med å love 32 milliarder til eldreomsorgen. Men eldreomsorgen er sosialtjeneste og ikke helsetjeneste. Eldreomsorgen kommer utenpå helsetjenestens reformer, og reduserer hele helsetjenesten til en spurv i den tranedansen som nå trappes opp før valget. Og det lover ikke godt for mennesker med psykiske lidelser. Det gir ikke så mye ære og berømmelse å slåss for en gruppe som er lite synlige. Men det ville være statsmannskunst verdig en minister av Hernes format å gå på barrikadene for disse menneskene, slik at de kan få et godt nok tilbud i vårt samfunn.

*Eystein Straume
9550 Øksfjord*

Stilnoct «Synthelabo»

Hypnotikum ATCnr: N05C

B

TABLETTER 5 mg og 10 mg: 1 tablett 5 mg inneholder: Zolpidem, hemitartr. 5 mg, lactos. 45,2 mg, color (titan.dioxyd. E 171) et constit. q.s. 1 tablett 10 mg inneholder: Zolpidem, hemitartr. 10 mg, lactos. 90,4 mg, color (titan. dioxyd. E 171) et constit. q.s. **Egenskaper:** Klassifisering: Zolpidem tilhører imidazopyridin-gruppen som strukturelt skiller seg fra andre hypnotika. Har selektiv affinitet til omega-1-reseptorene som er en subtype av α -enheten i GABA-A reseptorkomplekset, og virker ved å modulere åpning av kloridionkanaler. Virkningen inntreffer i løpet av 15-30 minutter. Forkorter innsovningstiden, minsker antallet nattlige oppvåkninger og forlenger den totale søvntiden. Mengden av REM-søvn og dyp søvn (stadium III og IV) opprettholdes. **Absorpsjon:** Biologisk tilgjengelighet er ca. 70% og maksimal plasmakonsentrasjon oppnås etter 0,5-3 timer. Absorpsjonen påvirkes ikke av samtidig inntak av mat. **Proteinbinding:** ca 92%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum er 0,5 l/kg. **Halveringstid:** 0,8-4 timer. **Metabolisme/utskillelse:** Metaboliseres via leverenzymer (Bl.a. cytochromP450 IIIA) og utskilles som inaktive metabolitter i urin (56%) og i feces. (29-42%). **Indikasjoner:** Forbigående og kortvarige søvnavanser. Overfølsomhet overfor zolpidem. **Bivirkninger:** Bivirkninger forekommer i forhold til dose og individuell sensitivitet overfor preparatet (spesielt eldre). **Vænlige (> 1/100):** Svimmelhet, tretthet, hodepine. **Minstre vænlige:** Muskelsvakhet, konfusjon, synsforstyrrelser, adferdsendringer, rebound insomni og anterograd amnesi. **Sjeldne (< 1/1000):** Falletendenser, kvalme, diaré, talevansker og mareritt. Det har blitt rapportert om tilfeller av hallusinasjoner ved inntak av høye doser av zolpidem. **Forsiktighetsregler:** Mulighet for tilvenning eller misbruk bør alltid vurderes ved forskrivning av preparatet. Forsiktighet bør utvises ved nedsatt leverfunksjon, ved behandling av pasienter med nedsatt allmenntilstand, eldre og misbrukere. Forsiktighet må også utvises ved samtidig behandling med andre psykofarmaka. Kan påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet hos bilførere og personer som betjener maskiner. Behandlingen bør ikke strekke seg ut over 2-4 uker. Klinisk dokumentasjon hos barn mangler. Søvnnavanser kan bero på psykisk eller somatisk sykdom. Søvnproblemer bør derfor utredes med henblikk på dette. Behandlingen bør være av kort varighet eller intermitterende for å redusere risikoen for seponeringsproblem. Brå seponering ved bruk av søvmedisin kan lede til urolig søvn noen netter. Samtidig inntak av alkohol bør unngås. **Graviditet/Amming:** Klinisk erfaring hos gravide er begrenset. Dyreeksperimentelle data viser ingen økt risiko for fosterskade. Negative farmakologiske effekter på fosteret og/eller det nyfødte barnet som hypotoni, påvirkning av respirasjonen og hypotermi kan ikke utelukkes. På grunn av dette anbefales ikke behandling under graviditet. **Amming:** Går i noen grad over i morsmelk. Risiko for å påvirke barnet foreligger ved gjentatte doseringer. Risiko for barnet ved bruk av enkelt-doser vurderes som liten. **Interaksjoner:** Samtidig inntak av andre hypnotika, sedativa, narkotiske analgetika, generelle anestetika, tranquilizere, neuroleptika, sederende antihistaminer og alkohol kan forsterke virkningen av legemidlet. **Dosering:** Voksne: 1 tablett 10 mg umiddelbart før sengetid. Eldre: 1 tablett 5 mg umiddelbart før sengetid. Ved nedsatt leverfunksjon: 5 mg umiddelbart før leggetid, med spesiell observasjon av eldre. Hos voksne under 65 år kan dosen økes til 10 mg om nødvendig. Anbefales ikke til barn under 15 år. **Pakninger og priser:** Tabletter 5 mg: 10 stk (blister) kr. 52,70. Tabletter 10 mg: 10 stk (blister) kr. 54,30. (Pr. 1.1.97)

Godkjent SLK 22.07.96.

© Astra Norge AS, 1997

Preparatomtalen er opphavsrettslig beskyttet i henhold til lov om opphavsrett til åndsverk m.v. av 12. mai 1961.

ASTRA
Astra Norge

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

Innsøvningss- problemer ?

Innsøvningstablett med flere fordeler for dine pasienter:

- ☾ Ikke benzodiazepin¹⁾
- ☾ Rask innsøvning - 15-30 minutter¹⁾
- ☾ Kort halveringstid¹⁾

Nyhet!

STILL NOC[®]

zolpidem

Hypnotika bør generelt forskrives med forsiktighet

Der hvor søvnhygieniske tiltak ikke gir tilstrekkelig effekt har du nå et spesifikt innsøvningssmiddel

¹⁾ Felleskatalogtekst

Udviklingstrender i psykiatrien

Tekst:
Povl Munk-Jørgensen

Povl Munk-Jørgensen, f. 1946, Speciallæge i psykiatri, Institutleder for Institut for psykiatrisk grundforskning ved Psykiatrisk Hospital i Århus med ansvar for nationale psykiatriske centralregister. Hovedinteresse er psykiatrisk epidemiologi især Skizofreni epidemiologi, dr.med. indenfor dette emne.

Ved beskrivelse af udviklingstrender - eller for at anvende det danske ord *udviklingstendenser* frem for det angliciserende norske ... *trender* - kan man fokusere på *hvorfra*. Da denne artikels forfatter ikke besidder faghistorisk ekspertise vil det være en amatørers personlige subjektive opfattelse af, hva der er sket. Man kan også forsøge at gætte på *hvorhen*. Her er vi stort set alle ligestillede, for med den forlængst afdøde danske humorist Robert Storm Petersens ord «er det svært at spå, især om fremtiden».

For et par år siden hørte jeg en forelæsning af den amerikanske forfatter Gerald Grop. Han har brugt sit professionelle liv på at udforske USAs psykiatris historie. Hans forenkede konklusion var, at man kan planlægge så meget man

lyster, men straks en plan er sat i værk er den forældet, idet virkeligheden påvirker planen med så mange uforudsete og uforudsigelige faktorer, at en plan skal revideres straks, den er sat i værk. Man kan forsøge med større eller mindre politisk rigiditet at gennemføre planen, men jo længere tid der går, jo mere vil et planlagt projekts diskrepans fra virkeligheden springe i øjnene. Hermed være ikke sagt at enhver planlægning er ligegyldig og overflødig. En vis harmonisering vil man altid kunne opnå, summen af et samfunds planer vil jo naturligvis som alle andre faktorer påvirke en udvikling. Gennem planlægning vil der blive sat fokus på de områder, der planlægges, hvilket altid er godt.

Nu til sagen - danske udviklingstrender i psykiatrien, hvilket er det, jeg har erfaring med: dansk psykiatri, i en forventning om, at der i vidt omfang kan drages paralleller til norsk psykiatri.

Efterkrigstidens psykiatriske tre vulgærperioder

Når jeg bruger ordet vulgærperioder, må det ikke opfattes nedladende, eller på anden måde værdiladet. Jeg bruger ordet vulgærperioder med henvisning til dets latinske stamme (vulgus = almindelig eller udbredt).

Den psykofarmakologiske vulgærperiode

Den første vulgærperiode vi så i dansk psykiatri efter 2. Verdenskrig, var den psykofarmakologiske vulgærperiode. Fremkomsten af psykofarmaka var en revolution. Hundredevis af patienter fik et

bedre liv, befriet for psykotiske symptomer og en overliggende angst. Mange patienter kunne udskrives. Mange patienters livskvalitet forbedredes, men som alle andre nyttilkomne muligheder blev psykofarmakologien anvendt i højere grad (vulgus), end den kunne bære. Når et psykofarmaka kunne anvendes til én lidelse, var det naturligt at prøve den til lignende lidelser. Hvis én dosis ikke havde effekt, var det nærliggende med to doser. Hvis ét præparat ikke havde tilfredsstillende effekt, var det naturligt at forsøge sig med to præparater etc. Altså en overdreven brug af psykofarmaka udover hvad en mere snæver indikation tillod.

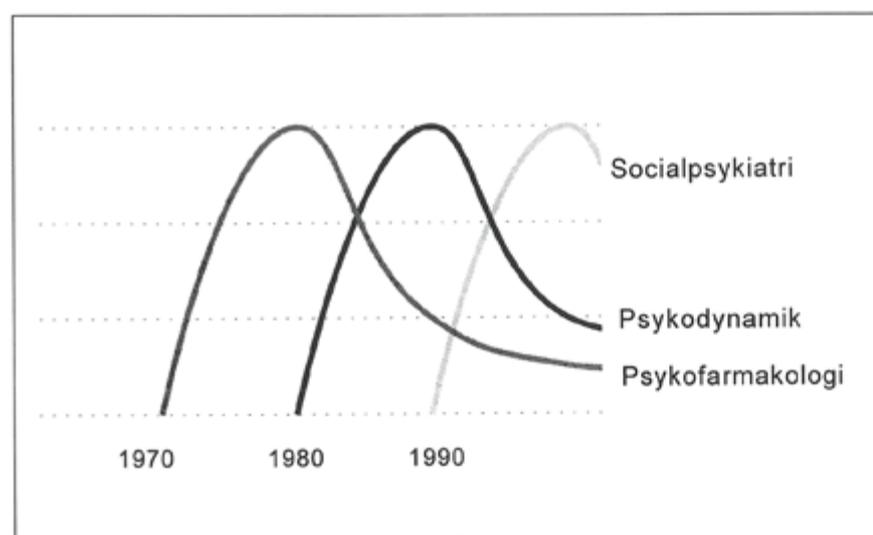
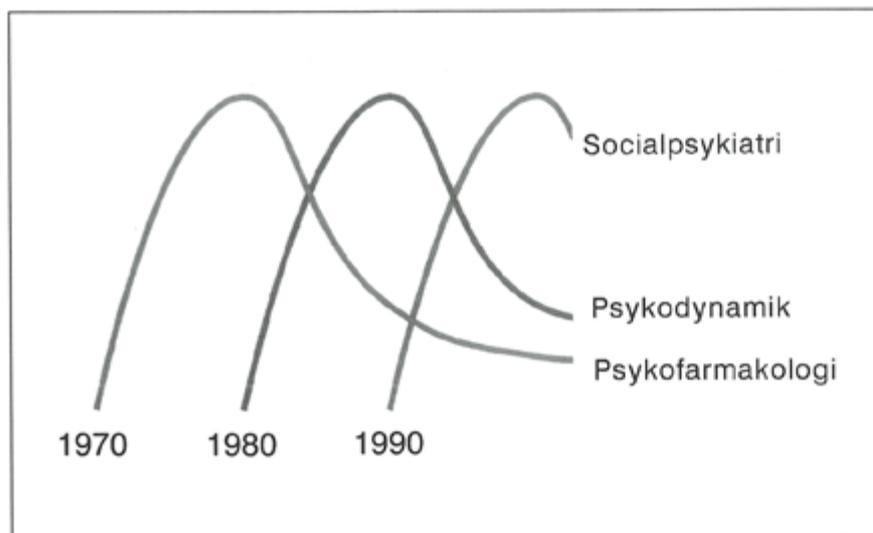
Vi ved alle, hvad dette medførte af bivirkninger, miskrediteret medikamentel behandling, modvilje blandt patienter og pårørende, uvilje mod den biologiske linie, antipsykiatri. Den psykofarmakologiske vulgærperiode skyldtes ikke, at psykiaterne var enten onde eller dumme, men at man manglede erfaring, og at man med et grundlæggende ønske om at bedre patienternes tilstand overvurderede de muligheder, man havde fået med psykofarmakas fremkomst.

Denne fase er forlængst forbi. Bedre præparater er kommet på markedet, psykiatere har lært at anvende psykofarmaka som redskab og ikke som behandling per se. Denne psykofarmakologiens vulgærperiode afløb så småt i løbet af 1980'erne.

Den psykoterapeutiske vulgærperiode

Næste vulgærperiode i dansk psykiatri blussede op i slutningen af

Bearbejdet efter foredrag under Primærmedisinsk Uke 96.



70'erne og rasede gennem 1980'erne, den psykoterapeutiske vulgærperiode. Det ville for Danmarks vedkommende have været mere nærliggende at skrive den psykodynamiske vulgærperiode.

Den psykodynamiske retning monopoliserede i vidt omfang psykoterapien i dansk psykiatri. Den psykodynamiske psykoterapi vandt hastigt frem i slutningen af syttitallet og i begyndelsen af 1980'erne. Dels var dette psykologiske islæt i dansk psykiatri stærkt savnet, det havde stort set været ikke-eksisterende indtil da, men levede i isolerede afdelinger 2-3 steder i Danmark. Nu blev om ikke metoderne så holdningen hvermands eje. Megen vulgærfreudianisme blev praktiseret i disse år. Som ethvert andet værktøj i en

ukyndigs hænder blev også den psykodynamiske metode bragt i miskredit i betydeligt omfang. En sag i en dårlig tømrers hænder, undervisning af børn af en dårlig uddannet lærer, en kniv i en ukyndig kirurgs hænder og psykoterapi i en middelmådig uddannet terapeuts besiddelse gør mere skade end gavn. Der skete endvidere det, at psykoterapien blev brugt som våben i en yngre generation af psykiatere og parapsykiatrisk personales opgør med tidligere tiders biologiske psykiatri og tidligere tiders asylpsykiatri, eller udtrykt i fagets terminologi: en daggert i en fadermorders hænder. De negative virkninger af den psykodynamiske vulgærperiode skyldtes ikke, at psykiatere og psykologer var hverken onde eller dumme, men ...

Det er gået med den psykodynamiske metode, som det er gået med psykofarmakologien. Efterhånden som dansk psykiatri er nået op på et højere uddannelsesniveau hvad angår den psykodynamiske metode, er metoden blevet et nødvendigt og uundværligt redskab i den psykiatriske dagligdag, og efter at den psykodynamiske retnings monopol er blevet brudt de allerseneste år, har vi i Danmark også fået mulighed for at tilføje os eksempelvis den kognitive metode.

Social- og distriktspsykiatrisk periode

Tredie og sidste vulgærperiode har vel netop i disse år nået sin top og er så småt på vej til at forlade ideologiens stadium for at professionaliseres. Da man efter psykofarmakologiens fremkomst var begyndt at udskrive et meget stort antal af de psykiatriske patienter, opdagede man, at man på ingen måde havde fundet de vises sten.

En lang række psykiatriske patienter, hovedsageligt de der led af skizofreni og skizofrenilignende tilstande, sad nu, ganske vist med en begrænset sekundær symptomatologi, men fortsat med alle defektsymptomerne intakt, isolerede i det almennyttige boligbyggeri som socialreformen i 1976 havde åbnet mulighed for at tilbyde de psykiatriske patienter gennem sociale pensioner og generel socialbistand på linie med andre borgere. Man indså i disse år, i midten af 70'erne, nødvendigheden af en social psykiatri. Allerede i 50'erne blev der fra ministeriel side givet udtryk for nødvendigheden af en socialpsykiatri, af en distriktspsykiatri, af en behandling af psykiatriske patienter i deres eget miljø.

Der skete imidlertid stort set ingenting før i årene omkring 1988 og 89. Derefter gik det stærkt. Socialpsykiatrien blev genstand for ideologi, organisation, administration, politicering og meget andet, der i sin kerne intet havde at gøre med psykiatri. Man

forvekslede i vid udstrækning psykiske sygdommes sociale komplikationer med de egentlige sygdommer. Psykiatriens målgrupper indsnævredes gradvis. Først til psykotiske patienter, senere til psykotiske patienter med sociale komplikationer. Man gik så vidt som til i 4 (af 16) danske amter (fylker) at overføre ansvaret for psykiatrien fra helsetjenesten til socialtjenesten. Senere har man i ét af disse amter ført psykiatrien tilbage til sundhedsvæsenet.

Efterhånden som den menige medarbejder i amters og kommuners socialforvaltninger har lært psykiske syge at kende, er man også begyndt at opbygge en ekspertise på området, og socialpsykiatrien er nu så småt ved at forlade sin vulgærperiode, og man har indset, at psykisk syge ikke kan helbredes alene med social omsorg og intervention, men at den sociale psykiatri må indgå i det psykiatriske behandlingsspektrum, ligesom man har måttet indse med psykofarmakologien og psykoterapien.

Decentralisering

Hvor socialpsykiatrien har været målet har decentraliseringen været midlet. Mange resurser har i decentraliseringens første år været brugt på at koordinere forskellige faggruppers, forvaltningers og organisationers interesser og aktiviteter vedrørende psykiatrisk behandling. Det har spøgefuldt, men med et gran af sandhed været sagt i fagkredse, at psykiatri havde ændret sig fra at være et medicinsk speciale til nu at være et sub-speciale under politologi og samfundsfag. Som enhver omvæltning, der ændrer meget til det gode og noget til det værre, således også psykiatrien! Ingen tvivl om, at decentraliseringen og fokuseringen på socialpsykiatri har bedret vilkår og livskvalitet for en lang række psykisk lidende. Disse positive effekter er desværre dårligt dokumenteret i Danmark. Derimod har vi parallelt med udviklingen kunnet se

nogle negative udviklinger. Dette skyldes naturligvis ikke, at politikere og organisatorer er hverken onde eller dumme, men...

Faretegn

Den standardiserede selvmordsrate blandt nydiagnosticerede psykotiske patienter er fordoblet i Danmark gennem 20 år. Dette har fundet sted i en periode, hvor selvmordsraten blandt den danske befolkning i almindelighed er faldet markant. Stigningen har vakt nogen furor, men resultatet af informationen - på linie med mange andre oplysninger - har været med til at sætte fokus på de psykisk syges situation og har givetvis været med til at accelerere indsatsen overfor psykiatriske patienters sociale situation. Man må erindre sig, at i samme periode er antallet sengepladser i dansk psykiatri faldet med 60%. Desværre var reduktionen i sengepladser ikke forudgået af en opbygning af sociale faciliteter, så som beskyttede boliger, socialpsykiatriske institutioner m.m. Først i de allerseneeste år er opbygningen af et socialt system for psykiatriske patienter accelereret.

