

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7

1997

ÅRGANG 26



**Helsepolitikken – på rett
spor eller på viddene?**

Nr. 7, 1997

- 259** *Petter Øgar*
Leder: Hvis Kjell Magne skulle ringe...
- 260** *Anders Forsdahl i samtale med Eystein Straume*
Ridder av St. Olav Orden, Anders Forsdahl
- 263** *Karin Skarsaune*
Fanget i rettighets-samfunnet? Noen tanker omkring forslaget til Lov om pasientrettigheter
- 266** *Edvin Schei og Tone Skjerven*
Hvem – hva – hvor? Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger
- 268** *Helge Worren – leserbrev*
Gi meg en (varm) skulder... Skulderkurs på Solstrand
- 270** *Fagsjef Hege Raastad intervjuet av Helge Worren*
Klagesaker – hva er alternativet?
- 272** *Petter Øgar*
Pasientrettigheter – godt, men tveegget sverd
- 274** *Jan Emil Kristoffersen*
Legevaktslegene – hvordan har de det, og hvordan tar de det?
- 280** *Arne Vassbotn*
Legemangel i primærhelsetjenesten i utkant-Norge
- 284** *Legesekretær Tone-Merete Larsen Frey intervjuet av Helge Worren*
Medarbeideren gir pasienten nærhet!
- 286** *Utpostens edb-spalte – John Leer*
EDB-utbygging i bakevje
- 287** *Geir Sverre Braut – bokmelding*
Pasienten som tekst
- 288** *Jordmor Tone Breines Simonsen intervjuet av Helge Worren*
Jeg tror at tid... er med på å gi tjenesten kvalitet
- 290** *RELIS*
Påvirker inntak av preparatet BioCardio® absorpsjonen av legemidler?
- 292** *Professor i allmennmedisin Even Lærum intervjuet av Helge Worren*
Det er verdifullt å kunne gjøre noe annet enn det vanlige
- 294** *Svein Slagsvold*
«Den vanskelige pasienten»
- 302** *Kjeld Malde*
Diagnostiske fremskritt?

Forsidebilde: Utsyn mot Storronden og Rondeslottet. Petter Øgar.

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

Amtmann Urbyesvei 9, 9800 Vadsø

Tlf. privat: 78 95 37 42

Tlf. arbeid: 78 95 04 00

Fax: 78 95 34 41

Eivind Vestbø

4160 Finnøy

Tlf. privat: 51 71 22 74

Tlf. arbeid: 51 71 24 44

Fax: 51 71 26 64

Helge Worren

Langmyrgrenda 59b

0861 Oslo

Tlf. privat: 22 95 04 80

Tlf. arbeid: 67 06 00 83

Fax: 22 23 57 13

Petter Øgar

Elvebakken 1, Pb. 411

5801 Sogndal

Tlf. privat: 57 67 24 66

Tlf. arbeid: 57 65 55 00

Fax: 57 65 35 11

Annonser:

RMR

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim.

Tlf.: 63 97 32 22

Fax: 63 97 16 25

Abonnement:

Kr 325,- pr. år.

Bankgiro 1606 23 65084

Postgiro 0825 0835 397

Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

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

Hvis Kjell Magne skulle ringe...



I skrivende stund rydder Gudmund Hernes kontoret. Noen sitter og venter på telefon fra Kjell Magne Bondevik. Hvilke strategier og suksessmuligheter har den nye helseministeren – hvem det nå måtte bli?

Norsk helsetjeneste er et mangehodet og uhyre komplisert troll. Det er ikke lett for noen å ha oversikt over eller vite hva som styrer hvilken retning det beveger seg i. Den reelle politiske styringsmulighet er kanskje mindre enn mange tror.

Det hersker en rørende tverrpolitisk enighet om de sentrale målsettingene for norsk helsevesen:

- Tilbudet skal være likeverdig uavhengig av bosted, alder, kjønn eller sosial status.
- Prioritering skal skje på grunnlag av sykdommens alvorlighet og av forventet nytte og kostnadseffektivitet av behandlingen.
- Eldre, pasienter med psykiske lidelser, kroniske sykdommer og kreft skal prioriteres. Rehabilitering og forebyggende helsearbeid likeså.

Disse målsettingene har ligget fast i en årrekke. Men hva er virkeligheten?