Antallet af retspsykiatriske patienter, altså psykisk syge patienter, der begår kriminalitet, og under disse præmisser kommer under Kriminalforsorgens tilsyn er steget eksponentielt i de sidste 20 år med en faktor på 6,8% årligt. Også denne udvikling er skræmmende, men set i bagklogskabens klare lys, ikke uventet. Man reducerer ikke ustraffet antallet af skizofrenisengedage i hospitaler fra ca. 900.000 til ca. 500.000 uden at se en effekt. Især ikke når der ikke parallelt med denne hospitalsnedbygning sker en tilsvarende opbygning af sociale faciliteter. Det er da også i denne periode, at vi i Danmark har set fremkomsten af til tider meget aggressive pårørende bevægelser.

Antallet af psykisk lidende i herberger og forsorgshjem for hjemløse er i perioden steget kraftigt, også som en indikator for, at

det sociale system ikke har formået at opfange de udskrevne psykiatriske patienter. Det er også udtryk for, at det samlede system: helsetjenesten og socialtjenesten på henholdsvis lands, fylkes og kommuneniveau, ikke har formået at koordinere indsatsen, således at den lægelige og den sociale behandling har kunnet supplere hinanden tilstrækkeligt.

I parentes skal bemærkes, at disse negative effekter er meget klart dokumentert i Danmark. Det er min påstand, at denne negative udvikling har fundet sted i hele den vestlige verden, hvor man har fulgt en decentraliseringsmodel. Danmark er blot det eneste land, hvor man systematisk har kunnet påvise den. Dette har vi kunnet gennemføre på grund af vore personidentificerbare sygdoms- og befolkningsregistre. Min påstand er, at den negative udvikling har fundet sted også i Norge, men i Norge har man behageligvis ikke været i stand til at påvise en sådan negativ udvikling (da man jo i Norge - lidt provokerende sagt fra min side - har så høj en moral, at man ikke personidentificerbart registrerer sin behandlingsaktivitet).

Fremtidsperspektiver

Enhver reaktion har en modreaktion. I Danmark har den til tider meget dominerende sociale tilgangsvinkel til psykiatrien efter min opfattelse været medvirkende faktor til, at vi nu ser en biologisk modreaktion. Vi ser i øjeblikket i dansk psykiatri en meget stor interesse for biologisk psykiatri, for neurofysiologi, neuroanatomi, psykofarmakologi, ligesom vi ser en neokraepelinsk bølge med en meget stor interesse for psykopatologi, diagnostik, klassifikation og epidemiologi. Blandt de yngre generationer af psykiatere møder vi et krav om konkretisme, et krav om igen hovedsageligt at fungere som læger i en specifik patientbehandling, i mindre grad som organisatorer, koordinatore,

mødedeltagere, fagpolitikere, holdningsbearbejdere...

Man møder et krav om tilbagevenden til den lægevidenskab, vi har været på vej væk fra.

Måske vil psykiatrien blive straffet med rekrutteringsvanskeligheder for sin utroskab over for den basale lægevidenskab. I Danmark indførte man i 1980'ernes begyndelse adgangs begrænsning til universiteterne, herunder også til lægevitenskabeligt fakultet. Effekten viser sig nu i en tiltagende lægemangel, der dessværre i første omgang er ved at blive tydelig i psykiatrien, og med en holdningsændring mod basal biologisk lægevidenskab viser problemet sig først i den decentrale sociale psykiatri. Konsekvensen kan blive, at decentraliseringen om ikke faller, så dog falder tilbage på grund af mangel af psykiatrisk ekspertise. Dette vil måske kunne afhjælpes ved at socialmedarbejderne efterhånden opnår så stor ekspertise, at en væsentlig del af det socialpsykiatriske arbejde kan udføres af soci-

almedarbejdere under psykiaterens konsulentfunktion og måske også ledelse.

Et andet store faremoment, som viser sig i fremtidens psykiatri som følge af decentralisering er ekspertisetab. Hvor alle andre områder inden for lægevidenskab og i samfundet ivrigt går i retning af en specialisering og centralisering, har psykiatrien gået den modsatte vej. Psykiateren uddannes som allround-psykiater, og decentralisering betyder, at psykiateren vil få vanskeligt ved at opdatere sin viden og vanskeligt ved at bevare et tilstrækkeligt højt erfaringsgrundlag hvad angår de sjældnere tilstande.

Man ser derfor i Danmark i disse år en gradvis specialisering af funktioner, eksempelvis centraliserede klinikker for spiseforstyrrelser, lithium-klinikker, retspsykiatriske klinikker, geronto-psykiatriske behandlingscentre, børnepsykiatriske afdelinger, ungdomspsykiatriske afdelinger etc. Denne tendens vil givetvis brede sig og i

nogle år endnu vil det sandsynligvis være muligt at få denne funktionspecialisering til at finde sted inden for en overordnet decentral model. Men på et tidspunkt vil det efter min opfattelse blive nødvendigt mere klart at sondre imellem, hvad skal centraliseres og hvad skal specialiseres, således at man i højere grad følger et fagligt *både og* i stedet for et politisk ideologisk *enten eller*.

Man må ønske at vi har lært så meget af tidligere tiders fejltagelser, at vi nu ikke bevæger os ind i en fjerde (højteknologisk, neurofysiologisk, neuro-anatomisk??) vulgærperiode, men forstår at anvende den differentierede og integrerede psykiatri, hvor biologiske, psykologiske og sociologiske behandlingsmetoder balanceres individuelt og tilpasses den enkelte patient.

*Poul Munk-Jørgensen
Psykiatrisk Hospital i Århus
Afdeling for psykiatrisk demografi
Skovagervej 2, 8240 Risskov*

Her hvor leger aldri dør

Mel.: Der hvor rosor aldri dør

Til et sted kor lega reise, kor dæm snarest ræis ifra.
Næsten hundre siste året, norsk rekord – hær e'ke bra

Refr.: Her vil ingen læga være, ingen læga i fra sør.
Folket her dæm e' så sære, hær kor læga aldri dør

Tenk kor frøkt'li dæm må slite, gratis hus og telefon.
Men det e' nok altfor lite, for en utdanna person.

Refr.: Her vil ingen læga være, ingen læga i fra sør.
Folket her dæm e' så sære, hær kor læga aldri dør

Åsså alle de vikaran, hundrevis var her i fjor.
Hundre tusen blanke krona, for no'n daga her i nord.

Refr.: Her vil ingen læga være, ingen læga i fra sør.
Folket her dæm e' så sære, hær kor læga aldri dør

Folket hær e' full av nærva, har en lavere moral.
Drikk og slåss, alt e' fordærva, lægan skriv ut Vival.

Refr.: Her vil ingen læga være, ingen læga i fra sør.
Folket her dæm e' så sære, hær kor læga aldri dør

Om du kjæm dæ inn til doktor'n blir du sikkert sykemeldt,
men beskjed om ka du feile, det er mindre aktuelt.

Refr.: Her vil ingen læga være, ingen læga i fra sør.
Folket her dæm e' så sære, hær kor læga aldri dør

Å kor længe ska vi plages, skifte læga i ett kjør.
Nordover det må dæm jages, hit kor læga aldri dør.

Refr.: Her vil ingen læga være, ingen læga i fra sør.
Folket her dæm e' så sære, hær kor læga aldri dør

Fra revy i Honningsvåg

Den nye studieplanen ved det medisinske fakultet i Oslo

Professor Per Brodal intervjuet av Sonja Fossum

Selv om vi etter hvert har fått fire medisinske fakulteter i Norge, er de fleste av dagens norske leger utdannet ved det medisinske fakultet i Oslo. Små og store justeringer av studieplanen gjennom årene til tross, alle som har gått gjennom doktorskolen i Oslo har inntil nylig kunnet kjenne seg igjen i oppbyggingen av studiet og visst hva produktet som blir levert derfra, de nytexaminerte legene, står for. Men ikke nå lenger. Som mange kjenner til, er en radikalt ny studieplan innført ved fakultetet. Den bærer navnet Oslo 96, for markering av starten og dermed første kull som begynte sitt studium etter denne planen. Ikke minst for allmennmedisin og samfunnsmedisin har den nye studieplanen medført omfattende endringer. Det er derfor på sin plass med en presentasjon av studieplanen i Utposten. Her redegjør hovedarkitekten bak Oslo 96, professor Per Brodal ved Anatomisk Institutt, for hovedintensjonene med planen og gir en statusrapport.

Først, hvorfor var det nødvendig å endre studiet så radikalt?

Svaret på det avhenger selvfølgelig av hvem man spør – noen vil si at det ikke var nødvendig og at de ønskede endringer ville kommet gradvis. Som du sikkert er klar over deler jeg ikke den oppfatningen. Hvor radikal man mener en endring bør være avhenger jo av hvor fornøyd man er med status quo. De ved fakultetet som mente at det trengtes en betydelig omlegging av undervisningsmetoder og en langt sterkere faglig integrasjon enn tilfellet er i dag, fikk altså gjennomslag. Studieplanen Oslo 96 – med blant annet problemba-

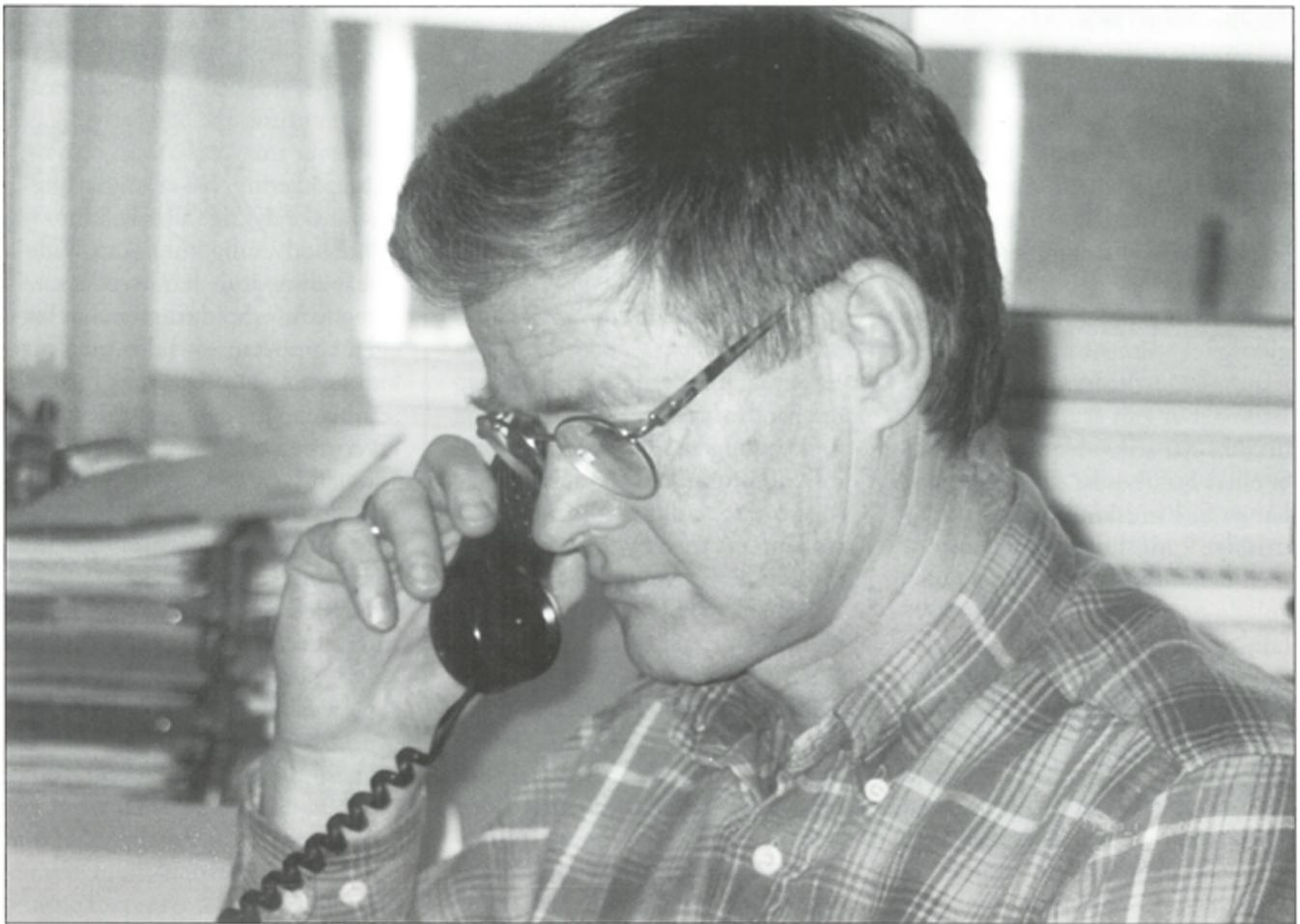
sert læring og opphevelse av et klart skille mellom preklinikk og klinikk – ble som kjent vedtatt nesten enstemmig i 1993. Oslo 96 er svært ambisiøs ved at den forutsetter en endring av læreres holdninger til undervisning og læring, og at lærere legger betydelig innsats i samarbeid på tvers av fag- og spesialitetsgrenser. Slike endringer tror jeg ikke er mulig å få til blant travle akademikere og klinikere uten forholdsvis bastante føringer. Omleggingen må være så stor at det ikke er mulig bare å fortsette som før innenfor sitt område. Etter at vedtaket var fattet, har det vært gledelig å se hvilken stor og

lojal innsats fakultetets lærere har lagt ned i arbeidet med utarbeidelsen av semesterplanene. Det har vært en kjempejobb på toppen av alle andre forpliktelser.

I hovedtrekk, hva går de viktigste forandringene ut på?

De rent organisatoriske og tekniske endringene av studiet er bare interessante og forståelige i sammenheng med hva som er målene for omleggingen. Jeg nevner derfor litt av hvert:

- Faglig integrering fremfor dagens sterke tendens til fragmentering. For å oppnå dette er semestrene tverrfaglig organisert – for eksempel slik at basalfagsundervisning og klinikk foregår i samme semester (men ikke nødvendigvis på samme dag). Semesterutvalgene som har utarbeidet detaljplanene for semestrene har hatt klare føringer å holde seg til, for eksempel når det gjelder undervisningsomfang og typer, samt krav om å utarbeide integrerte mål for semesteret.
- Det første semesteret illustrerer mye av endringene: Det gir en bred – problembasert – innføring i store deler av medisinen, fra human biologi til statistikk, epidemiologi, atferdsfag og lege-pasientforholdet, hvor studentene fra første dag blir trenet i å se sammenheng mellom de forskjellige aspektene av medisinen. Et lite kurs om



«Medisinen i kunsten» illustrerer kanskje bredden i innføringen. Tidlig utplassering hos allmennpraktiker – etter et nøye planlagt og forberedt opplegg – er blitt en stor suksess.

- Endring av læringsmetoder mot sterkere studentaktivisering. I dette ligger også en endring av lærerrollen fra ensidig formidling til større grad av veilederfunksjon. Problembasert læring -PBL i små grupper (8 studenter) står her sentralt. I tillegg er PBL en robust måte å få til integrasjon på, fordi problemene (sykehistorier, samfunnsmedisinske problemer osv.) i sin natur er tverrfaglige. Studentene er nødt til å hente kunnskap fra forskjellige fagområder i arbeidet. PBL gir også mulighet for å trene studentene i en systematisk tilnærming til forståelse av fenomener og til å ta ansvar for aktiv kunnskapstilegnelse ut fra egne behov. Økt bruk av bibliotek

og informasjonsteknologi stimuleres også ved denne arbeidsmetoden.

- Faste rammer for undervisningsmengde (ikke mer enn 3-5 forelesninger; maks 15 timer formalisert undervisning pr uke).
- Selve prosessen med studieplanarbeidet har medført en grundig gjennomarbeiding av studiets innhold.

Hva betyr endringene for undervisningen i allmennmedisin og samfunnsmedisin?

For det første kommer disse fagområdene inn fra første semester, og de finnes igjen i semestre fra begynnelsen til slutten av studiet. Allmennmedisin er det eneste faget som er vesentlig økt i omfang i den nye studieplanen i forhold til den gamle, og faget har vært representert i omtrent samtlige semesterutvalg. For det andre har jeg stor tro på betydningen av at samfunnsmedisinske aspekter nå syn-

liggjøres også i de somatisk dominerede semestrene. Her er PBL en robust metode til å sikre slik integrasjon.

Det har vært reist sterke innvendinger mot planen, blant annet mot å legge hovedtyngden av problembasert læring så tidlig i studiet, for studentene har fått et minimum av basale kunnskaper. Ved noen læresteder brukt som forbilder, f.eks. Harvard, har jo studentene en helt annen bakgrunn gjennom premedical college, slik at de har rimelig bakgrunn til å forstå problemene som presenteres. Er PBL en effektiv læremetode for basalfagene med studenter som begynner med nærmest blanke ark? Betenkelighetene angående PBL tidlig i studiet beror nok på en misforståelse av hva metoden egentlig har som mål. Satt litt på spissen kan man si at PBL dreier seg ikke om å lære klinisk problemløsning, men om å lære basal-fag og laboratoriefag i en klinisk

sammenheng. Et problem i PBL-sammenheng kan defineres som et fenomen som trenger en forklaring. Det første PBL-møtet i uken munner ut i mest mulig presise formuleringer av hva studentene selv mener de trenger å lære mer om for å forklare fenomenet. På den måten går de til læringen ut fra en egen problemstilling og nysgjerrighet – ikke som ved et forelesningsbasert studium hvor forelesninger er kalt «svar på spørsmål du ikke har stilt». Noe av poenget er ellers å aktivisere det studentene har av forhåndskunnskap slik at den nye kunnskapen integreres med denne. Samtidig gir det god anledning til å korrigere misoppfatninger, som vi alle har mer enn nok av (selv på områder hvor vi er eksperter). Utfordringen spesielt tidlig i studiet er jo ellers å lage PBL-oppgavene slik at de nettopp knytter an til hva man må anta at alle studenter har noe kjennskap til. En annen fordel med PBL-metoden er at studentene venner seg til å reflektere over hva de lærer, og det kan vel egentlig ikke starte tidlig nok.

Det er nedlagt store ressurser i den nye planen, ikke bare i planleggingen, men også i gjennomføringen. Er metoden virkelig så mye bedre at den rettferdiggjør den økte ressursbruken? Igjen kommer det an på utgangspunktet til den som bedømmer. Hvis man mener det ikke var behov for særlige endringer, fremstår selvfølgelig ressursbruken som uforsvarlig. Det går ellers ikke an her å se PBL-metoden isolert – den er bare ett av flere midler til å oppnå mer overordnede mål av den typen som jeg nevnte. Personlig mener jeg at behovet for endring – og potensialet for forbedring – var så stort at det var verdt å investere så mye krefter som fakultetet vitterlig har gjort. Det er selvfølgelig for tidlig å si hvordan den samlede planen vil fungere. Det avhenger forresten ikke bare av arbeidet som er gjort frem til nå, men av hvor-

dan samtlige aktører forholder seg i fortsettelsen. En dårlig plan kan fungere godt med entusiastiske lærere som er genuint engasjert i studentenes læring, og den beste plan kan ødelegges av manglende engasjement.

Kan du se noen ulemper ved den nye planen?

Ja, det ville vel vært merkelig hvis det bare var fordeler. En klar omkostning er at lærere må bruke mer tid i forhold til undervisning – ikke bare ansikt til ansikt med studentene, men også i samarbeid med andre lærere. En fare ved en integrert og problembasert studieplan kan være at de enkelte fagene svekkes – i alle fall utydeliggjøres deres profil overfor studentene. Derfor må det legges spesiell vekt på at fagmiljøer føler ansvar og får innflytelse i forhold til studiet, det er tross alt fagene som utgjør substansen i studiet. Vi bør også være oppmerksom på at behovet for en viss fagsystematikk i undervisningen ivaretas – det skjer ikke automatisk i en slik studieplan. En ulempe ved planen er ellers at den er sårbar – hvis ikke lærerne forstår de mer grunnleggende tankene bak PBL og integrering, og er villige til å bruke tid på samarbeid, kan planen komme til å forvitne ganske raskt. Jeg hørte nettopp betegnelsen «recurrent curriculopathia» brukt om en slik prosess.

Det første kullet har nå gjennomført det første semesteret og er et stykke inn i det andre. Kan du gi en kort statusrapport?

Så langt har det meste gått vel så godt som jeg våget å håpe på. Både lærere og studenter er helt overveiende fornøyd, og jeg synes vi får bekreftet antagelsen om styrken ved PBL, samtidig som vi ved egen erfaring ser hvilke fallgruber som finnes. De fleste lærerne som var veiledere i første semester ønsket å fortsette med denne typen undervisning.

Til slutt, hva slags kolleger kan vi vente oss om drøytt fem år?

Jeg håper det skal være leger med bevart entusiasme og lærelyst – studiet er tross alt bare en begynnelse på læring. De er sannsynligvis ganske dyktige til selv å innhente nødvendig kunnskap. Videre håper jeg at de har utviklet en trygghet i forhold til grensene for egen kompetanse – i den grad man kan ha det så tidlig. En av forutsetningene for dette er at de har ervervet en stor kunnskapsbase som lett lar seg anvende i kliniske situasjoner. Videre at vi verken har påført dem vrangforestillingen om legen som kan alt, eller har utviklet en defensiv og engstelig holdning til det å være lege. ■



Støtte og lære i norske kommuner



Støtte og lære. Kurs for hjelpere i møte med mennesker med psykisk lidelse.

Norsk Fjernundervisning/Kommuneforlaget 1996
Pris: kr. 600,- for hele pakken

Anmeldt av Halvard Bø, Kommunelegekontoret 8370 Leknes

Jeg husker samarbeidsmøtene på midten av 80-tallet mellom kommune-helsetjenesten og den nyopprettede lokale psykiatriske poliklinikken. Det psykiatriske sykehuset i fylket var midt inne i en omstrukturering og sengetallet var i tilnærmet fritt fall. Selv ikke de tyngre psykiatriske pasientene kunne forventes å få noe langvarig eller omfattende tilbud ved sykehuset. I denne situasjonen ble kravet om at kommunen måtte ta større ansvar raskt et omkved på samarbeidsmøtene. Et krav vi ikke klarte å møte. Resultatet var vedvarende og tung – dog ikke helt rettferdig – kritikk av kommunens helsetjeneste og hjelpeapparat.

Jeg skal ikke benekte at det forelå en viss kommunal ansvarsvegving, en motvilje mot å påta oss oppgaver som vi på mange måter oppfattet som nye og ukjente. Ei heller at økonomiske argumenter var en del av dette. Men like viktig var etter min mening mangelen på kompetanse – vi visste rett og slett ikke hva vi skulle gjøre. Det dreide seg med andre ord ikke bare om vond vilje, men like mye om manglende evne.

Siden den gang har det skjedd en gradvis kompetanseheving på psykiatrifeltet i kommunen. Sykepleiere og hjelpepleiere har tatt videreutdanning. Tilgangen på vernepleiere og ergoterapeuter er bedret. Poliklinikken har holdt

seminarer og kurs og drevet veiledning av kommunalt hjelpepersonell. I tillegg kommer en etter hvert ikke ubetydelig erfaringskompetanse. Vi er således kompetansemessig i ferd med å komme ajour med oppgavene.

En gruppe som nok i mange sammenhenger har falt utenfor denne utviklingen, er imidlertid hjelpere som ikke har formell utdanning så som hjemmehjelpere, støttekontakter og avlastere. Nå har Norsk Fjernundervisning etter initiativ fra Statens Helsetilsyn utviklet et undervisningsopplegg rettet spesielt mot denne gruppen. Opplegget med tittelen «Støtte og lære» er ikke et kurs i diagnostisk arbeid eller behandling, men tar for seg hva som skjer i møtet mellom hjelper og bruker med særlig vekt på hva som skjer når hjelperen kommer hjem til brukeren. Målet er å øke hjelperens trygghet og evne til refleksjon sammen med kolleger ut fra tanken om at en trygg hjelper er en god hjelper.

Undervisningsopplegget som ble sendt alle landets kommuner i januar i år, består av en lærebok, to videokassetter, et kurslederhefte og ti studiehefter. Det legges opp til 7 samlinger rundt temaer som «Å jobbe i andres hjem», «Forholdet til pårørende», «Hjelper og terapeut» og «På sporet av egen kunnskap». Til hver samling hører utvalgte avsnitt fra læreboka, samt et videoprogram som varer i ca. 25 minutter og består av en trigger, en reportasjedel og en refleksjonsdel.

Som helhet synes jeg undervisningsopplegget er godt, til dels meget godt. Temaene som tas opp er sentrale, og læreboka, videoprogrammene og spørsmålene i studieheftet belyser temaene fra forskjellige innfallsvinkler og gir et godt

utgangspunkt for samtale og diskusjon rundt egne erfaringer og tanker. Læreboka på snau 100 sider omfatter relativt mye stoff og vil nok for noen falle vanskelig. Videoprogrammene er varierte og gode. De gir i tillegg til generell kunnskap om temaene, også innblikk i en rekke spesielle prosjekter som viser hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser kan organiseres på ulike måter.

Målgruppen er som nevnt over, hjelpere uten formell utdanning, men opplegget vil utvilsomt kunne være til nytte også for andre som arbeider med mennesker med psykiske lidelser. Sannsynligvis vil utbyttet bli best om gruppen av deltagere settes sammen av hjelpere med ulik yrkesutdanning og erfaring. Dette vil gi deltakerne en videre horisont, fremme forståelsen for de andre yrkesgruppene arbeid og dermed være med på å utvikle samarbeidsrelasjonene i kommunen. Det siste er ikke minst viktig når det gjelder nettopp den gruppen pasienter det her er snakk om.

Kommunene har i dag en lovfestet plikt til å medvirke til undervisning og opplæring av eget helse- og sosialpersonell. «Støtte og lære» er i så måte en håndsrekning til kommunene. Når det gjelder den praktiske gjennomføringen av undervisningsopplegget, synes det naturlig at denne legges til psykiatriske sykepleiere i de kommunene som har en slik stilling. Dette er imidlertid ingen forutsetning og også andre med erfaring fra og interesse for feltet – inklusive kommunelegene – bør kunne gå inn i en slik oppgave.

Statens helsetilsyn framhever undervisningsopplegget som ett av mange virkemidler for å bedre tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Jeg har tro for at det kan bidra til å heve kompetansen og tryggheten hos hjelperne som går igjennom opplegget – og dermed også kvaliteten på kommunenes tilbud på dette feltet. Derfor: finn det fram og ta det i bruk! ■

Et sykehusvesen i forandring

St.meld. nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet.
Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.

Tekst: Petter Øgar



Petter Øgar er cand.med. fra 1978. Ass.lege med.avd. Kongsberg sykehus 1980-83. Kommunelege I og helsesjef i Hornindal 1983-95. Fra 95 fylkeslege i Sogn og Fjordane. Spesialist og veileder i allmenn- og samfunnsmedisin. Medlem NSAMs diabetes-gruppe og Utposten-redaksjonen.

Helseminister Gudmund Hernes har i løpet av en måned presentert pillarene i sitt framtidige norske helsehus gjennom en trilogi av stortingsmeldinger om henholdsvis fastlegeordningen i kommunene, sykehus og spesialisthelsetjeneste og helsetjenester ved psykiske lidelser. Fastlegemeldingen ble, som rett og rimelig er, grundig presentert og drøftet i siste nummer av Utposten. Her skal sykehusmeldingen kort omtales, og

primærlegene bør ikke overlate drøftingen av denne til sykehuskollegane. Til det er den altfor viktig og vil kunne berøre mange primærlegers hverdag i betydelig grad.

Problemene i dag

Meldingen starter med å stille diagnosen på dagens sykehusvesen. Hva er problemene? Fra pasientenes ståsted er det for lang ventetid, ikke god nok kvalitet, for liten valgfrihet og for store forskjeller. For helsepersonellet er problemene at de føler at de har for mye å gjøre, de får ikke gjøre det de kan best, og det er for få av dem. For myndighetene er problemene at de får for lite helsetjenester for bevilgningene. Det er for mye tautrekking mellom forvaltningsnivåer. Sykehusstrukturen er foreldet og ikke tilpasset dagens bosettingsmønster, kommunikasjonsforhold, behandlingsformer og sykdomspanorama. Fylkeskommunene er for små enheter til å drive rasjonell planlegging. Det er rekrutteringsproblemer, og universitetsfunksjonene ivaretas ikke godt nok.

Eierskapet har vært sterkt fokusert i forkant av meldingen, men ifølge helseministeren er ikke problemene i sykehusene knyttet til hvem som eier dem: «Dårlig intern organisering, ressurstappende arbeidsdeling mellom sykehus og knapphet på personell løses ikke gjennom statlig byråkrati. Staten bør ikke overta eierskap, men benytte ubrukte muligheter til aktiv styring gjennom lovverk og økonomiske virkemidler.» Fylkene bør derfor fortsatt eie sykehusene.

Moden frukt servert med potente virkemidler

Departementet ønsker et sykehusvesen basert på helseregionen som naturlig planleggingsenhet. Effektiv drift krever økt funksjonsdeling og redusert antall sykehus med full akuttberedskap. Det hevdes at det fortsatt er behov for alle nåværende sykehus, men mange småsykehus må gi fra seg akuttfunksjoner og ta på seg ulike spesialfunksjoner; elektiv kirurgi, ulike former for dagbehandling og spesialistpoliklinikker, oppgaver innenfor rehabilitering, geriatri og psykiatri. Det forutsettes økt samhandling med primærhelsetjenesten, som får økte oppgaver i forhold til akuttmedisin, etablering av evt. sykestuefunksjoner og fødestuer. Endelig er det viktig at universitetsfunksjonene styrkes.

Dette er ikke nye toner, men musikk som har vært spilt både i St.melding 50 (1993-94) *Samarbeid og styring*; Helsemeldinga til Werner Christie og i flere tidligere og senere offentlige faglige utredninger (1-4). Det nye er at departementets ønsker nå følges av et sett med potente og troverdige virkemidler som er i stand til å realisere endringene. Virkemidlene er dels at staten sikrer seg bedre kontroll med helsetjenesteplanleggingen, dels av økonomisk art og dels ved at det i forskrifts form skal defineres faglige standarder som vil umuliggjøre en fortsettelse av dagens sykehusstruktur.

Det regionale helseutvalgs rolle styrkes vesentlig. Utvalget består av like mange politikere fra hver av

fylkene i helseregionen. Den viktigste endringen er at det blir slutt på fylkeskommunale helseplaner. All helseplanlegging i regionen, inkludert funksjonsdeling mellom sykehusene, skal vedtas av det regionale helseutvalg med alminnelig flertall og med bindende virkning for fylkeskommunene i regionen. Departementet har anledning til å overprøve planleggingsvedtak. Det regionale helseutvalg og dets sekretariat skal videre administrere fritt sykehusvalg og ha oversikt over ventetidssituasjonen. Det skal ha ansvaret for spesialistutdanningen i regionen og stå for fordelingen av legespesialister innenfor nasjonalt fastsatte kvoter. Videre er det tiltenkt ansvar for samordning av ambulansetjenesten og nødmedjetjenesten i regionen, utvikling av samarbeidsmodeller mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og informasjonsteknologi og telemedisin.

De økonomiske virkemidler omfatter en økning av den innsatsstyrte finansiering fra 30% fra 01.07.97 til 40% fra 01.01.98. Det vil skje en ytterligere opptrapping av øremerkede tilskudd til psykiatrien. Midlene til universitetsoppgaver skal økes og budsjetteknisk synliggjøres. Brudd på ventetidsgarantien kan medføre bøtlegging.

Det sterkeste virkemiddel er likevel kanskje de faglige krav som varsles. Faglige krav til de ulike ledd i den akuttmedisinske kjeden og fødetjenesten skal forskriftfestes. Departementet slutter seg til Helsetilsynets anbefalinger om fødetjenesten (5). Her heter det bla. at fødeavdelinger med mindre enn 400-500 fødsler i året skal nedgraderes til fødestuer med jordmorvakt. Ved behov for øyeblikkelig legehjelp vil den, så langt jeg kan forstå, måtte komme fra den kommunale legetjenesten. Endelig skal ortopedi bli egen hovedspesialitet slik at full kirurgisk vaktberedskap forutsetter to vaktskikt; et ortopedisk og et bløtvevskirurgisk.

St meld nr 24

(1996-97)

Tilgjengelighet og faglighet Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste



Hva vil dette medføre?

Det er all grunn til å tro at noe nå vil skje. Bortsett fra spørsmålet om eierskap er det bred enighet om hovedelementene i meldingen i de toneangivende fagmiljøer. Begrunnelsen for økt funksjonsdeling er i prinsippet enkel og vanskelig å finne tunge motargumenter mot. God kvalitet forutsetter tilstrekkelig trening; øvelse gjør mesterprinsippet. Skal dette realiseres kan ikke alle gjøre alt. Med spesialiseringen av medisinen trenger en stadig flere typer fagfolk for å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud. Jo flere fagfolk, desto større krav til pasientunderlag for effektiv drift.

Til tross for disse greie resonnerer er et ikke uventet distriktsopprør med basis rundt småsykehusene under oppseiling. Noe av grunnlaget for disse opprørene bygger på manglende kunnskaper eller realitetsvurdering, men det er grunn til å problematisere noen sider ved meldingens framtidsbilde.

Problematisk kvalitetsvurdering

Kvalitet i helsetjenesten er et vanskelig og kontroversielt begrep som blir definert ulikt avhengig av hvilket ståstad en har. Faglige krav og andre kvalitetskrav har ofte blitt

fastsatt på et for unyansert, snevert og vitenskapeleg for svakt grunnlag der spesialiserte fagmiljøer har vært for dominerende. Hensynet til helhetlige løsninger som ivaretar behovet for nærhet, samhandlingen med primærhelsetjenesten og økonomiske vurderinger blir ofte ikke ivarettatt i tilstrekkelig grad. Flere av kvalitetskravene synes også å mangle god faglig dokumentasjon. Av den grunn blir det ofte umulig å vurdere grensenytten av skjerpede faglige krav og følgelig også umulig å gjøre en holdbar kostnad-nyttevurdering. Dette er en urovekkende situasjon.

Man har heller ikke tatt høyde for forskjellene mellom kirurgiske/ferdighetspregede og indremedisinske fag med hensyn til hva som påvirker kvaliteten. Det fører etter mitt syn til paradokset at norsk helsevesen både er for lite og for mye spesialisert. For lite spesialisert i forhold til kirurgiske fag, for mye i forhold til indremedisinske. Helseministeren har vært flink til å peke på paradoksene i helsevesenet, men dette har vært lite nevnt. Kirurgiske premisser med øvelse gjør mester-prinsippet, som tilsier sentralisering og spesialisering, har blitt for dominerende. For store pasientgrupper som gamle og pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer, er evne til helhetsvurderinger, samhandling med primærhelsetjenesten og rimelig nærhet til hjemmemiljøet også viktig for kvaliteten på tjenestene.

Alternative småsykehusmodeller med troverdighetsproblemer

En annen årsak til motstanden mot funksjonsdeling er at det kan stilles tunge, kritiske spørsmål ved troverdigheten til de alternative driftsmodellene som er framlagt for småsykehusene. Elektive oppgaver eller nisjadrift krever stabil rekruttering og kompetanseoppbygging over tid. På hvilket grunnlag tror en dette er realistisk

innenfor medisinske lavstatusfag ved utkantsykehus i dagens markedssituasjon for helsepersonell? Hvordan skal den interne beredskapen ved disse sykehusene organiseres? I meldingen er det sagt at denne beredskapen skal ivaretas av sykehusets egne leger. Hvordan skal psykiatere, geriater og fysikalsk-medisinere – om de finnes – kunne lage et felles vaktskikt? Tror en på en medisinsk kulturrevolusjon?

Vesentlige uavklarte problemstillinger

Videre mangler det helt avgjørende konsekvensutredninger med hensyn til hvilke følger den skiserte framtidige sykehusstrukturen får for primærhelsetjenesten – både med hensyn til ressurser og kompetanse. Her møter vi et annet paradoks det nesten ikke blir snakket om. Mens spesialisthelsetjenesten stadig innsnevrer arbeidsområdet til den enkelte spesialist, forventes det at primærlegene skal mestre stadig flere og mer kompliserte oppgaver. Allerede i dag er kanskje primærlegearbeidet den mest krevende arbeidsplassen i helsetjenesten. Hvordan skal det bli i framtida?

Den forsømte og glemte(?) funksjonsdelingen

Den viktigste grenseflaten når det gjelder funksjonsdelinger i helsevesenet går mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette har stortingsmeldingen ikke fått med seg eller tatt konsekvensen av. Splittingen av ansvar og oppgaver på ulike forvaltningsnivåer fører både til uheldige spillsituasjoner som tar mye tid, krefter og ressurser, og manglende evne til å se og ivareta helheten i helsetjenestetilbudet. De gode, sammenhengende behandlingsskjedene blir ofte vanskelige å realisere. Pasientene er alltid den tapende part. Økende avstand og økende institusjonsstørrelse har en negativ

effekt i dette perspektivet. Hva institusjonsstørrelse har å si er omtalt i et lite sitert vers i en ellers ofte sitert helsepolitisk bibel, nemlig Kvinnslandsutvalgets utredning om sammenhengen mellom kvalitet og pasientvolum (6).

Et interessant funn er at når man i multivariate analyser kontrollerer for pasientrelaterte faktorer og spesifikt pasientvolum ved sykehuset, kan sykehusstørrelse per se (målt ved sengetall) slå ut som en negativ faktor for behandlingskvalitet. Dette kan bety at selv om økende sykehusstørrelse bærer med seg positive elementer fra et kvalitetssynspunkt (f.eks. stort pasientvolum og høy teknologisk standard), kan størrelsen også medføre presumptivt negative elementer relatert til f.eks. indre organisasjon, mangel på samarbeid og kommunikasjon avdelinger imellom, «pulverisering» av ansvarsforholdene omkring den enkelte pasient, etc.

Akuttberedskap

Akuttberedskap er eit nøkkelord. Den faglige utviklingen med tilhørende spesialisering og krav til stadig nye spesialister gjør det umulig å ha fullverdig akuttberedskap ved alle sykehus. Spørsmålet blir hvilken akuttmedisinsk beredskap som skal være igjen, og hvem som skal sørge for den. Med innføring av ortopedi som egen hovedspesialitet sidestilt med generell kirurgi, kan jeg ikke se at det verken er mulig eller økonomisk og faglig forsvarlig å opprettholde fullverdig akuttberedskap i kirurgi ved småsykehusene.