Det er krisebeskrivelser for alle de prioriterte områdene. Gamle ligger på badet. Kreftsyke må vente mange uker på vel-dokumentert strålebehandling. I det psykiske helsevern synes det å være mangler nesten uansett hvor du snur deg. Ventetiden for flere vanlige lidelser i prioritetsgruppe 2 oppleves uakseptabel, mens private tilbud for behandling av lidelser langt ned i prioritiseringsgruppe 3 blir lettere og lettere tilgjengelig. Dette skjer til tross for at helsevesenet har mer ressurser og større produktivitet enn noen gang.

Det er tiltagende mangel på leger i offentlig regulerte stillinger. Mangelen er størst innenfor de offentlig prioriterte fagområdene. Ledige legestillinger i fylkeskommunal helsetjeneste økte fra 482 i 1995 til 628 i 1996. Dette til tross for at legedekningen i landet er økt fra ca 500 innbyggere pr lege på 1980-tallet til ca 340 innbyggere pr lege i 1996. Norge er blant de land som har best legedekning.

Det geografiske likeverdet synes temmelig frynsete. Utkantkommuner og småsykehus i distrikts-Norge har størst lege-

mangel og drives i betydelig grad ved hjelp av vikarordninger. Kontinuitet er et fremmedord med de følger det får for utvikling av kvalitet og samarbeid. I Oslo er det 285 innbyggere pr yrkesaktiv spesialist, i Finnmark 2.184. Landsgjennomsnittet er 732. Utvalget for legestillinger og stillingsstruktur (ULS), som skulle sikre god legefording, har vist seg impotent og neglisjeres av tunge markedsaktører i sentrale strøk.

Det er altså ikke bare slik at vi er langt fra å oppfylle de omforente helsepolitiske målsettingene. Vi beveger oss også i feil retning. Og det skjer selv om vi har hatt en helseminister som er av de flinkeste i Norgesklassen når det gjelder reformer, utredninger og kunnskap om samfunnets maktapparat, og som har besørget en gigantisk gjennomgang av nesten hele helsetjensten. Løsningene som anføres er mer penger, mer helsepersonell, bedre organisering og ledelse, fastleger, samarbeid og bedre funksjonsdeling mellom sykehusene.

Når Hernes likevel ikke helt har fått det til (selv om gjennomføringstiden har vært mindre enn knapp), hva bør da en ny helseminister gjøre? Bør han forskrive mer av den samme medisinen med de nødvendige partipolitiske variasjoner, eller er tiden inne til å tenke i nye baner?

Det er (selvsagt) mye rett i de løsninger Hernes anviser, men det er tre grunnleggende problemer som ikke er tatt tilstrekkelig på alvor: urealistiske forventninger og ukontrollert kravproduksjon, manglende reell prioritering og feil fordeling av helsepersonell. Dersom disse problemene ikke angripes, vil andre løsningstiltak forbli krusninger på overflaten.

Forventninger og krav produseres over en lav sko av ulike grupper pasienter, helsepersonell, helsebyråkrater og politikere. Innenfor hver sine hjerteområder skaper de forventninger og krav som hver for seg kan synes både rette og rimelige. Problemet er at når de legges sammen, kan summen bli ganske forferdelig, fordi de ikke har vært vurdert i et helhetlig faglig og ressursmessig perspektiv. Summen av alle gode enkeltønsker, intensjoner og tiltak knuser helsetjenesten. Det er en skrikende mangel på helhetlig vurdering og konsekvensutredning før nye krav autoriseres. Den nye helseministeren må ta støytten med å bringe for-

ventningene ned og få den fragmenterte kravproduksjonen under bedre kontroll.

Videre må prioritering tas på alvor av politikerne. Det betyr å tørre å si nei selv om ulvene hyler (les: pressgrupper og media). Enhver er seg selv nærmest. Det gjelder særlig når vi er syke. Det er forståelig og greit, men det betyr at det er de friske som må ivareta solidariteten og helhetsperspektivet. Uten politisk ryggdekning er ethvert håp om solidarisk prioritering i helsetjenesten bare et fromt ønske.

Når det gjelder helsepersonell, er ikke det største problemet at det er for få av dem, men at de ikke velger de jobbene det offentlige ønsker besatt – verken med hensyn til rettferdig geografisk fordeling eller faglige innsatsområder. Dette skjer fordi det finnes alternative, mer attraktive stillinger innenfor ikke-prioriterte områder. Helseministerens utfordring er å finne en tilstrekkelig sterk blanding av pisk og gulrot som får legene til å arbeide med de områdene og den geografiske plassering samfunnet ønsker. Legetråling i utlandet er en tvilsom løsning. Selv om de faglige kvalifikasjonene til utenlandske leger er fullt på høyden, er medisinen på mange områder ikke så internasjonal som mange tror. Store deler av klinisk medisin utøves dessuten i en kommunikativ og kulturell kontekst som ikke læres på et enkelt språkkurs. Problemene knyttet til dette synes grovt undervurdert.

Til slutt litt om penger. Offentlige utgifter til helseformål utgjorde i 1992 7,6% av BNP. Det er omtrent det samme som andre Vesteuropiske land. USA bruker vel 13% uten at mange vil framheve det som et spesielt vellykket helsetjenesteprojekt. Vi trenger nok noe mer penger i helsevesenet, men vi kan ikke budsjettere oss ut av problemene. Penger tas også fra andre samfunnssektorer som ofte skaper mer helse enn helsetjenesten.

Petter Øgar

Ridder av St. Olavs Orden

Anders Forsdahl i samtale med Eystein Straume

Anders Forsdahl ble i høst utnevnt til Ridder av St. Olavs Orden for fortjenestefull innsats for norsk medisin. Han er født i 1930 og tok medisinsk embetseksamen i Oslo i 1957.

De første årene var omkiftelige med Jan Mayen, Gaza, Kongo, Rikshospitalet, Sulitjelma og Tana som arbeidssteder inntil han i 1963 kom til Sør-Varanger kommune som distriktslege.

Etter ti år som distriktslege var det tid for et nytt skifte og han tok i mot stilling som lektor ved det nyopprettete universitetet i Tromsø. Fra 1980 har han vært professor i allmennmedisin i Tromsø.

Undringens tid

Som distriktslege i 1960 årene hadde du sikkert mye å gjøre. Vakt-distriktene var store, det var legemangel og kommunikasjonene var dårlige slik at alt tok mye lenger tid enn idag. Det var en tid da de fleste hadde nok med å holde ut noen år før de pakket og dro sydover. Det var ikke tid for undring og ettertanke. Og Sør-Varanger kommune var omtrent så langt borte fra storsamfunnet som du kunne komme den gangen. I denne situasjonen begynte du med epidemiologiske studier nærmest på egen hånd og uten spesiell veiledning. Det ble studier som vakte oppmerksomhet. Enda i dag er dine observasjoner og tanker fra den gang grunnlag for betydelig både nasjonal og internasjonal forskning. Hva var det som fikk deg til å begynne?

Det kom nærmest av seg selv. Jeg var mye underveis i sykebesøk og de lange reisene tok tid.

Tid jeg brukte til undring og ettertanke. Hvorfor måtte jeg så ofte til fiskeværet Bugøyenes?

Og hvorfor var det så mange menn der som hadde hjertesykdom? Fiskeværet var ganske isolert og menneskene der hadde kommet over fra Finland ved slutten av forrige århundre.

Uår og nød hadde tvunget dem nordover. Kunne jeg finne noen forklaring? Avgjørende var det at jeg på turene til Bugøyenes begynte å snakke om mine tanker til helsesøster som ofte var med. Til min glede og inspirasjon oppdaget jeg at også helsesøster Hedvig Salmi undret seg over all hjertekarsykkelighet i Bugøyenes. Vi begynte å lese og vi begynte å formulere konkrete spørsmål. Og har du først tenkt en tanke så tvinger handlingen seg frem.

Vi begynte å kartlegge det som skjedde på Bugøyenes.

Gjennom årene har jeg møtt kolleger med ulike holdninger til sykebesøk og utrykninger til alle døgnets tider. Noen skal «oppdra» befolkningen, andre skal tjene penger eller de skal «redde liv» med blålys og størst mulig tempo. Jeg kan så levende se deg for meg der du i vintermørket strevde deg de 100 km. frem til Bugøyenes mens du tumlet med nye begreper som risikofaktorer og muligheter for intervensjon for å kunne forebygge alvorlig sykdom.

Tror du at undring og nysgjerrighet kan læres?