Derimot tror jeg en bør vurdere grundig om det ikke er rett å holde på indremedisinsk akuttberedskap dersom en reelt ønsker å opprettholde disse sykehusene i distriktene. Uten en akuttavdeling innenfor et tungt medisinsk fagområde er jeg redd spesialsykehusmodellen blir et tomt luftslott i distrikts-Norge slik helsepersonellsituasjonen er i dag. Når det gjelder kvalitetskravene til akuttbered-

skap i indremedisin, er disse i dag i ferd med å bli skjerpet ved at det ligger inne forslag om døgnkontinuerlig beredskap av røntgenlege. Kravet om røntgenlege i vakt er i sterk grad knyttet til behovet om å kunne tyde CT-bilder av hjerne-slagpasienter som øyeblikkeleg hjelp. Dette behovet bør kunne løses ved hjelp av telemedisin og røntgenlege til stede på annet sykehus.

Rundt en medisinsk avdeling burde det være mulig å få til ulike former for elektiv kirurgisk virksomhet, ulike polikliniske tilbud og dagbehandling, samt sengeposter eller avdelinger for ulike pasientgrupper feks. innenfor geriatri, rehabilitering og psykiatri, slik meldingen legger opp til.

Sykestuer legebemannet fra kommunchelsetjenesten er også foreslått som et element i framtidens småsykehus. Sykestuemodellen har mye positivt i seg, og blir allerede i dag praktisert i noen grad ved at mange sykehjem har senger for korttidsopphold. Sykestuer i større skala burde ikke by på kompetansemessige problemer for allmennlegene, men legedekningen må i tilfelle dimensjoneres til dette formålet. En må imidlertid også stille spørsmålet om avstandene rundt omkring i kongeriket er så store at sykestuer i større skala er en formålstjenlig løsning. Jeg tror ikke det er tilfelle mange steder.

Fødetjenesten

Fødetjenesten er om mulig en ennå heitere potet enn spørsmålet om akuttberedskap. Hvor er det best å føde? Det kommer an på hvem du spør. Spør du en som har vært gjennom en planlagt hjemmefødsel eller en normal fødsel på en nær, intim fødeavdeling ved lokalsykehuset får du et svar. Spør du en som har vært gjennom en komplisert fødsel der utfallet er forverret pga. mangel på faglig spisskompetanse, blir svaret et helt annet. Problemet er at det ikke

helt går an å skille ut risikoene på forhånd. Den perinatale dødeligheten er nå ca. 7 0/00 og blant de laveste i verden. Det er lite trolig at denne kan reduseres vesentlig mer. Sammenhengen mellom sentralisering og bedre resultat er ikke overbevisende. Det er også et tankekors at Nederland, der 30 % av fødslene er hjemmefødsler, har like lav perinatal dødelighet som oss.

Den lanserte fødestuemodellen for steder med under 400-500 fødsler i året, bygger på jordmødre i vakt. De gangene det oppstår uventede komplikasjoner, må den kommunale legevakten trå til. Kirurgene har definert seg som ikke kompetente til å bistå ved fødsler. Hvor rimelig er det da å legge dette ansvaret på primærlegene? De har i dag gjennomgående minimal kunnskap og erfaring i håndtering av fødsler og langt mindre når det gjelder kompliserte fødsler. Jeg tror det vil bli opplevd som et utålelig press for mange av disse legene å stå ansvarlig for akutte fødselskomplikasjoner. Den sterkt økende tendens til klager, mediafokusering og juridifisering av helsetjenesten, ikke minst innenfor fødselshjelpen, gjør ikke dette lettere. På grunnlag av disse forhold stiller jeg spørsmålsteget ved realismen til fødestuemodellen i de deler av landet der dette ikke allerede er en innarbeidet tradisjon.

Ambulansetjenesten

Endringer i akuttberedskap og fødetjeneste må få følger for ambulansetjenesten. Det vil være snakk om både en kapasitetsmessig og kompetansemessig opprusting. Behovet for følge av lege eller jordmor i bilambulans er en viktig problemstilling som direkte angår ressursene i kommunchelsetjenesten. I dag er ikke disse spørsmålene utredet, men departementet har satt ned et utvalg som skal se på hele luftambulansetjenesten og vil snart sette ned et annet utvalg som skal se på den øvrige ambulansetje-

nesten og den akuttmedisinske kjeden.

Hva med turnuskandidatene?

Sykehusene, og særlig småsykehusene, er helt avhengig av turnuskandidater for å få til levelige vaktordninger og arbeidsvilkår for de fast ansatte legene. Turnuskandidatene har også vært viktige i rekrutteringssammenheng, både i forhold til sykehusene og kommunene i nedslagsfeltet. Lakseeffekten kalles dette. I tråd med denne terminologien kan en kanskje si at nå som villaksen snart er borte, blir det ennå viktigere med lokale oppdrettsanlegg. Ved å gå inn på den funksjonsdelingen staten tilrår, vil det faglige grunnlaget etter dagens regelverk for å ha turnuskandidater, ikke lenger være oppfylt. Dette skjer samtidig med at utdanningskapasiteten økes kraftig og tallet på turnuskandidater vil øke tilsvarende. Denne problemstillingen er heller ikke drøftet i meldingen, men roper på en snarlig løsning.

Petter Øgar
Postboks 411
5801 Sogndal

Referanser

1. Småsykehus – fremtidige oppgaver og funksjoner. Helsedirektoratets utredningsserie 3-91.
2. NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene? (Hellasviktutvalgets innstilling).
3. Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi del 1 og 2. Statens helsetilsyns utredningsserie 9-94 og 1-96. (Haffnerutvalget).
4. Kvinnsland S, Enger E, Evensen SA, Førde OH, Kufaaas T, Roland P et al. Innstilling om forholdet mellom pasientvolum og pasientkvalitet. Oslo: Helsedirektoratet, 1993.
5. Faglige krav til fødeinstitusjoner. Statens helsetilsyns utredningsserie 1-97.
6. Forholdet mellom pasientvolum og behandlingskvalitet. Helsedirektoratets utredningsserie 4-93. (Kvinnslandsutvalgets innstilling).

Hvilke faktorer påvirker samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten?

Tekst og foto: Petter Øgar

Basert på et innlegg under Legeforeningens dagskonferanse i Oslo 4. februar 1997: Samarbeid mellom første og andrelinjetjenesten. Et sykehusvesen på allmennmedisinens premisser?

Det er en utbredt og klippefast tro på at det er store både kvalitetsmessige og ressursmessige gevinster å hente ved bedre samarbeid og samhandling mellom første og andrelinjen i helsevesenet. Jeg deler denne troen, men skulle nok ønske meg at kompetente miljøer i helsetjenesteforskning gikk sterkere inn og kartla de faktiske forhold. I det følgende vil jeg trekke fram og drøfte de faktorene jeg tror er viktigst for samhandlingen.

Funksjonskrav

En rekke mer overordnede mål og funksjonskrav kan og bør stilles til samhandlingen i helsevesenet. De fleste av disse gjelder også for andre sider ved helsetjenesten, mens noen er mer spesifikt knyttet til samhandlingen.

- Realisering av LEON-prinsippet. Det vil i stor grad være et spørsmål om ansvars- og oppgavefordeling.



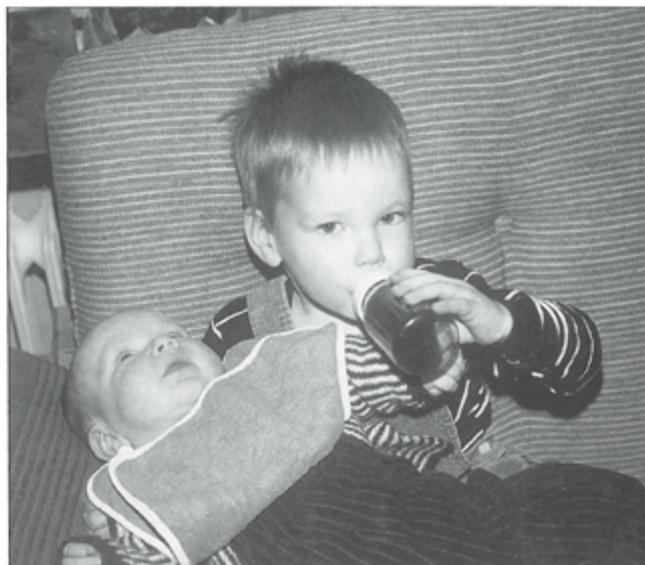
I samme båt? På vei mot samme mål?

- Sikring av god faglig standard.
- En tjeneste som setter pasienten i sentrum og ivaretar pasientens rettigheter på en tilfredsstillende måte. Sentrale elementer er medbestemmelse, forståelig informasjon, integritet og helhetlig tilnærming.
- Kostnadseffektiv drift.
- Bilateral læring og evaluering som ledd i kontinuerlig kvalitetsforbedring.
- God og lik tilgjengelighet i

samsvar med nasjonale helsepolitiske målsettinger.

Faktorer som påvirker samarbeidet

Det faktiske samarbeid er et produkt av en lang rekke faktorer og forhold. Flere av disse henger sammen eller griper inn i hverandre. Kommunikasjon er et gjennomgående og sentralt element i alt samarbeid og samhandling. Faktorer



Samhandling handler om å gi og ta, – men også om maktrelasjoner.

som påvirker kommunikasjonen, påvirker derfor også samarbeidet.

Kjennskap til og respekt for samarbeidspartneren

Kjennskap til og respekt for samarbeidspartneren er en grunnleggende forutsetning for god samhandling. Kjennskapen gjelder både forhold knyttet til personlige egenskaper, faglig kompetanse og hverandres arbeidsmessige virkelighet.

Stor grad av felles virkelighetsoppfatning

Etablering av et minimum av felles forståelse og virkelighetsoppfatning er en annen viktig forutsetning for å komme noen vei i samarbeidet. Virkeligheten har flere viktige elementer:

- Hva er en rimelig ansvars- og oppgavefordeling?
- Hvilke kjøregler skal gjelde i samhandlingen?
- Hva er god og riktig behandling av den aktuelle pasienten? Utarbeiding av faglige prosedyrebøker og konsensuser er viktige virkemidler for å finne omforente svar på disse spørsmålene. Skal disse få lokal aksept, må de berørte parter i rimelig grad være med på utarbeidelsen. Legeforeningens fylkesvise prosedyrepermer har tatt denne problemstillingen på alvor.

Samme språk eller tilstrekkelig ferdighet i den annens språk

Dette handler ikke om det økende innslag av utenlandsk arbeidskraft i norsk helsevesen, men om økende virkelighetsforskjeller innenfor den medisinske verden. Språk og virkelighetsoppfatning er knyttet sammen. Begge kan også ses på som kulturelementer. Bli virkelighetsoppfatningen og kulturene for forskjellige, er det vanskelig å finne et meningsbærende felles språk. Da blir samarbeid vanskelig. Den sterkt økende spesialisering med utvikling av egne fagspråk og forståelsesmåter skaper i denne sammenheng problemer som ikke bør undervurderes.

Arenaer for kommunikasjon og samhandling

Kommunikasjon og etablering av samarbeid forutsetter arenaer der dette kan skje. Vi har flere slike:

- En rekke møter, råd og utvalg av ulik type og formaliseringsgrad.
- Informasjonsteknologiske kontakter som telefon, elektroniske meldinger og telemedisin. Potensialet her er stort, og det er stadig sjeldnere teknologien som er den begrensende faktor. Intern organisering, arbeidsform og gamle «analoge» kulturer og holdninger er langt stø-

rre og vanskeligere flaskehalsar å utvide. I tillegg er det selvfølgelig legitime personvernhen-syn som skal ivaretas.

- Hospiteringsordninger. Det er et påtrengende behov for vertikal og sentrifugal hospitering i norsk helsevesen. Det er ikke bare statsråder som har behov for oppdaterings- og læringsøkter. Det er altfor mange i sentrale faglige, administrative og dels politiske fora som har for dårlig kjennskap til det utøven-de helsevesens virkelighet.
- En spennende nyskaping er en ordning med såkalte praksis-konsulenter. Allmennpraktikere med betydelig tiltro i egne rekker ansettes noen timer pr. måned av fylkeskommunen for å arbeide på ulike sykehusavdelinger. Her fungerer de som kulturarbeidere, bilaterale meningsbærere og katalysatorer for forståelsen og kommunikasjonen mellom nivåene. Ordningen er «oppfunnet» i Danmark med betydelig suksess og skyter nå knopper i Sverige og her i landet.

Maktrelasjoner

Samarbeid og samhandling handler også om maktrelasjoner. Ikke minst trer dette tydelig fram når omstillinger eller endringer skal

gjennomføres. De skjer ikke uten videre, og utviklingen vil generelt være sterkt avhengig av reelle maktforhold og hvem som er reelle premissleverandører. Avklarte, fornuftige og aksepterte maktrelasjoner er viktig for utvikling av godt samarbeid.

I St.meld. nr. 9 (1974-75) Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen heter det at: *Distrikthelsetjenesten skal omfatte helsevesenets basistjenester og være det fundament som de andre deler av helsetjenesten springer ut fra og støtter seg til.* Tidligere helseminister Werner Christie sa det slik (1):

Primærhelsetjenesten har det grunnleggende ansvar for helheten og kontinuiteten i den behandlingen pasienten får. Det er primærlegene som har de beste forutsetningene til å vurdere kvaliteten på sykehusenes tjenester. Primærhelsetjenesten bør derfor stille samordnede krav til 2.linjetjenesten og delta mer aktivt og pågående i debatten om denne tjenestens funksjon og utforming.

Det kan diskuteres om primærlegene har de beste forutsetninger for å vurdere kvaliteten på sykehusenes tjenester, men de er i alle fall i høyeste grad meningsberettiget. Og de har trolig de beste forutsetninger til å vurdere tilbudets sammensetning og dimensjonering i forhold til befolkningens behov. Dette er det ikke på langt nær tatt tilstrekkelig hensyn til. Fortsatt er andrelinjetjenesten altfor dominerende som premissleverandør. Årsakene til dette er flere, og det vil føre for langt å gå videre inn i problemstillingen, men forholdet er grunnleggende og uheldig ikke bare for samhandlingen mellom nivåene, men også for den øvrige utforming og evaluering av helsetjenesten. For primærhelsetjenesten ligger bla. utfordringen i å utvikle felles talerør som kan formidle denne tjenestens synspunkter med tilstrekkelig tyngde.

Holdninger

Holdninger til samarbeid og samarbeidspartene er viktig. Her ligger

den største utfordringen i grunnutdanningen og de holdninger som formidles og formes der.

Struktur og organisering

Struktur og organisering er også viktige rammefaktorer. Betydningen av intern organisering har jeg allerede vært inne på i tilknytning til bruken av informasjonsteknologiske hjelpemidler. Institusjonsstørrelse og avstand er to andre viktige stikkord. Betydningen av institusjonsstørrelse er omtalt i et lite

Spesialisering

Spesialisering blir da en naturlig neste faktor å nevne. Den sterkt økende spesialisering har bragt med seg mange fordeler, men den stiller større krav til samhandling og samarbeid samtidig som den gjør dette vanskeligere. Økt spesialisering fører til flere aktører, for ikke å si kokker, mer sentralisering og større institusjoner. Like viktig er at sterk spesialisering fører til økende avstand i virkelighet og kultur, hvilket gjør det vanskeligere å kommunisere.



På samme lag? – I samme divisjon?

sitert vers i en ellers ofte sitert bibel, nemlig Kvinnslandsutvalgets utredning om sammenhengen mellom kvalitet og pasientvolum (2). Her heter det:

Et interessant funn er at når man i multivariate analyser kontrollerer for pasientrelaterte faktorer og spesifikt pasientvolum ved sykehuset, kan sykehusstørrelse per se (målt ved sengetall) slå ut som en negativ faktor for behandlingskvalitet. Dette kan bety at selv om økende sykehusstørrelse bærer med seg positive elementer fra et kvalitetssynspunkt (f.eks. stort pasientvolum og høy teknologisk standard), kan størrelsen også medføre presumptivt negative elementer relatert til f.eks. indre organisasjon, mangel på samarbeid og kommunikasjon avdelinger imellom, «pulverisering» av ansvarsforholdene omkring den enkelte pasient, etc.

Kontinuitet

Kontinuitet er en sterkt undervurdert kvalitetsfremmende faktor når det gjelder en rekke forhold innenfor helsevesenet, ikke minst samarbeid og samhandling. Utvikling av samarbeid er en prosess som går over tid og tar tid. Det bygges gradvis opp ved gode erfaringer, og brytes ned av det motsatte. Tillit og personlig kjennskap virker sterkt befordrende på prosessen. Den kombinasjon vi har i dag av legemangel og utstrakt bruk av korttidsvikarar, gjør at kontinuitet mange steder er et fremmedord. Det er vanskelig å overvurdere den negative effekten dette har på etablering av fungerende samarbeid og samhandling.

Regelverk

Regelverk er en tradisjonelt viktig

rammefaktor. I forhold til samarbeidsproblematikken er trolig spørsmålet om henvisningsplikt viktigst. Dette er en av forutsetningene bak en fungerende portvaktfunksjon. Portvaktfunksjonen er i det hele svært sentral i forhold til hele samhandlingsproblematikken. Portvaktfunksjonen innebærer faglige vurderinger, effektivitetsvurderinger og prioriteringsvurderinger. En fungerende portvaktfunksjon forutsetter at en rekke vilkår må være oppfylt. Bla. må alle eller nesten alle veier til spesialisthelsetjenesten ha en portvakt. Det skal ikke mange ukontrollerte kollateraler eller by-passar til for at hele systemet undergraves. Henvisningsplikten er nevnt. Det er også en forutsetning at ferdigvurderte og ferdigbehandlede pasienter returneres til primærhelsetjenesten og ikke blir gående til unødvendige spesialistkontroller. Her er det spesialisthelsetjenesten som har

portvaktfunksjonen. Portvakter bestemmer ikke bare hvem som skal slippe inn, men også hvem som skal slippes eller vises ut.

Prioriteringsrollen til portvakten forutsetter at en vedkjenner seg et populasjonsansvar og har kjennskap til prioriteringsføringene og den populasjonen de skal utføres på. I dag er det svært varierende i hvilken grad allmennpraktikeren har mulighet til å definere noen klar pasientpopulasjon. I distrikts-Norge kan det ofte være rimelig greit, mens det i tettbygde strøk oftest er umulig. Innføring av en fastlegeordning vil dramatisk endre dette. Et fastlegesystem vil også sterkt kunne redusere doktorshopping og den undergravende effekt dette kan ha på portvaktfunksjonen.

Finansieringsordninger

Den siste faktor jeg vil nevne er finansieringsordninger. Om ikke

penga styrer alt, styrer de ganske mye. Det er klart at samarbeid og samhandlingsmønstre kan påvirkes i ulike retninger av ulike økonomiske virkemidler uten at jeg her vil gå videre inn på dette. Så lenge første- og andrelinjetjenesten er plassert i ulike forvaltningsnivåer, vil det alltid ligge an til ulike svar-teper-spill.

*Petter Øgar
Postboks 411
5801 Sogndal*

Referanser

1. Helseminister Werner Christie. Utposten 1993; 22: 16-9.
2. Helsedirektoratets utredningsserie 4-93: Forholdet mellom pasientvolum og behandlingskvalitet. S. 45.