Jeg tror at evnen til undring og gleden ved nysgjerrighet ligger i hver enkelt av oss. Det gjelder bare å finne muligheter for å la nysgjerr-

igheten få komme fram. De lange sykebesøkene er jo for det meste borte nå, men jeg er sikker på at de unge legene i dag går rundt med mange spørsmål og mye de lurer på. For meg var det viktig å oppdage at de jeg arbeidet sammen med også gikk rundt med mange spørsmål. Jeg tror også at kombinasjonen av allmennpraksis og offentlig leges virksomhet var viktig. Kombilegen får en total oversikt over tilstanden i sin kommune som gir ham spesielle muligheter for se sammenhenger og for å kunne intervenere.

Så ditt råd blir at vi skal våge å la undringen komme til syne. Og at undring er en god plattform for samarbeid.

Ja, og senere kom all gleden ved kartleggingen og jakten på forklaringer og ny innsikt. Vi var jo også så heldige at vi fikk oppleve at tiltakene som ble iverksatt ga resultater.

Kartleggingen var en spennende tid. Jeg viste ikke hva jeg skulle lete etter til å begynne med, så vi talte alt vi kom over. Antall sauer og kyr, badstuebading og de lokale forretningenes omsetning av matvarer ble studert. Vi hadde heller ikke databaser for folkeregisteret eller statistisk sentralbyrå som vi kunne bruke. Men jeg hadde et godt forhold til presten og ved gjennomgang av kirkebøkene fikk jeg de opplysningene jeg trengte. Av lensmannen fikk jeg også innsyn i hans mantallsbøker. For meg ble det hele en spennende jakt og det erstattet lesing av romaner og den slags bøker.

Hjerte – kar undersøkelsene

Du leste i avisene at det var mye hjertekardødelighet i Finland og både du



og andre laget hypoteser om hva årsaken kunne være. Arv, kosthold og levevaner kom etterhvert i fokus som forklaringer. Du og Hedvig Salmi fant svært høye kolesterolverdier som dere relaterte til kostholdet. Med enkle kostholdsråd oppnådde dere en tydelig nedgang i kolesterolverdiene. Disse resultatene var en vesentlig grunn til de store hjertekarundersøkelsene som senere er gjennomført i Finnmark og i hele landet. Dere hadde påvist risikofaktorer som med enkle midler kunne endres i gunstig retning. Jeg antar at du har «reddet» flere liv enn noen «blålysdoktor» på denne måten. Men du vet ikke hvem du har hjulpet. Likevel må det være en enorm tilfredsstillelse på denne måten å kunne bidra til å bedre folkehelsen. Du nøyet deg likevel ikke med dette. Du fortsatte å undre deg. Jeg hadde lest neurologen Arve Lønnums beskrivelse av unge menn som hadde vært i krigsfangenskap. Han viste at de senere i livet fikk en oversykkelighet. Jeg tenkte at

dersom menn som i utgangspunktet var friske skulle få slike langtidsvirkninger av sult og nød, hva da med barn som hadde vokst opp i nødstider? Ville de oppvise øket sykkelighet senere i livet?

Jeg hadde en del kjennskap til levekår i Finland og Finnmark i tidligere tider og visste hvor elendig det hadde vært når fisket slo feil eller uår ødela avlingene. Vilkårene for liv og helse var marginale her nord. På ny studerte jeg kirkebøker og fikk kartlagt spedbarnsdødeligheten.

Den var i perioder oppe i 20 % og jeg tok den som et mål på levekårene den gang.

Så fant jeg fram tallene for dødelighet i samme generasjon. Jeg fikk kurver som var sammenfallende og postulerte at det er en sammenheng mellom oppvektsvilkår og uhelse senere i livet.

Jeg har sett de kurvene du laget den gang (ISM skriftserie nr. 1, 1976).

Det må ha vært en utrolig opplevelse å se korrelasjonen mellom spebarnsdødelighet og dødelighet senere i livet i samme kohort. Din hypotese er i dag internasjonalt anerkjent og bærer ditt navn. Den har bidratt vesentlig til forståelsen av forebyggende helsearbeid. Den store norske kohortundersøkelsen som nå planlegges er på mange måter en videreføring av dine tanker.