Ledige plasser på Kommunelegekurset 1997, også for andre enn leger!

Årets spesialistkurs i samfunnsmedisin, Kommunelegekurset, har noen ledige plasser i høst. Kurset går på Folkehelse i Oslo fra **mandag 25. august – fredag 28. november 1997 (14 uker)**. Kommunelegekurset dekker kravene til teoridelen av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin, og teller også som spesifiserte kurs i spesialistutdanningen i allmennmedisin med i alt 175 timer innen videreutdanningen eller 180 timer innen etterutdanningen.

Kurset er også åpent for andre enn leger og teller nå som tre måneders utdanning ved Nordiska Hälsovårdhögskolan i Göteborg, hvor man kan gå videre til en mastergrad i folkehelsevitenskap.

Det tas opp inntil 25 deltakere, som alle må ha full permisjon fra arbeidsgiver. Inkludert et

skriftlig arbeid regnes kurset som ett semesters studium.

Den norske lægeförening (Dnlf) delfinansierer kurset med fondsmidler og har fastsatt kursavgiften til kr. 10.000. Fondet gir også litteraturstipend på inntil kr. 2.500 og borteboerstipend på kr. 20.000 til medlemmer av Dnlf. Kurssekretæren kan gi råd om bolig.

Informasjon om kurset og eget søknadsskjema er sendt til alle kommuner og fylkesleger. Nærmere opplysninger om kurset gis av kurslederen, overlege Jon Hilmar Iversen, tlf. 22 04 24 05, eller kurssekretæren Anne Karine Berg, tlf. 22 04 24 08, faks 2204 2595.

Søknaden sendes direkte til Seksjon for anvendt folkehelsevitenskap, Folkehelse, Postboks 4404 Torshov, 0403 Oslo.

Seksualitet og forebyggende tiltak

Skal vi forebygge seksualiteten eller problemene?

Forebyggingsstrategier

Tekst: Svein-Erik Ekeid



Svein-Erik Ekeid er fagsjef for smittevern og rådgiver i Statens helsetilsyn. Etter en karriere i det offentlige helsevesen og i allmennpraksis overtok han som den første ledelsen av arbeidet mot hiv/aidsepidemien i Helsedirektoratet. Etter seks år med dette arbeidet, flyttet han til Verdens helseorganisasjon, først i Alexandria, senere i København og i hovedkontoret i Genève, som regional aidsrådgiver i henholdsvis Midt-Østen og i Europa og som global sjef for assistanse til de nasjonale aidsprogrammene i verden. Fra våren 1995 har han igjen arbeidet i Norge.

(basert på et foredrag holdt på kurset Sexologi i allmennpraksis i Primærmedisinsk uke, 14. november 1996)

Innledning

Det vil kunne være lett å avvise spørsmålsstillingen i tittelen. På den annen side, kan det også hevdes at det i menneskehetens historie er utført minst tre meget stortilte sosiale forsøk med å forebygge seksualiteten, uten at en har fått færre problemer av den grunn. (Vi skal ikke her diskutere disse forsøksprotokollene, hverken som hygieniske tiltak eller om hensikten med forsøket var å finne en faktisk forebyggingsstrategi for problemene man allerede hadde innsett var innbakt i kjønnsdriften.)

Situasjonen i dag er at vi har en rekke problemer, både av samfunns-, mellommenneskelig og individmedisinsk art, knyttet til seksualiteten og dens forskjellige uttrykksformer. I det følgende vil jeg primært konsentrere meg om den samfunnsmedisinske siden, og særlig om kunnskap og erfaring som vedrører seksuelt overførbare sykdommer (til forskjell fra andre samfunnskonsekvenser av vårt syn på seksualiteten, som f.eks. seksualisert vold, o.lign., og til forskjell fra f.eks. reproduktiv helse, som infertilitets- eller abortproblematikk m.m.)

Seksuelt overførbare sykdommer

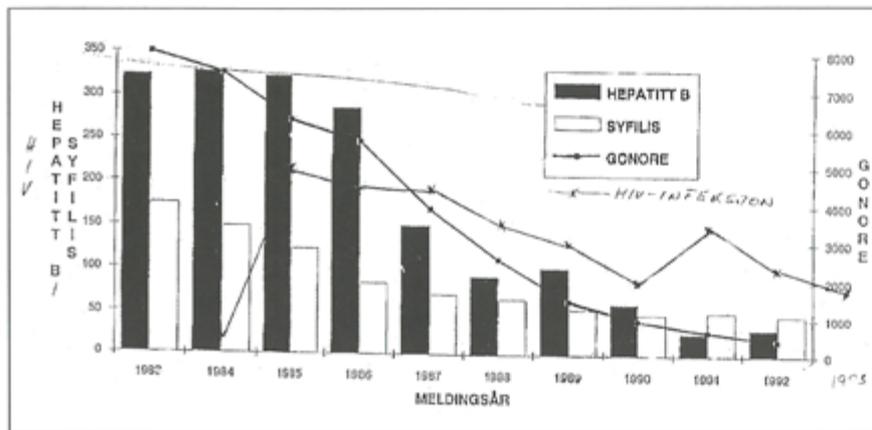
Det kan vel ikke være tvil om at i – såvel historisk som – global sammenheng er problemene her i landet minimale. (Figur 1) Spørsmålene som melder seg må bli: Hvordan og hvorfor har vi en så pass tilfredsstillende situasjon hva angår SOS i Norge?

Det er vel med disse infeksjonssykdommene, som med de fleste andre, at allmennheten tillegger

medisinens utvikling i vår del av verden mesteparten av æren. Og det er vel sannsynligvis like galt som å anta at f.eks. tuberkulosen forsvant i samfunnet p.g.a tilgjengeligheten til antibiotika. Det har lenge vært en akseptert medisinsk sannhet at det er den sosiale og samfunnsmessige utviklingen som står for hovedforklaringen, mens vaksinasjon og antibiotika bare tar seg av et restproblem.

Og her ser jeg en analogi. Tilgang til lys og frisk luft samt avskaffing av usunne boligforhold tok knekken på tuberkulose. På samme måte, vil en fortsatt sosial opplysning av seksualitetens mørke, og utlufting av såvel lyse som mørke kroker måtte være hovedstrategien for løsning av seksualitetens infeksjonsmedisinske problemer, mens påpeking av behovet for å ta forholdsregler ved seksuelt samkvem, dvs «propaganda» for å ha og legge til rette for «ikke-ubeskyttet sex» (bruke kondomer), – samt medikamentene -, reserveres for restproblemene.

For meg blir det en logisk konsekvens av et slikt grunnsyn at vår profesjon også må passe seg for å overmedikalisere problemene ved seksualiteten, og også med SOS. Vi har med et mangefasettert og multideterminert problem å gjøre – derfor må tilnærmingen være multiprofesjonell og må finnes ved felles, og samtidig innsats i flere samfunnssektorer (eller multisektorielle løsninger- om dere vil). På bakgrunn av min globale erfaring fra Verdens helseorganisasjon, har jeg trukket den slutning av vi ser dette ennå tydeligere i andre deler av verden, hvor seksualitetens kår ligger dårligere an enn her hos oss.



Figur 1. Insidens av noen seksuelt overførbare sykdommer, Norge, 1982 – 92, tilfeller meldt til MSIS.

Multisektorielle løsninger

Det tør være velkjent at WHO's hovedstrategi for aids-forebygging har vært basert på en multisektoriell tilnærming.

Etter min mening er det ikke noen grunn til ikke å legge den samme forutsetning til grunn for vellykket forebygging av de øvrige seksuelt overførbare sykdommene. Poenget er jo at seksualitetens kår må vernes og fremmes på flere nivåer samtidig, hvis vi skal komme problemene (også SOS-problemene) til livs: på samfunnsnivå, på det mellommenneskelige nivå og på det individuelle nivå.

Et hovedansvar vil naturlig nok ligge på helsesektoren, som initiativtaker til og samordner av innsatsen, både i form av overvåking og, først og fremst analyse, av den epidemiologiske situasjonen, av vurdering av handlingsalternativer og som aktiv pådriver på og rådgiver til de øvrige sektorene, det være seg i rusmiddelspørsmål, i sosialtjenesten, i arbeids- og næringslivet, i Forsvaret og, *ikke minst*, som rådgiver i skole- og undervisningssektoren.

Men helsetjenesten må ikke tro at den kan og skal påta seg oppgaven alene; og leger må ikke tro at seksuell helse først og fremst er et legespørsmål. Skal vi nå videre frem, må alle gode krefter forenes; og tiltakene må først og fremst rette seg til barn og unge. Det kan også være grunn til å minne om at

helsetjenesten ikke bare omfatter medisinske profesjoner – vi har behov for råd fra og samvirke med samfunnsvitere og «samfunnskunere» av alle slag.

Men tilbake til de mange nivåer: Det dreier seg altså om såvel seksualitetens kår *generelt* i samfunnet, kulturelle og sosiale konvensjoner og holdninger til seksuell interaksjon *mellom individer* og den *individrettete* forebygging og behandling. Når det gjelder det siste vil jeg gjerne legge spesiell vekt på at denne altfor ofte er preget av en «mer av det samme»-tilnærming. Pasienten som kommer tilbake gang på gang med en ny SOS, trenger sannsynligvis *noe annet* enn bare gjentakelse av det budskap og den behandling han/hun fikk forrige gang, og forrige gang, og forrige gang igjen.

Og på samfunnsnivå, såvel som i forhold til å få endret kulturelle og sosiale seksuelle stereotypier i mellommenneskelig interaksjon, er *skole og samfunn* stikkordene. En kan si det så sterkt (tror jeg) at hvis ikke skole og samfunn hadde *sviktet* i sin oppdrager- og opplysningsgjerning, ville helsevesenets behov for innsats både på det forebyggende og behandlende plan være betydelig mindre.

For å eksemplifisere behovet for en multisektoriell strategi, ser vi på en oversikt over tiltak som beviselig har hatt en god virkning i land i den industrielle verden som vi

- Medie-kampanjer
- Metadon-program
- (Hjelp til dannelse av hiv-positives selvhjelps-grupper
- Hiv-rådgivning og -testing
- Opplysningstiltak i høyriskomiljøer (barer, seksuelle arenaer, m.fl.)
- Oppsøkende tiltak blant personer med potensiell høyriskoatferd (menn som har sex med menn, stoffbrukere, sexarbeidere, innsatte, m.m)
- Rådgivningskontorer og -telefoner
- Utdanningstiltak for barn og unge
- Etablering av et tillitsvekkende behandlingstilbud for hiv-positiv og aids-syke (som omfatter medisinske, sosiale og psykiatriske tjenester, m.m.)
- Økt egenorganisering blant personer i faresonen

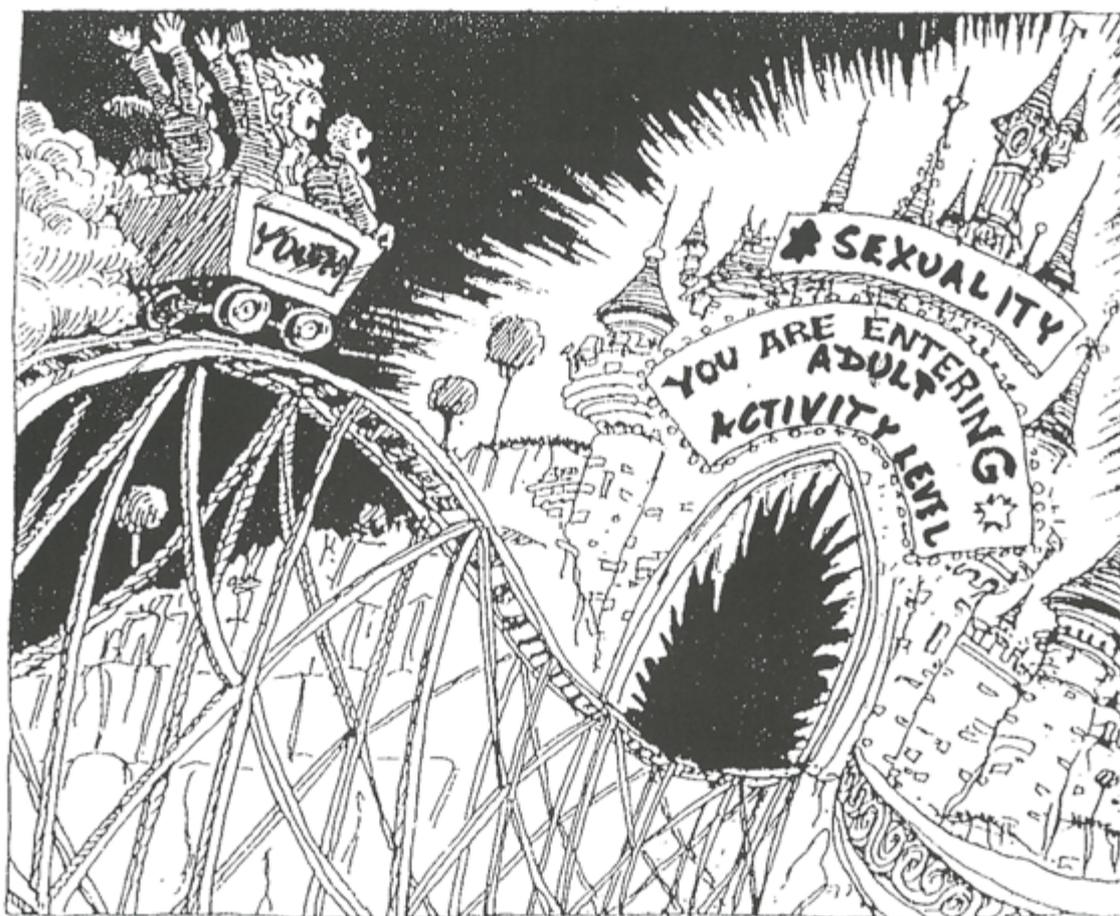
Modifisert etter T.J. Coat et al. Lancet, Vol 348

Figur 2

ellers liker å sammenligne oss med. Eksemplet gjengitt i figur 2 er hentet fra en artikkel av Coates og medarbeidere som nylig ble publisert i «The Lancet». De har studert situasjonen i en rekke industrialiserte land, og sett på hva som skiller land med positiv hiv-epidemiutvikling fra land med en negativ utvikling av epidemien. (Tiltakene er nevnt i tilfeldig rekkefølge, altså ikke rangert etter effektivitet)

Det er heldigvis en lang liste, og skulle til fulle vise behovet for multiprofesjonell samhandling og multisektorielt arbeid. Noen av tiltakene er klart medisinske (både i betydningen helsetjeneste-organiserte og i betydningen legearbeid), men her er det behov for innsats fra andre profesjoner og i andre innfatninger enn i den tradisjonelle helsetjenesten og i det offentlige regi.

Men skal vi nevne «samråderett», må vi først og fremst under-



 Statens helsetilsyn

streke både den samråderett som hver enkelt av oss har behov for skal eksistere mellom de profesjonelle hjelpere og, og ikke minst, den samråderett og -plikt vi har oss imellom som seksualpartnere.

Det har vært en del av norsk hiv-strategi fra arbeidets begynnelse at «en må kunne si ja for å kunne si nei». Senere har forskere kommet til samme resultat, og fortalt oss hvor vesentlig dette er. Et hovedpoeng er derfor styrkingen av gode kulturelle og sosiale normer for atferd i seksuell kontekst: trygghet, kjærlighet og ansvar.

Den siden av seksualiteten som vi kanskje bør legge minst vekt på overfor de unge er SOS-problemer knyttet til seksualitet. Først og fremst skal vi fremheve en godkjenning av erotikkens lyse og gode sider, før vi begynner å vise fargebilder av syfilitiske sår og utflod fra urethra, og før vi snakker

om fare for sterilitet, sykdom og død. (Ikke det at disse sidene skal underslås, men det skal ikke være hovedbudskapet.)

Det nytter ikke å skremme ungdommen vekk fra de seksuelt overførbare sykdommene. Angst har en kortvarig effekt, og kan hos individer med svakt seksuelt selvbilde ha en paradoksal effekt – Øker omfanget av angst, øker sjansetakingen parallelt. Også fordi angst ofte fører til at rus blandes med kjønnsdrift. Samtidig er det slik at folk flest har den erfaring at «som oftest går det ikke så galt» – noe som medvirker til økt sjansetaking.

Det står fast som et ubestridt faktum at det på alle måter er enklere å etablere gode vaner når en starter med noe, enn å endre dårlige vaner når en først har etablert dem som atferdsnorm.

Konklusjon

Vi må gripe dem unge og hjelpe dem å forme sitt seksuelle selvbilde på en positiv og god måte. Budskapet må understreke seksualitetens, erotikkens og sensualitetens gode sider og den fornyende, positive kraft som ligger i kjærlighet og seksuell glede.

Vi står altså igjen med disse to stikkordene: *åpenhet og ansvar*. Eller som uttrykt på en av de første hiv-kampanje plakatene fra Østerrike: «*Schutz aus Liebe*» og fra Danmark: «*men størst af alt er kjærlighed*»

*Lege Svein-Erik Ekeid
Rådgiver, Fagsjef for smittevern
Avd. for samfunnsmedisin, Statens
helsetilsyn*

APLF-kurs

«Primærlegen og medarbeideren»

4. – 6. september 1997, Soria Moria, Oslo

Kurset setter spesielt søkelyset på organisering og samarbeid mellom lege og medarbeider i allmennpraksis. Kurset vil veksele i form mellom foredrag, gruppearbeid, diskusjon og miniseminarer. Pausene er også viktige!

Kursavgift: kr. 1700,- Dekkes ikke av Fond II

Hotellpriser:

Fullpensjon dobbeltrom kr. 650,- pr. person

Fullpensjon enkeltrom kr. 880,-

Med frokost dobbeltrom kr. 450,- pr. person

Med frokost enkeltrom kr. 650,-

Legens reise og oppholdsutgifter kan søkes dekket av Fond II.

Pris på festmiddag: kr. 300,-

Påmeldingsfrist: 30. juni 1997

Tellende kurstimer: 19 timer til spesialiteten i allmennmedisin

Med vennlig hilsen kurskomiteén

Tove Rutle Kari Beckmann Helge Worren
medarbeider primærlege primærlege

Bindende påmelding til:

APLF-kurs «Primærlegen og Medarbeideren» 1997
(4.–6. september)

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

Påmelding innen 30. juni 1997 til:

RMR – kursarrangør, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

PROGRAM

Torsdag 4. september

09.00 – 10.00 Ankomst/Registrering/Kaffe – Te

10.00 – 10.30 Velkomst/Åpning **Møt presis!**

10.30 – 11.15 Hva bør vi, hva gjør vi? Vår etikk og vårt ansvar i forhold til pasientene, praksisen og hverandre. *Kommunelege John Nessa*

11.15 – 12.00 Gruppearbeid

12.00 – 13.00 LUNSI

13.00 – 13.45 Primærlegen og medarbeideren – fungerer enheten? Myter og sannheter om samarbeid. *Allmennpraktiker Sten Erik Hessling*

13.45 – 14.00 Pause

14.00 – 15.15 Gruppearbeid i praktisk samarbeid

15.15 – 16.00 Er vi rettsløse? Våre rettigheter i forhold til pasienter, myndigheter og media. *Fylkeslege Geir Sverre Braut og jurist Martin Hermansen*

16.00 – 16.45 Den vanskelige pasient – en fiks idé? *Allmennpraktiker Svein Slagsvold*

Sang- og viseaften

Fredag 5. september

09.00 – 09.15 God morgen!