Undervisning

Du sa ja til å komme til Tromsø i 1973. Universitetet var nettopp grunnlagt og det skulle bygges opp et medisinstudium fra grunnen av. Du kom med fra begynnelsen av. Du bragte med deg en solid porsjon klinisk primærlegeerfaring i en tid da allmennpraksis nærmest lå med brukket rygg. Faget eksisterte knapt, det hadde ingen akademisk status og rekrutteringen til allmennpraksis var dårlig. Med dette som utgangspunkt bygget Tromsø-miljøet opp et medisinstudium med allmennmedisin som et hovedfag, og primærlegene i hele landsdelen ble trukket inn som lærere idet studentene ble utplassert hos en distriktslege i hele 8 uker i løpet av det 5. studieåret. Hvordan kom dere til å gjøre det? Og hvordan våget dere å gå så nye veier når hele det akademiske miljøet i Norge voktet nykomlingen i Tromsø med argusøyne?

Da jeg kom var mye av filosofien allerede på plass. Foregangsmenn som Peter Hjort og Arne Nordøy hadde hentet ideene om praksisutplassering og bruk av regionens primærleger i undervisningen fra utlandet. Særlig var de begeistret for det de hadde sett ved McMaster i Canada. Og det var politisk vedtatt at utdanningen i Tromsø skulle gi leger som kunne gå ut i praksis i landsdelen. Vi skulle utdanne primærleger. Jeg visste at det mange steder var engasjerte og dyktige yngre leger i arbeid og fant det ganske naturlig å be dem være med på laget.

I Balsfjord fant du blant andre Arnulf Eide som døde så tidlig og

Roar Johnsen, senere kom også Toralf Hasvold til. Balsfjord ble et begrep i norsk primærhelsetjeneste. Og undervisningsopplegget ble vellykket. I dag har de andre lærestedene tatt etter. Du brukte problembasert læring for pedagogene hadde lært oss at det er en utmerket undervisningsmåte, og du demonstrerte for all verden at allmennmedisin læres i allmennpraksis før det var blitt et slagord. Likevel slår det meg at dere må ha hatt mye is i magen da dere startet det nye opplegget. Jeg tror at mye av grunnen til at det gikk bra var at du viste kollegene tillit og respekt. Praksislærerkursene og møtene med instituttet var høydepunkter for oss praksislærere. Og fortsatt må det ligge et betydelig potensiale for undervisning og erfaringsformidling blant landsdelens primærleger. Nå planlegges det ytterligere utvidelse av studentantallet i Tromsø. Hvilke tanker gjør du deg om veien videre? Vi skal fortsette å bruke landsdelens primærleger. Kanskje kan vi knytte praksislærerne nærmere til Instituttet på en eller annen måte. Det vi har sett er at flaskehalsen ofte er kontormangel og mangel på andre fasiliteter. Dette problemet blir ikke mindre når fastlegeordningen trer i kraft. Jeg tror det er tid for at Universitetet investerer i lokaler og utstyr på praksislærestedene. Det vil gjøre Universitetet mer synlig og det vil forplikte begge parter til nærmere samarbeid.

Det historiske perspektivet

Du sier at kombilegen har enestående mulighet til å se sammenhenger mellom blant annet levekår og helse i lokalsamfunnet. Selv har du også funnet en annen kilde til å finne sammenhenger. Jeg tenker på din interesse for lokalhistorie. Du har påvist hvilken verdi de gamle medisinalberetninger har. Moderne medisiner beskyldes ofte for å være historieløs, men du har brukt historie som metode i din forskning (ISM skriftserie nr. 2 – 1976: Sunnhetstilstanden, hygieniske og sosiale forhold i Sør-Varanger 1869-1975 belyst ved medisinalberetningene og ISM

skriftserie nr. 8 – 1984: Merkestener i norsk medisin reist av almenpraktikere)

Studiet av de gamle medisinalberetningene ble for meg mer en hobby enn forskning. Og jeg synes det har vært spennende lesning. Mange ganger var det mer legens holdninger som kom til syne enn lokalsamfunnets virkelige problemer. Men så er det også interessant å filosofere over kulturkollisjonen. En god samfunnsmedisin er en lege som kan se lokalsamfunnet som det er og som kan bruke sine kunnskaper i et respektfullt møte med den virkeligheten han møter. Nøden og elendigheten var ofte forferdelig tilstede, likevel klorte menneskene seg fast her nord. Sykdomspanoramaet har forandret seg totalt, det får man et godt inntrykk av når man leser de gamle beretningene. Og det er tydelig at andre forhold enn helsetjenesten har vært viktige for folkehelsen.

Noe av det jeg selv husker best er da barnetrygden kom. Familierne var ofte barnerike og når far ble syk gikk det ofte hardt ut over familien. Nøden var like rundt hjørnet. Barnetrygden skapte en helt ny trygghet og var til stor hjelp.