09.15 – 10.00 Astma og barn – hva er problemet? (del I)
Professor dr. med. Kjell Aas

10.00 – 10.15 Pause

10.15 – 11.00 Astma og barn – mange problemer, mange løsninger? (del II)
Kjell Aas

11.00 – 11.45 «Følger du ikke med eller...?» Hva gjør du for å holde deg faglig oppdatert? *Allmennpraktiker Anne Mathilde Hanstad og medarbeider Anne Siri Ødegård*

11.45 – 12.15 Gruppearbeid

12.15 – 13.45 LUNSI + muligheter for liten tur i Marka, joggetur eller svømming

13.45 – 14.00 Samling i plenum – introduksjon til miniseminarer

14.00 – 15.30 Miniseminarer (gruppen deles i 2)

I) ...og så kom Ola TRYGDason...

Praktiske trygdespørsmål – *allmennpraktiker og trygdelege Bern Daltveit*

II) Legekontoret – rot og tilfeldigheter?

Konkrete spørsmål og råd om hvordan vi ordner vår

hverdag. *Allmennpraktiker Kari Beckmann og medarbeider*

Pause underveis

15.30 – 16.15 Vi vil så gjerne, men får det ikke til... Hva skal til for å få til endringer i praksis? *Psykolog Terje Pettersen*

16.15 – 17.00 CRP og streptest – hvor nyttig er det?

Allmennpraktiker og stipendiat Morten Lindbæk

Festaften med festmiddag

Lørdag 6. september

09.00 – 09.15 God morgen!

09.15 – 10.00 «Det kan vi ikke prioritere...» Gjør vi de rette tingene på rett måte? Hva mener myndighetene og hva mener vi? *Allmennpraktiker Helge Worren*

10.00 – 10.45 Alternativ medisin – også god medisin? *Allmennpraktiker Stig Bruset*

10.45 – 11.00 Pause

11.00 – 11.30 «Hvordan har vi det i dag?» Om medarbeiderundersøkelsen. *Medarbeider Tove Rutle og medarbeider Kari Svarttjern*

11.30 – 12.15 Stygt eller pent – forandrer det oss?

Tegner og reklamemann Hans Christian Rød

12.15 – 12.30 Avslutning og kursbevis

Lunsj og avreise

Navn:

Sett kryss: Primærlege Medarbeider

Adresse:

Arbeidsstedsadresse:

Tlf. (arbeid):

Tlf. (privat):

Evt. faxnr.:

Ledsagende medarbeider/primærlege:

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

Hvis ja: Ankomstdato: Avreisedato:

Fullpensjon: Ja Nei

Dobbeltrum: Ja Nei

(Hvis ja, angi hvem du skal dele rom med

Jeg ønsker å delta på festmiddagen 5. september: Ja Nei

En skolelege krysser sine spor

En medisinsk historisk reiseskildring fra virkeligheten

Tekst: Jan E. Kristoffersen



1953 modell, Oslo-gutt, spesialist i allmennmedisin, erfaring fra distrikts-Norge og det sentrale Østland. Flere anfall av samfunnsmedisinsk arbeid i Oslo Helsesråd og Helsedirektoratet, nå i gruppepraksis kombinert med deltids forskerstilling.

Som en uheldredelig nostalgiker med utpreget sans for alt som er gammelt har jeg gjennom årene funnet at yrkesvalget som lege på mer enn en måte var riktig for meg. Uansett hvor jeg har arbeidet, i sykehus, offentlig helsearbeid eller almenpraksis i by og i distrikt, har historien alltid ligget i krokene og sittet i veggene, og nesten alltid vært lagret på loftet i form av alt fra antikverte medisinske instrumenter til hundre år gamle medisinalberetninger og koppevaksinasjonsprotokoller.

Jeg tror mange kolleger har registrert dette fenomenet, og på samme måte har kunnet glede seg

over at historien er så nær at man formelig og fysisk kan se og berøre den og fascineres av den. Kanskje er det en av de få gevinster av ressursfattigdommen i helsevesenet at vi nærmest tvinges til ikke å glemme den nære fortid.

Ikke fullt så hyggelig er det når man blir tvunget til å *jobbe* i fortiden. Jeg skal fortelle en historie om det. Som historier flest er min historie subjektiv, uten formelle referanser, ikke et resultat av en dobbel blind design, egnet til å forarge, lett å angripe, og lett å oppfatte som et usaklig lyskespark til en del av vårt helsevesen som allerede ligger nede og blør stygt.

Når jeg allikevel forteller min historie er det fordi jeg tror at også usaklige beretninger om subjektive erfaringer kan være nyttige innspill for å skape en debatt om skolehelsetjenesten blant leger og på legers premisser.

Det er elleve år siden jeg sist var skolelege på denne barneskolen i en mellomstor Østlandskommune. Jeg er tilbake i denne deltid-

sjobben fordi jeg er pålagt det av helsesjefen, og som driftstilskuddsmottager avtaleforpliktet til å stille opp. For elleve år siden var jeg nyutnevnt almenpraktiker Dnlf, og gikk løs på en hver ny oppgave med entusiasme og overbevisning om at denne jobben var viktig, og at jeg skulle bidra til å gjøre mitt beste. Det tok allikevel ikke lang tid før jeg trøtnet i mine bestrebelsers på å skape fysisk, psykisk og sosialt veltilpassede og lykkelige skolebarn, men skjebnen og nye jobber andre steder løste problemet for meg.

Mitt perspektiv har endret seg med årene. Erfaring har lært meg å være skeptisk, og noen vil sikkert si kynisk, her jeg sitter en februar-dag i 1996 og skuer ut over min nye arbeidsplass.

Allikevel vil jeg fremheve at jeg faktisk har gått til oppgaven med tanker om å gjøre dette ordentlig. Jeg har blant annet lest meg opp på fylkeslegens omfangsrike veileder for skolehelsetjenesten, og pusset støv av Anders Grimsmos bok



Legekort

NORGES
IDRETTSFORBUND

- Barn/ungdom (fra og med fylte 13 år og inntil fylte 17 år)
 Voksen (fra og med fylte 36 år —)

Navn

Født/.....

Idrettslag/skole

Bl. nr. 10. Oktober 74. 50 000.

om skolehelsetjenesten fra slutten av 80-tallet.

Blant annet Grimsmos arbeid, og tallrike publikasjoner fra inn- og utland har jo revet bort mye av fundamentet for den somatiske screening som fortsatt drives, men det har vært mye spennende prosjektbasert fagutvikling for å gjøre det forebyggende psykososiale arbeidet bedre. Mye av det fagutviklingsarbeidet som har vært gjort er verket til helsesøstre med interesse for å utvikle sitt fag, mens legenes rolle har vært begrenset.

Dokumentasjon på at gamle

eller nye forebyggingsstrategier virker og er implementerbare utenfor rekkene av entusiastiske forebyggings-salvasjonister bedømmer jeg etter fattig evne til å være meget sparsom.

Mitt dacaponummer på den skolemedisinske arena er som leseren nå har forstått preget av laber motivasjon, men dog en ørliten forventning om at gode ting vel må ha kunnet skje under mitt elleve-årige fravær.

Første arbeidsdag innledes med en gjennomgang av utstyret på skolelegens kontor.

Kontoret er et rom på 3,5 x 3 meter. Heldigvis er det en dør inn til et lagerkott i den ene enden av rommet, for innerst i dette kottet henger vår Snellens tavle, med mulighet for 5 meters leseavstand. Tavlen er noe preget av elde der den henger i en gammel lyskasse med vintermorgengule, sacralt utseende kjerter av noen lamper til belysning.

Det viser seg allikevel at de mest skarpsynte førsteklasingene klarer å lese til visus 5/5. Alle de andre får jeg ikke gjort noe nærmere undersøkelser av, fordi det ikke finnes noe brillekasse som jeg kan bruke hvis jeg mistenker en hypermetropi, en overakkomodende småpik, eller en og annen myopi i utvikling. Jeg tenker at det er slik fordi at ingen leger før meg på dette kontoret har tenkt at det var noe vits i å oppdage synsfeil hos 7- til 13-åringer. Har de tenkt det med velbegrunnet støtte i litteraturen, eller av ren sløvhets og resignasjon?

En far kommer inn med sin datter. Far er en av de innfødte, og begynte selv på denne skolen i 1964. «Jøss, jeg tror kontoret er helt urørt siden jeg gikk i første klasse jeg, jommen artig å se det igjen! Men jeg husker den benken – den var vi redde for alle sammen!»

Han peker samtidig bort på undersøkelsesbenken. Den er spesialbygget for dette kontoret hvor ingen disponibel vegg kan mestre mer enn halvannen meter benk. Som kompensasjon for manglende lengde er den ca en meter og tyve høy, og utformet med et massivt treunderstell og en overdel i snusbrun shirting med patinerte messingnagler. Jeg tipper den er laget rundt annen verdenskrig, sannsynligvis av en delvis snekkerkyndig vaktmester.

Fargesynstavlene i hylla er gode gamle Ishihara, men denne gang i utsøkt VSOP tapning. Det dreier seg om intet mindre enn tredje opptrykk av 9. utgave, London 1944. I forordet står det:

The Series of Plates

designed as

Tests for Colour-Blindness

By

DR. SHINOBU ISHIHARA,

Professor of Ophthalmology, Imperial University
of Tokyo

9th edition

(COMPLETE EDITION)

32 PLATES

(Reprinted 1943)

LONDON

H. K. LEWIS & Co. LTD.

1944

(Second Reprint)

SKOLEBARNNS HELSE



«In response to the demand for this work from all three branches of the Services, as well as from many medical men engaged in the examination of personell, it was decided to apply to the patent office for the necessary licence to reprint, the work being copyright by the Berne Convention.. Royalties on copies sold are paid to the Custodian of Enemy Property, and are held by him until the conclusion of the present war.»

Jeg overmannes et øyeblikk av historiens sus, mens jeg tenker på at kanskje nettopp denne synstavlen avgjorde unge menns skjebne i en historisk stund, denne anonyme sortkledde japaner som valgte

ut «the brave young lads» til ære og død i en Spitfire over den Britiske kanal eller blodslit og død som fargeblind fotsoldat ved El Alamein . . . Og etterpå kom japaneren kanskje til Norge som alliert bistand til de tidligere okkuperte land.

Imidlertid forteller denne bleknede og kaffeflekkede boken meg også at selv den verste pessimist i Londons råvarefattige trykkeribransje i 1944 ikke valgte trykksverte- og papirkvaliteter gode for ytterligere 52 års krig!

Vi er i 1996 igjen. Mor med datter på kontoret, sier med en umiskjennelig skepsis i stemmen:

«Hennes eldre bror var jo nærsynt, uten at det ble oppdaget her, men det er vel heller ikke rare sjekken dere får gjort med det dårlige utstyret dere har!?» Jeg samtykker inne i meg selv, samtidig som jeg prøver å forklare et nærsynthet ofte utvikles i prepuberteten, og at det slettes ikke er sikkert at noe ble oversett ved førsteklasse-undersøkelsen av storebror Ole. Hun ser på meg med det tvilende blikket som vi alle kjenner og som forteller meg: « Dere leger dekker nå alltid over kollegers feil!» Men hun sier det ikke høyt. Ikke denne gangen.

En annen mor: «Kim Andre hadde en bilyd da han var mindre, kan du høre noe nå?» Jeg auskulterer, kan ikke høre noe galt, men stetoscopet er av den aller billigste typen som ikke har klokke, bare membran, og knapt egner seg til annet enn BT-måling. Diastoliske bilyder blir litt leie å høre da. Men, tenker jeg, det har vel ikke vært noen interesse for å høre diastoliske bilyder hos de doktorne som har vært her tidligere da. Og kanskje er det ikke så farlig heller hos tilsynelatende friske barn? Eller hva vet vi om det?

Mens vi snakker om blodtrykk, så er jo ikke det noen veldig aktuell problemstilling i grunnskolen, men det står nå et blodtrykksapparat her. Det er et Erkameter 300 Original, sikker 50-taller med tidsriktige og sprukne grønne slanger og en ballong så hard som en golfball. BT-apparater skal ettersees og justeres årlig heter det seg vel. Mulig at internkontrollen kan ha sviktet her.

Imidlertid har den nye tid gjort sitt inntog på et felt. Skolelegens kontor er nemlig utstyrt med en elektrisk skrivemaskin fra tidlig 80-tall, en Hermes Toptronic med skrivehjul og rettetast! Min glede slukner raskt når jeg innser at skrivemaskinen er i ustand, og at tykkelsen på støvlaget på valsen indikerer at det har vært slik en stund.

Noen telefon finnes ikke på legens kontor, så for å kommuni-

Hva alle bør vite om AIDS

Hvordan AIDS ikke smitter:

ikke ved vanlig sosial omgang
ikke om du tar på en som er smittet eller syk
ikke om du bruker samme toalett som en som er smittet eller syk
ikke om du bor sammen med en som er smittet eller syk
ikke om du klemmer en som er smittet eller syk
ikke om du spiser sammen med en som er smittet eller syk
ikke om en som er smittet eller syk hoster på deg
ikke gjennom kontrollert blod og blodprodukter (Leks. gammaglobulin)
ikke gjennom hel hud
ikke ved insektstikk
ikke gjennom næringsmidler og vann
ikke ved bading

De lokale helseråd vil etter hvert stå til rådighet med ytterligere informasjon og bistand.

sere med omverdenen må jeg ut til helsesøster. Hennes værelse fungerer som helsesøsterkontor, audiometrikabinett og venteværelse. Helsesøster deler riktignok en telefonlinje med skolens inspektør, men herfra kan man ringe, og eventuelt snakke om sensitive ting når rommet en stakkert stund er tomt for fedre, mødre eller skolebarn.

Men nye utfordringer venter en moderne skolelege. Ører skal undersøkes, og noen av dem er små, og mange har cerumen i seg. Vattpinnene som finnes er av et format som gjør dem riktig hendinge i andre og større av kroppens hulrom. Øretuber i barnestørrelse har ingen spurt etter før i følge helsesøster. Cerumenhaker finnes ikke.

Jeg konkluderer med at på dette kontoret har ingen lege brydd seg om å se ordentlig på trommehinner på mange år, hvis de da ikke har medbragt privat utstyr for å avhjelpe den kommunale armod. Om det så i det hele tatt har spilt

noe rolle kan ingen av oss svare på, for vi vet jo lite eller ingenting om helsekonsekvensene av uselektert hørselsscreening og øreundersøkelser.

Vekten vi veier barna våre på er fra 1951. Sist justert: 1951. Den er nokså treg i loddsliden, og man kan saktens lure på hvor presis den er etter 45 års bruk. På den annen side er det jo så langt jeg vet ingen som har kunnet dokumentere at veiing av skolebarn har ført til noe bra noen gang. Kanskje det heller er stener til byrden for de som av forskjellige grunner utvikler spiseforstyrrelser?

Jeg tar en kikk bort i brosjyrehylla for å se om jeg har noe å lære der. En brosjyre til mor og far om skolebarns helse refererer til store idrettsmenn som Håkon Brusveen og Carl Fredrik Bunæs som gode forbilder for den oppvoksende slekt. Tidlig 60-taller er min diagnose. Sannsynligheten er stor for at mine egne foreldre har lest i denne om «barneselskaper – et gode eller et onde?» og andre viktige tema. Selvsagt finner jeg «veiledning i fotgymnastikk» og «legekort» fra Norges idrettsforbund, 1974 utgave. Helsedirektoratets aller første publikumsbrosjyre om AIDS lyser opp i sin nesten nytrykte glans. Det var en veldig god brosjyre – i 1985.

Dagen går mot slutten. Jeg har måttet erkjenne at det siden 1985 har skjedd – ingenting. Kontoret er uhensiktsmessig, gammeldags, feilutstyrt, mangelfullt utstyrt, og kan ikke brukes til forsvarlig legevirksomhet. Allikevel har leger kommet og gått, og formodentlig gjort sin plikt ved å nedfelle de nødvendige kryss og kommentarer på skolebarns helsekort, kontrollert scolioser og pes planus, og henvist til øyelege de som ikke så helt inn i bunnen av legens kott.

Helsesøstrene ved denne skolen har jobbet jevnt og godt og trutt i alle år og gjort de viktige jobbene med vaksinasjoner o.l. på en forbilledlig måte. Det eneste de kan bebreides for er en enestående tål-

modighet og beskjedenhet som har gjort dem i stand til å arbeide under slike forhold.

Vår del av tjenesten er imidlertid vårt ansvar som leger. De fleste av oss har latt skolelegerollen være et uengasjert pliktlop, og flyktet fra den så fort vi har kunnet, over i våre spennende, dynamiske og mer lukrative almenpraktikerhverdager.

I dag fremstår skolelegetjenesten som jeg og mange kolleger kjenner den omtrent som et stykke rakfisk – den er ikke ordentlig dau, den er bare skjemt og glemt!

Det minste vi kan gjøre som leger er å enten behandle den slik at den friskner til, eller, hvis vi er enige om at den ikke kan overleve, gi den adekvat omsorg ved livets slutt.

For å få til dette må vi utfordre de sentrale helsemyndigheter, som for tiden reviderer veiledninger for det forebyggende arbeid i skolen. Vi må fortelle dem at det er DE som må gi tjenesten et konkret og meningsfylt innhold basert på KUNNSKAP om hvilke helsetilbud for skolebarn som gir en hel-segevinst.

Hvis det IKKE er KUNNSKAP men bare ideologi og fraser og fromme ønsker som tilsier at legen i skolen skal videreføres og utvikles, har de sentrale helsemyndigheter et stort problem. I dag er det nemlig bare entusiastene som overlever i tjenesten, og entusiasmen er ikke så slitesterk i en hverdag hvor meningen med arbeidet er så utydelig, de fysiske arbeidsforhold elendige og regelrett degraderende for helsepersonellens anseelse og selvfølelse, og Felleskatalogen er fra 1989.

P.S: Nå som vi kan hende får et nasjonalt medisinsk historisk museum vet jeg om et ekte gammelt skolelegekontor i nydelig originalstand som kan innlemmes i samlingen!

Jan E. Kristoffersen
Stiftelse for helsetjenesteforskning
Postboks 55
1474 Norbyhagen

Foreldreundersøkelsen 1995

– noen kritiske bemerkninger

Tekst: Liv Tønjum
og Margaret Torbjørnsen

Det er flott at Barne- og familiedepartementet, Sosial- og helsedepartementet og Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet har satt igang et samarbeidsprosjekt med sikte på å styrke foreldrerollen. Samtidig kartlegges behov ved hjelp av ny og pålitelig forskning. Vi skal her se nærmere på en slik kartlegging i Foreldreundersøkelsen 1995 av Magne Raundalen og Rolf Gjestad, en undersøkelse som etter vår mening er et eksempel på dårlig og lettvtint forskning. Rapporten er sendt ut til samtlige helsestasjoner i landet.

Foreldreundersøkelsen 1995 er en landsdekkende spørreundersøkelse som har til formål «å få en viss oversikt over hva småbarnsforeldre strever med av spørsmål og problemer knyttet til barneoppdragelsen». Vi merker oss at Barne- og familiedepartementet har gitt støtte til denne undersøkelsen. Forskerne har valgt å bruke helsestasjoner og barnehager som arenaer for rekruttering av deltakere. Spørreskjemaene og informasjonsbrev ble sendt med posten til helsestasjonene og barnehagene, og distribuert direkte til foreldrene. Svarprosenten fra helsestasjonene var 44,5 og fra barnehagene 20,0, altså svært lav. Forfatterne vedgår at det er viktig å analysere årsaken til lav svarprosent, uten at de gjør det. De oppgir at spørreskjemaet ble sendt ut til 1313 foreldrepar og at 924 foreldre svarte på skjema. Betyr dette at 462 foreldrepar har svart? Vi har problemer med å få de oppgitte tallene til å henge sam-

men. Det er ikke lett å forstå om prosentene som oppgis refererer til antall par som svarte eller antall personer. Antall helsesøstre ble også bedt om å svare i denne undersøkelsen. Hverken antall helsesøstre som ble spurt eller svarprosent er oppgitt i sammendraget. Aleneforeldrene er underrepresentert i undersøkelsen, og dette ble kompensert med arrangerte foreldremøter i barnehager med en kjent og stor andel av aleneforeldre. På disse foreldremøtene brukte forskerne tilpassete spørreskjema. Det virker på oss som om det er gjort metodiske endringer underveis i prosessen.

I forbindelse med informasjonen til helsestasjonen ber forskerne helsesøstre svare på to spørsmål. Det ene dreier seg om de synes de har nok tid og anledning til å snakke med foreldrene. Det andre handler om helsesøstrenes vurderinger av foreldrenes mottakelighet for informasjon. Ikke uventet svarer de at «de stort sett finner lite tid til en mer omfattende veiledning» og «foreldre ikke framstår som allvitende overfor helsesøstrene». Vi tillater oss å spørre om hensikten med disse spørsmålene? Hvor vil de hen? Ville de har stilt så overfladiske spørsmål til andre yrkesgrupper f.eks. leger eller psykologer tilknyttet helsestasjonen?

Oppsummeringen i rapporten samsvarer lite med faktiske funn bort sett fra at forskerne konkluderer med at foreldre ønsker veiledning. Under avsnittet om dagens situasjon prøver forfatterne å «realitetsorientere» oss lesere. De konkluderer med:

«For det første vil vi hevde at dagens foreldre er fornuftige og

nøkterne. De har et realistisk oppfatning av hva de kan få av råd og veiledning innenfor rammen og bemanningen av nåværende tiltak. Det vil med andre ord si at de vet hva helsesøstre vet, og hva hun kan finne tid til i tillegg til helsestasjonens oppgaver. De har med andre ord innstilt seg på at de kan få en del greie svar på enkle spørsmål. Slik vi ser det anser de ikke helsesøster som en veiledningsinstans, men snarere en informant med relevant kunnskap».

For det første tillater vi oss å spørre: Hvem er det som ikke er realitetsorienterte?

For det andre kan vi heller ikke la være å undre oss over at forfatterne overprøver foreldrenes egne utsagn om informasjonsinnhenting angående barneoppdragelse. Foreldrenes styrke ligger i det at de er eksperter på sine barn og sine egne levde liv. Det kan de best. Men når det er sagt, trenger vi muligens en samfunnsdebatt om hvem som eier kunnskapen om barneoppdragelsen, og hvilken rolle skal «fagekspertene» ha? For det tredje: hvor finner forfatterne belegg for disse konklusjonene angående helsesøstre? Så vidt vi kan se er det ingen av resultatene i denne undersøkelsen som gir grunnlag for denne konklusjonen. Hvordan skille man mellom en veiledningsinstans og en informant med relevante kunnskaper? Etter vår oppfatning må det helt andre forskningsmetoder til for å avdekke hva helsesøstre faktisk gjør overfor foreldrene, det være seg direkte observasjon eller analytisk bearbeidelse av video-opptak under konsultasjonene.

Samfunnsmedisinsk uke 1997

Trondheim/Røros 31.08.-05.09.97:

«Call for papers» – rop etter papir

- eller enklere: arrangementskomiteen etterlyser korte presentasjoner fra kolleger som har skrevet, utredet, forsket eller på annen måte gjort noe som kan synliggjøre fagutvikling og forskning innen *anvendt samfunnsmedisin*. Hvis du lurer på hva det er, så tenk *spesialiteten* samfunnsmedisin og det den rommer, og spesielt viktig for årets samfunnsmedisinske uke: også sosialmedisinen og trygdemedisinen skal få en bred plass under denne samlingen. Det er satt av tid til seks «frie foredrag», men også mulighet til å utvide rammen med posterpresentasjoner.

Altså: Samfunnsmedisinsk forskningskongress, onsdag 3. september, med professor Roar Johnsen som møteleder

Sesjonen åpner med en presentasjon av det initiativet Den norske lægeforening har tatt ved å bevilge betydelige midler til å bygge opp akademiske miljøer for anvendt samfunnsmedisin. Den fortsetter med noen spissformulerte synspunkter på hva forskning innen anvendt samfunnsmedisin er – og kan bli.

Deretter er det åpent for korte innlegg fra kolleger som ønsker å bidra med presentasjoner av egne prosjekter, fortrinnsvis med emner som kan illustrere noen aspekter av forskning og/eller fagutvikling innen anvendt samfunnsmedisin. Hvert innlegg er begrenset til 15 minutter, inklusive spørsmål. Interesserte kan

sende et sammendrag av sitt prosjekt på én A-4-side til arrangementskomiteen, ved *professor Steinar Westin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Medisinsk Teknisk Senter, 7005 Trondheim*, – innen 15. juni, står det i programmet, men vi skal ikke være formelle med fristen. «Før sommeren», det holder.

Påmelding for øvrig til Samfunnsmedisinsk uke, XLNT tel: 67 54 60 80.

Program

- 09.45-09.50: Akademisering av samfunnsmedisinen – status presens *Professor Steinar Westin, NTNU*
- 09.50-10.20: Mot en kunnskapsbasert samfunnsmedisin *Avdelingsoverlege Arild Bjørndal, Folkehelse og UiO*
- 10.20-10.30: OLLs synspunkter og forventninger *Leder i OLL, bydelsoverlege Ivar Halvorsen*
- 10.30-10.45: Diskusjon
- 10.45-11.00: Pause
- 11.00-11.15: Fritt foredrag
- 11.15-11.30: Fritt foredrag
- 11.30-11.45: Fritt foredrag
- 11.45-12.00: Pause
- 12.00-12.15: Fritt foredrag
- 12.15-12.30: Fritt foredrag
- 12.30-12.50: Fritt foredrag
- 13.00-14.00: Plenumsforedrag ved Harald Siem, Senior advicer WHO, Genève

Vi mener at Foreldreundersøkelsen 1995 har mange metodiske svakheter. Den vil f.eks. være helt umulig å gjenta. Vi stiller også spørsmål om validiteten i undersøkelsen. Måler undersøkelsen det den gir seg ut for å måle?

Til tross for vår kritikk, ønsker vi mer forskning på området foreldreveiledning med utgangspunkt i helsestasjonen velkommen, spesielt ville aksjonsforskning med stort innslag av brukerstyring vært posi-

tivt for helsestasjonene. All forskning er ikke god forskning, det må være tillatt å sette krav til kvalitet også her!

*Liv Tønjum
Fagbokforlaget
Fagerdalen 6
5035 Bergen-Sandviken
tlf. 55 33 35 34
Margaret N. Torbjørnsen
Nordåsgrenda 112
5046 Rådal
tlf. 55 23 74 50*

Referanser:

1. Raundalen, Magne og Gjesdal, Rolf (1995). Foreldreundersøkelsen 1995. Foreldres behov for informasjon, råd og veiledning. Sammendrag fra omfattende rapport utarbeidet av Rolf Gjerstad. Statens trykksakssekspedisjon.

Nidaroskongressen - 97

Fra 19. – 24. oktober har vi igjen gleden av å invitere leger og medarbeidere til en utvidet jubileumskongress. Som kjent feirer Trondheim 1000-årsjubileum i år, og kongressen markerer selvsagt dette med utvidet kurstilbud og et spennende sosialt program.

Som tidligere skal vi også i år dele ut Medarbeiderprisen. Ved siste kongress fikk Kari Håvelsrud en velfortjent pris for sitt arbeide og engasjement i forbindelse med etterutdanning av medarbeidere i allmennpraksis.

Også i år ønsker vi forslag fra kollegaer og arbeidsgivere, for vi vet at der ute finnes en verdig vinner av medarbeiderprisen.

Fra Medarbeider til Medarbeider – er et av våre faste kurs vi har under Nidaroskongressen. Medarbeidere fra hele landet har ved tidligere kongresser utvekslet erfaringer og fortalt om interesse/arbeiderprosjekt de har vært med på.

Har du noe å dele med oss andre medarbeider, – så nøl ikke!

Ta kontakt med:

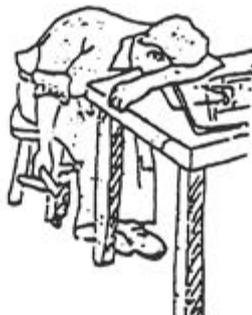
Ann Kristin Aaker, Tlf. jobb: 72 88 66 25, Fax: 72 89 04 63



Kan vi lære av våre feil?



HELVETE!



Stjålet fra MELDEREVYEN nr. 1/1997, Statens helsetilsyn

C Imigran™ "GlaxoWellcome"

ATC-nr.: N02C C01

Migrenemidlet

T INJEKSJONSVÆSKE 12 mg/ml: 1 ml inneholder: Sumatriptan succinat respo. sumatriptan 12 mg, natri. klorid 7 mg, aqua ad inject. ad 1 ml.
T NESESPRAY 20 mg/dose: Hver dose inneholder: Sumatriptan 20 mg, const. q. s.
T TABLETTER 50 mg og 100 mg: Hver tablett inneholder: Sumatriptan succinat respo. sumatriptan 50 mg, resp. 100 mg, lactos. 207 mg resp. 140 mg, const. q. s. Fargestoff: 50 mg: Titanoksid (E171), Jernoksid (E172), 100 mg: Titanoksid (E171).

Egenskaper: Klassifisering: Vaskulær 5HT₁-reseptoragonist.

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

Indikasjoner: Injeksjonsvæske: Akutte anfall av migrene med eller uten aura der symptomene er alvorlige og annen behandling ikke har fått frem. Cluster hodepine. Neseppray og tabletter: Akutte anfall av migrene med eller uten aura der symptomene er alvorlige og annen behandling ikke har fått frem. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor innholdsstoffene. Ukontrollert hypertensjon. Sumatriptan må ikke brukes av pasienter med tidligere hjerteinfarkt, pasienter med ischemisk hjertesykdom eller Prinzmetals angina/koronar vasospasme. Samtidig bruk av preparater som inneholder ergotamin eller ergotaminderivater. Samtidig bruk av monaminoksydasehemmere eller i 2 uker etter slik behandling.

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

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

Graviditet/Amning: Erfaring med bruk av Sumatriptan hos gravide er begrenset. Det er forholdsvis lav margin mellom anbefalt klinisk dose hos menneske og doser som har gitt fosterdød i dyreforsk. Bruk under svangerskap frarådes derfor. Sumatriptan utskilles i morsmelk hos dyr. Opplysninger om overgang i human melk foreligger ikke. Bruk av Sumatriptan under amning anbefales derfor ikke.

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

Dosering: Til behandling av akutte anfall av migrene og cluster hodepine. Må ikke brukes profylaktisk. De anbefalte doser bør ikke overskrides. Migrene: Det anbefales å starte behandlingen ved de første tegn på migrene. Sumatriptans effekt er imidlertid uavhengig av hvor lenge anfallet har vart når behandlingen starter. **Voksne (18-65 år): Injeksjonsvæske:** Bare til subkutan injeksjon. Pasientene bør lese bruksanvisningen nøye, og spesielt legge merke til håndtering av brukt sprøyte. En ferdig fylt sprøyte (6mg) injiseres subkutan. Injeksjonsvæsken bør brukes til pasienter hvor rask innsettende effekt er nødvendig eller ved kvalme og oppkast. Dersom symptomene kommer tilbake kan en ny dose gis i løpet av 24 timer. Det skal være minimum 1 time mellom dosene. Maksimum døgndose: 2 injeksjoner (12 mg). **Neseppray:** Optimal dose er 20 mg, men pga. inter-individuelle variasjoner i bløt migreneanfallet og absorpsjon av sumatriptan vil dose på 10 mg gi tilfredsstillende effekt hos enkelte pasienter. Dersom symptomene kommer tilbake kan behandlingen gjentas. Det skal være minimum 2 timer mellom dosene. Maksimum døgndose: 2 doser (40 mg). **Tabletter:** Vanlig dose er 1 tablett à 100 mg. En lavere dose (50 mg) vil være effektivt for noen anfall hos enkelte pasienter. 1 tablett à 50 mg bør benyttes dersom pasienten har nedsatt leverfunksjon eller dersom pasientens bivirkninger begrenser nytten av 100 mg-tabletten. Dersom symptomene kommer tilbake kan behandlingen gjentas. Maksimum døgndose: 300mg. Det skal være minimum 2 timer mellom dosene. **Tabletterne svelges hele med 1/2 glass vann.** **Cluster hodepine: Voksne (18-65 år): Injeksjonsvæske:** Bare til subkutan injeksjon. Pasientene bør lese bruksanvisningen nøye, og spesielt legge merke til håndtering av brukt sprøyte. En ferdig fylt sprøyte (6 mg) injiseres subkutan ved hvert anfall. Maksimum døgndose: 2 injeksjoner (12 mg). Det skal være minimum 1 time mellom dosene.

Oppbevaring og holdbarhet: Injeksjonsvæsken beskyttes mot lys. Neseprayen skal oppbevares ved romtemperatur mellom 2 og 30°C. **Pakninger og priser:** **Injeksjonsvæske:** Med GlaxoPen: 0.5 ml (6mg pr. sprøyte) x 2 kr 545,90. Refill: 0.5 ml (6 mg pr. sprøyte) x 2 kr 527,30. **Neseppray: 20 mg/dose:** 6 doser (6 x 0.1 ml) endosebeholdere kr. 644,80. **Tabletter: 50 mg:** Empac: 6 stk. kr. 382,40, 12 stk. kr. 723,00. **100 mg:** Empac: 2 stk. kr 233,30, 6 stk. kr 644,80, 18 stk. kr 1735,40

Felleskatalog tekst av 14.04.97 Priser av 20.5.97

T: 36



Nyhet
Imigran™
Nesespray

Gir Imigran-effekten* etter ca 15 minutter

IMIGRAN™
sumatriptan

* Med Imigran-effekten menes klinisk effekt, se preparatomtale

GlaxoWellcome

FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Regionalt legemiddelinformasjonscenter (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

Antidepressiva og sex

Av Øivind Hundal,
farmasøyt dr.philos.

En av mine kvinnelige bekjente har vært plaget med depresjoner, til dels dype. Hun hadde blitt foreskrevet «lykkepillen»: den etterhvert så velprøvde og velbrukte Seroxat. «Men jeg sluttet å bruke dem....» Og forklaringen var ganske enkel. En av de få gleder som fremdeles var igjen etter at depresjonen hadde forsynt seg, var hennes og ektefellens gode seksualliv. Når Seroxat kom inn i bildet, så ble riktignok depresjonen bedret. Men til gjengjeld ble hun fullstendig anorgasmisk. Så da så. Etterhvert fant hun ut at det tok «ett og et halvt døgn å få stoffet ut av kroppen», før hun kunne fungere seksuelt normalt igjen. Det ble imidlertid for tungvint å planlegge seksuallivet på denne måten (det kan vel de aller fleste av oss forestille seg) og derfor fikk heller Seroxat'en vike.

Denne historien er ikke unik. De nye antidepressive legemidler, SSRI's, har gjort livet mye bedre for mang en deprimert pasient. Vi skal være glade over at legene har fått et slikt godt redskap. Men som med de aller fleste medikamenter

så har medaljen både en forside; den ønskede effekten og en bakside; den/de ikke ønskede bivirkningene.

Seksualiteten er et område av livet som, til tross for en utvikling mot større åpenhet, fremdeles for mange er tabubelagt, og som de fleste anser som tilhørende livets private sider. Dette gjelder både for lege og for pasient. Konsekvensen blir da at pasientene ikke opplyser sin lege om de problemer som medikamentene gir. I tillegg kan det være vanskelig for allmennpraktikeren å spørre sine pasienter detaljert. Enden på visa kan da bli som nevnt i innledningen. Pasientene blir underbehandlet for sin depresjon. Og får da ikke den behandling som kunne gjort livet bedre. For det andre kan vi tenke oss at legen da forskriver mere medisin og/eller større doser. Som kanskje går rett i toalettet. Da har vi økonomiske konsekvenser i tillegg. Og disse preparatene er slett ikke billige.

Regionalt Legemiddelinformasjonscenter Helseregion 3 (RELIS 3) har tatt opp denne hansken og ønsker, i samarbeid med l.aman. dr.med. Anders Lund og professor dr.med. Fred Holsten ved Psykiatrisk institutt, Universitetet i Bergen, å gjennomføre en spørreskj-

maundersøkelse i allmennpraksis. Hensikten er å kartlegge forekomsten av seksuelle bivirkninger av antidepressive medikamenter og om mulig relatere til preparat, dose og eventuell kombinasjon med andre medikamenter. For å få et så virkelighetsnært bilde som mulig, er settingen «allmennpraksis» ideell. Et stort antall deprimerte pasienter som behandles med disse medikamentene blir fulgt opp hos sin allmennpraktiker. Vi håper da også at vi, ved å henvende oss til alle allmennpraktikere i helse-region 3; Rogaland, Hordaland og Sogn & Fjordane, kan få hjelp til å samle inn et så stort materiale som mulig.

Et viktig punkt for en undersøkelse som dette, er at det nylig er kommet et redskap, et standardisert spørreskjema for å registrere seksuelle bivirkninger. Det er utarbeidet i regi av Bristol-Myers Squibb og er oversatt av professor dr.med. Berthold Grunfeldt. Tidligere har det ikke vært noe egnet redskap til denne typen undersøkelser, det er derfor en stor fordel for oss at vi kan bruke noe som kanskje kan bli «standardskjemaet» ved slike undersøkelser.

Hvordan vil dette foregå i praksis? Vi har henvendt oss til fylkeslegene i helse-region 3, orientert

om prosjektet og har fått tilsendt adresselister over allmennpraktikere. Vi kommer til å sende et brev med forespørsel og introduksjon samt skjemaer for registrering. Registreringen og inklusjonene er planlagt å skje over ett år; 1/5-97 – 1/5-98. Om vi er heldige kan vi få samlet et pasientmateriale som er av en hittil unik størrelse innen dette området.

Vi vil registrere pasientens alder og kjønn, alle antidepressive medikamenter vil bli registrert og evt. annen psykotrop medikasjon. For å kontrollere at bivirkningene kommer fra disse medikamentene blir vi nødt til også å registrere all annen fast medikasjon. Selv om vi ikke vil kunne identifisere pasientene, vil vi søke Datatilsynet om konsesjon. Etisk Komite i Helseregion 3 vil selvfølgelig bli orientert.

Denne undersøkelsen er ikke støttet på noen annen måte enn at Bristol-Myers Squibb bidrar med selve intervju-skjemaene. Alle økonomiske utlegg; porto, kopiering, sekretærtid etc. dekkes av RELIS 3/Haukeland sykehusapotek. Undersøkelsen som sådan skjer også i regi av RELIS 3 og vi legger stor vekt på å opptre uavhengig. Dette er en studie som kan bidra til også å profilere Vestlandet og vi vil derfor oppfordre alle allmennpraktikere i helseregion 3 om å delta. Vi håper å kunne komme tilbake med opplysninger som spesielt allmennpraktikere vil kunne ha meget stor nytte av i sitt daglige arbeide.

*Oivind Hundal, farmasøyt dr.philos.
RELIS 3, Haukeland sykehusapotek
postboks 1, 5021 Bergen.
Tel: 55 97 53 61
Fax: 55 29 07 18
Email: Oivind.Hundal @
apotek.haukeland.no*

Feilslutningen fra er til bør

Svar til Carl Ditlef Jacobsen

Jeg skrev i min artikkel «Helse og sykdom», nr. 6/7 i 1996 bl.a om den feilslutningen som ofte gjøres fra er til bør. Jeg brukte et eksempel jeg mener er godt og det er Carl Ditlef Jacobsen på Sentralsykehuset i Akershus. Han er dedikert anti-røyker og har brukt stor energi på sin arbeidsplass, men også i samfunnet forøvrig, på å begrense røykernes mulighet til å røyke hvor de vil.

Han og jeg er helt på linje når det gjelder vurderingen av røykernes selvtekt, og også all den kunnskap vi besitter vedr. skade av røyking og passiv røyking.

Grunnen til at jeg brukte ham som et eksempel, er den feilslutning han gjør når han går fra er til bør. Hans kunnskap om hvor skadelig røyking er, skal gi ham en moralsk rett til å bestemme at det er moralsk galt å røyke. Carl Ditlef Jacobsen har korsfarerens ivrige og tildels blinde pågangsmot, der den gode sak er viktigst. Det er her jeg mener han gjør feil i sin argumentasjon. Jeg vil ikke gjennomføre argumentasjonen for dette på nytt, men henviser til artikkelen; s. 293.

Jeg har en sterk følelse av at Carl Ditlef Jacobsen ikke har lest min artikkel grundig nok. Han skriver bl.a.: «Lars Tjensvoll må gjerne hevde at røyking ikke er den opprinnelige årsak til lungekreft. Men han burde sette seg inn i karsinogenesen ved lungekreft og de mange karsinogene stoffer i tobakksrøyken». Dette har jeg ikke skrevet, snare tvert i mot.

På s. 295 skriver jeg: Røykingens skadevirkning på krop-

pen er udiskutabel,...». På s. 296 står det: «Men vi vet også at ikke alle som røyker får kreft, samtidig som mange ikke-røykere også får kreft. Røyking er altså ikke selve årsaken.

Her skriver jeg om kreft, ikke lungekreft alene. Det jeg diskuterer er sykdomsbegrepet generelt. Fra det siste sitatet synes jeg det er ganske drøyt av Carl Ditlef Jacobsen å insinuere at jeg ikke kjenner til etiologien og patogenesen til lungekreft.

Jeg har full respekt for at Carl Ditlef Jacobsen ikke ønsker å diskutere medisinsk filosofiske problemstillinger. Da bør han la det være. I stedet karakteriserer han min argumentasjon som «tøv», «desinformasjon», «tåkeleggende filosofi», ... «før de erstatter sunn fornuft med filosofisk vrøvl».

Denne type «argumentasjon» har jeg liten respekt for. Den vitner om manglende kunnskap om medisinsk filosofi og manglende evne til toleranse for andres meninger.

Jeg håper at forskeren og klinikerer Carl Ditlef Jacobsen ennå har bevart sin nysgjerrighet og vitebegjærighet. At jeg ikke kan fremstå som noen autoritet for ham, aksepterer jeg gjerne. Derfor anbefaler jeg ham å lese boken til Henrik R. Wulff, og andre: «Medisinsk filosofi». Henrik Wulff er gastroenterolog ved Amts sykehus i Herlev i Danmark. Han har skrevet boken «Rasjonell klinikk» og har i mange år arrangert kurs i forskningsmetodologi.

Lars Tjensvoll

Fastlegeordningen i utkant-Norge

Fastlegeordningen vil trolig bli vedtatt av Stortinget om kort tid og innført i hele Norge i løpet av et par år. Alle primærleger vil da bli selvstendig næringsdrivende med et visst antall faste pasienter på sin liste. Hver fastlege vil med et fullt årsverk trolig få ansvaret for cirka 1.500 pasienter. I byene og storkommunene vil vel denne ordningen være om ikke ideell, så iallfall gjennomførbar. Ser man på legenes situasjon, vil mannlige leger som arbeider i gruppepraksis i byene, utvilsomt komme best ut med den nye ordningen.

Fastlegeordningen er imidlertid meget dårlig tilpasset til realitetene i de minste kommunene i distrikts-Norge. Her i Hardanger er det fastlønnede leger i hver kommune. Den ene av de to legene er gjerne en turnuskandidat som skifter hvert halvår.

Med et fastlegesystem vil hver lege i småkommunene få altfor få pasienter på sin liste til å kunne oppnå en rimelig årsinntekt som står i forhold til de betydelige arbeids- og vaktbelastninger som utkantlegene påtar seg. Jeg anser det derfor for å være utvilsomt at fastlegeordningen vil gi en formidabel migrasjon av erfarne norske leger fra utkant-Norge til storbyene, for mitt eget vedkommende til Bergen. Etter en tid risikerer man at utkantdistriktene vil være bemannet med bare polske, srilankiske og andre utenlandske leger som ikke snakker eller forstår norsk. En slik negativ utvikling vil småkommunene og deres innbyggere ikke være tjent med.

For å unngå dette bedrøvelige scenario vil jeg foreslå følgende løsning, som delvis er basert på den gamle distriktslegemodellen

som var i Norge før 1984 og delvis på den såkalte prosentavtalemодellen:

- 1) Legen beholder sin nåværende faste lønn som honorar for de kommunale arbeidsoppgaver som han har i tillegg til det kurative legearbeidet: Individrettede og miljørettede forebyggende helsetjenester (bl.a. helsestasjons og skolehelsetjeneste), tilsynslegetjeneste ved alders- og sykehjem, tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, saksforberedelse til helse- og sosialstyret, helseopplysning til elevene i ungdomsskolen osv.
- 2) Basistilskuddet beholdes av kommunen, som til gjengjeld driver legekantoret og dekker alle utgifter til hjelpepersonell og utstyr. Basistilskuddet settes til maksimalt 25 prosent.
- 3) Legens inntekter for det kurative legearbeidet blir dermed egenandeler fra pasientene og refusjonstakster fra Folketrygden.
- 4) Turnuskandidaten beholder sin faste lønn fra kommunen som i dag. Kandidatens pasienter tas fra fastlegens (veilederens) liste. For at fastlegen ikke skal tape økonomisk på å ha turnuskandidat, må egenandeler og refusjonstakster tilfalle fastlegen også når konsultasjonen foregår hos turnuskandidaten.
- 5) Beredskapsvaktgodtgjørelsen i vaktklasse 1 må økes betydelig og gjerne fordobles. Når to eller flere kommuner har vakt-samarbeid og således utgjør ett legevakt-distrikt, må vakthavende lege få full beredskapsvaktgodtgjørelse fra *begge* kommunene.

- 6) Også leger i småkommunene i Sør-Norge må få lov til å bruke Normaltariffens takst 15 under legevaktkjøring. Dessuten må nattillegget på sykebesøktakstene økes fra dagens 75 prosent til 100 prosent i fremtiden.
- 7) 52 ukers listeansvar pr. år for fastlegen må ikke innføres i utkant-Norge, for det er umulig å skaffe vikar for fastlegen. 52 ukers listeansvar vil derfor medføre at legen bokstavelig talt *aldri* kan ta ferie.

Det er de hyppige legevaktene utenom kontortid som i lengden knekker legene i utkant-Norge og gir rekrutteringsproblemer til legestillingene her. Dagens nyutdannede kvinnelige leger vil således aldri komme til å søke legestillinger i distrikts-Norge. I stedet klumper de seg sammen i byene, hvor de har (deltids-) stilling uten vaktjeneste utenom kontortid. Til tross for at utdanningskapasiteten av leger ved våre universiteter stadig øker, vil dette likevel ikke forbedre legedekningen i utkantstrøk. Derfor kan distrikts-Norge meget snart bli uten norske leger, hvis stimuleringsiltak ikke settes inn fra Statens side.

Før 1984 var det attraktivt og til dels prestisjefyllt for legene å være distriktslege i utkant-Norge, men det begynner å bli noen år siden. Med den modell som jeg har skissert i det foranstående, vil dagens negative utvikling når det gjelder legedekningen i distrikts-Norge, kunne snus, fordi det igjen vil bli mer attraktivt å arbeide her.

Gunnar Hetland
kommunelege I
5736 Granvin



"Solens stråler fortrenger mørket" (Tryllefloyten W.A.Mozart)

Cipramil®

citalopram

- ✓ Et effektivt antidepressivum¹.
- ✓ En selektiv serotonin reopptakshemmer² - med lavt interaksjonspotensiale³.
- ✓ Cipramil® har i studier vist seg å signifikant forbedre kognitive og emosjonelle parametre hos demenslidende eldre^{4, 5}.

CIPRAMIL "Lundbeck"

Antidepressivum, selektiv serotonin reopptakshemmer (SSRI).

T TABLETTER 20 mg: Hver tablett inneh.: Citalopram, hydrobromid, respond. citalopram, 20 mg. Med delestrek.

Egenskaper: *Klassifisering:* Bicyklisk phtalane derivat med selektiv virkning på det serotonerge system. *Virkningsmekanisme:* Kraftig og selektiv hemming av gjenopptak av serotonin (5-hydroxytryptamin) fra den synaptiske spalte. Ingen effekt på gjenopptak av noradrenalin, dopamin eller GABA. Ingen effekt på kolinerge muscarine reseptorer, histamin reseptorer eller adrenoceptorer. Synes ikke å påvirke hjertets ledningssystem, heller ikke blodtrykket. Minimal sedativ effekt. Ingen vektøkning. *Absorpsjon:* Uavhengig av fødeinntak. Maksimal serumkonsentrasjon 2-4 timer etter peroral dosering. Biotilgjengelighet 80%. *Proteinbinding:* Ca. 80%. *Halveringstid:* Ca. 1 1/2 døgn. Lineær kinetikk er vist i terapeutiske doser. *Metabolisme:* I lever. Hovedmetabolittene har tilsvarende farmakologisk effekt som citalopram, men er mindre potente. *Utskillelse:* Ca. 32% i urin (ca. 12% uomdannet citalopram), og resten med feces.

Indikasjoner: Depresjon.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor citalopram.

Bivirkninger: Bivirkningene er ofte milde og forbigående, og er mest fremtredende første eller annen uke av behandlingen. Uten at årsakssammenheng er klarlagt er følgende bivirkninger vanligst rapportert i kliniske studier: økt svette, hodepine, tremor, svimmelhet, akkommodasjons-forstyrrelser, somnolens, søvnløshet, uro, munntørrhet, kvalme, konstipasjon, diaré, miksjonsforstyrrelser, asteni. Mindre vanlig er: utslett, pruritus, myalgi, parestesier, ekstrapyramidale symptomer, smaksforandringer, angst, konsentrasjonsforstyrrelser, unormal drøm, nedsatt libido, apati, forvirring, anorexi, gjesping, oppkast, magesmerter, dyspepsi, økt spyttdannelse, flatulens, postural hypotensjon, palpitasjoner, takykardi, rinit, ejakulasjons-forstyrrelser, impotens, menstruasjonsforstyrrelser, vektøkning, vektreduksjon, tretthet. Det er i tillegg rapportert enkelte tilfeller av hyponatremi. Som for andre SSRI kan bradykardi opptre hos pasienter som på forhånd har lav hjertefrekvens.

Vorsiktighetsregler: Som for andre antidepressiva foreligger mulighet for suicidalfare hos deprimerne pasienter inntil det inntreer en vesentlig bedring av depresjonen fordi den hemningsløsende effekt kan sette inn før den antidepressive. Effekten er utilstrekkelig dokumentert ved alvorlig grad av depresjon (MADRS score > 35). MAO-hemmere skal seponeres 14 dager før behandling med citalopram.

Eventuell behandling med MAO-hemmer kan begynne 7 dager etter seponering av citalopram. Pasienter med nedsatt leverfunksjon bør behandles med ca. halv dose. Ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon ingen restriksjoner. Informasjon ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon mangler. Bør ikke gis til barn fordi erfaring mangler. Generelt for medikamenter som virker over reseptorer anbefales gradvis seponering.

Interaksjon: Samtidig bruk av MAO-hemmere kan gi serotonergt syndrom. Sumatriptans serotonerge effekt kan muligens økes av SSRI, og samtidig behandling bør derfor unngås inntil ytterligere opplysninger foreligger. In vivo og in vitro studier viser ingen klinisk relevant inhibisjon av CYP 2D6, CYP 2C19 og CYP 1A2. In vitro studier viser at citalopram ikke hemmer CYP 3A4. Citalopram hemmer således i liten grad andre legemidlers metabolisme over disse systemene. Cimetidin kan gi moderat økning av steady-state nivåer for citalopram og forsiktighet bør utvises når høyere doser citalopram kombineres med høye doser cimetidin. Ingen interaksjoner med alkohol.

Graviditet/amming: *Overgang til placenta:* Går over i placenta og fordeles i fosteret på samme måte som hos moren. *Overgang i morsmelk:* Små mengder går over i morsmelk hos dyr. Citalopram bør derfor ikke brukes under amming.

Dosering: Tas som en enkelt dose når som helst på dagen. Anbefalt dose er 20 mg pr. dag. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 40 mg, maks. 60 mg pr. dag. Hos pasienter over 65 år er anbefalt dose maks 40 mg pr. dag. Pasienter med nedsatt leverfunksjon bør ikke ta høyere doser enn 30 mg pr. dag. Vedlikeholdsbehandlingen bør fortsette 4-6 mnd., eller så lenge som depresjonen erfaringsmessig ville ha vart uten behandling. Effekt er dokumentert med hensyn til tilbakefallsfrekvens ("relapse") de første 6 måneder av vedlikeholdsbehandlingen.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* somnolens, koma, episode med grand mal anfall, sinus tachykardi, leilighetsvis nodale rytmer, svetting, kvalme, oppkast, cyanose, hyperventilasjon. *Behandling:* Behandlingen er symptomatisk. Mageskylling bør utføres så fort som mulig. Intet spesifikt antidot.

Pakning og pris: 20 mg: Enpac: 28 stk. kr. 320,50, 98 stk. kr. 996,60, 250 stk. kr. 2209,90.

T:18

1. Bech P, Cialdella P. Int Clin Psychopharmacol 1992; 6 (Suppl 5): 45-54. 2. Hyttel J. Int Clin Psychopharmacol 1994; 9 (Suppl 1): 19-26. 3. Sindrup SH, et al. Ther Drug Mon 1993; 15: 11-17. 4. Nyth AL, Gottfries CG. Br J Psych 1990; 157: 894-901. 5. Nyth AL, et al. Acta Psychiatr Scand 1992; 86: 138-145.



Once  Daily

MONOKET[®] OD

ISOSORBID - 5- MONONITRAT

- *Hurtig tilslag* • *17 timers virketid*
- *En gang pr. døgn*

MONOKET OD og MONOKET «Pharmacia & Upjohn»
Nitropreparat

ATC-nr.: C01D A14

Depotkapsler 25 mg og 50 mg: Hver kapsel inneh.: Isosorbidmononitrat 25 mg resp. 50 mg, lactose 7 mg resp. 13 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E172), titandioksid (E171). 50 mg: Erytrosin (E127).

Tabletter 20 mg: Hver tablett inneh.: Isosorbidmononitrat 20 mg, lactose 149,5 mg, hjelpestoffer. Med delestrek.

Indikasjoner: Profylakse ved angina pectoris.

Kontraindikasjoner: Nitratintoleranse. Alvorlig hypotensjon, sjokk, økt intrakranielt trykk.

Bivirkninger: Forbigående hodepine, «flushing», hypotensjon, svimmelhet, reflekterisk takykardi og brekninger.

Forsiktighetsregler: Ved akutt hjerteinfarkt bør preparatet kun brukes under streng medisinsk kontroll. Forsiktighet utvises hos pasienter med aortaklaff-fell, hypotensjon, akutt koronarinsuffisiens med blodtrykksfall. En mulig effekt på intraokulært trykk tilsier forsiktighet ved trangvinklet glaukom. Kan potensere effekten av antihypertensiva og gi utsløkket hypotensjon ved kombinasjon med alkohol. Seponering av høye doser bør skje langsomt. Risiko for toleranseutvikling synes minsket dersom et nitratfritt intervall legges til den symptomfrie delen av døgn.

Graviditet og amming: Det er begrenset erfaring med bruk av preparatet til gravide. Dyreeksperimentelle studier tyder ikke på at preparatet gir økt risiko for fosterskade. Det er usikkert om preparatet passerer over i morsmelken.

Interaksjoner: Kombinasjon med alkohol kan gi utsløkket hypotensjon som følge av vasodilatasjon (i: 74e glyseroltrinitrat).

Dosering: Depotkapsler: 50 mg 1 gang pr. døgn. Dosen kan ved behov økes til 100 mg 1 gang pr. døgn. Ved oppstart av behandling anbefales en startdose på 25 mg pr. døgn de første dagene. Monoket OD gis 1 gang pr. døgn for å få et intervall med lav nitratkonsentrasjon (<100 ng/ml). Kapslene må ikke tygges, men svelges hele sammen med 1/2 glass væske. Kan ved behov for døgndekkende behandling kombineres med andre antiangeniøse midler som betablokker og kalsiumantagonist. Ved akutte anfall kan sublingualt glyseroltrinitrat benyttes.

Tabletter: Individuell. Vanligvis 1-2 tabletter 2 ganger daglig. Dosen bør fordeles slik at en symptomfri del av døgnet får et intervall med lav nitratkonsentrasjon. For pasienter med dag- og nattangina anbefales dosering om morgenen og ved sengetid. Er plagene fortrinnsvis på dag- og kveldstid, kan tablettene doseres morgen og ettermiddag (f.eks. kl. 7 og kl. 14). Ved behandlingsstart anbefales at dosen trappes gradvis opp for å redusere forekomst av hodepine: initialt 1/2 tablett 2 ganger daglig. Tablettene kan deles, men bør ikke knuses.

Overdosering/Forgiftning: Ved overproduksjon av methemoglobin som følge av overdosering: I.v. tilførsel av askorbinsyre eller metylenblåttoppløsning. Oksygentilførsel. For øvrig vanlig generell behandling (F:91d metyltionin).

Pakninger og priser pr. 1.1. 1997: Depotkapsler: 25 mg: Enpac: 14 stk. kr 57,70. 98 stk. kr. 260,00. 50 mg: Enpac: 14 stk. kr 74,20. 98 stk. kr 374,80. Endose 49 stk. kr. 202,90. Tabletter: 200 stk. kr 295,50. Enpac: 20 stk. kr 45,30.

T-12. Reseptgruppe C.

Pharmacia
&Upjohn