Din far var lege og dine to barn er blitt leger. På den måten har du kunnet følge legeyrket på nært hold gjennom flere generasjoner. Hva er forskjellen fra den gang og til i dag? Og hvordan blir legelivet for de som i dag tar fatt på dette yrket?

Jeg var voksen mann før jeg lærte min far å kjenne, han var jo alltid ute på arbeid da jeg var barn. Jeg lovet meg selv at jeg skulle gjøre det anderledes. Det løftet har jeg ikke holdt. Jeg ble arbeidsnarkoman og husker at jeg ble rastløs dersom det var en søndag jeg ikke hadde pasienter. Jeg dro egentlig til Tromsø for å få en pause fra et arbeid som begynte å ta for stor del av meg. Arbeidsdagene i Tromsø ble også lange, men her var jeg mer min egen herre og kunne i større grad selv bestemme min arbeidsdag. De unge legene i dag

setter krav til ordnede arbeidsforhold. De vil ha fritid de kan bruke til familie og til andre interesser og andre gjøremål enn kun legeyrket. Jeg tror det er en riktig utvikling, og jeg tror også at det på sikt vil gagne pasientene at legene er mere opplagte og mer allsidig interesserte.

Så blir det kanskje dine barn som innfrir det løftet du selv ga deg en gang? At det tar mer enn en generasjon å endre den gamle legerollen? Men hvordan blir morgendagens leger?

De unge i dag har et mye bedre kunnskapsgrunnlag enn det vi hadde, jeg opplever dem som engasjerte og idealistiske. Jeg er optimist og tror de unge legene har en ekte interesse i å gjøre godt arbeid. Men de møter også større krav enn før. Pasientene er bedre opplyste og stiller klare krav. Samfunnet følger også nøye med hva legene gjør. Dette tilsier at eldre kolleger har et klart veiledningsansvar overfor de unge legene. De unge legene trenger mer råd og veiledning for å komme seg trygt inn i yrket. Veiledning av unge leger må bli en høyt prioritert oppgave. Det nytter ikke å si at i min tid måtte jeg klare meg alene. Den tiden er nemlig forbi og derfor uten relevans når det gjelder å veilede neste generasjon leger inn i yrket.

Legeyrket er fullt av utfordringer, spennende oppgaver og muligheter. Jeg tar meg ofte i å tenke tilbake på mitt legeliv: og jeg vet med sikkerhet at jeg ville ha valgt det samme en gang til dersom jeg fikk muligheten.

Utposten gratulerer deg som Ridder av St. Olavs Orden. Vi gleder oss med deg. Og min undring bunner ut i takknemlig for det du har gjort for faget og for den nysgjerrighet, respekt og ydmykhet du har med deg i ditt arbeide. Og til ettertanke er det i sannhet at det du gjorde, det gjorde du fra utposten.

Og vi håper enda i mange år å kunne høste av din erfaring og innsikt. □

Fanget i rettighets-samfunnet?

Noen tanker omkring forslaget til Lov om pasientrettigheter

Tekst: Karin Skarsaune



f. 1951, har etter 17 år som allmennpraktiker i Oslo, fem år som veileder i allmenn-medisin og fire år i APlf's fagutvalg, tatt spranget ut i det store ukjente for å pleie sine hjertesaker: Faget, Naturen og Mannen i sitt liv. Dette har foreløpig ført henne til et engasjement som rådgiver hos Fylkeslegen i Finnmark, med hovedoppgave å rekruttere primærleger til fylket via veiledning av turnuskandidater.

Et av de mange lovforslagene som er blitt slynget ut over helsevesenet denne høsten, er Lov om pasientrettigheter. Lovforslaget har vært varslet i lengre tid og imøtesett med spent forventning. Pasienters rett til informasjon, selvbestemmelse og medvirkning er også omtalt i flere av de andre lovforsla-

gene. Å hjelpe pasientene til å ta ansvar for egen helse og ta aktivt del i utrednings- og behandlingsopplegg er en av fanesakene i norsk primærmedisin. Hvorfor gjør det meg da både opprørt og trist å lese dette lovforslaget?

Mitt ubehag

Gjennom snart 20 års doktorliv har jeg forsøkt å komme pasienter i møte, forstå dem ut fra deres forutsetninger, hente fram deres bekymringer og ressurser. Min daglige utfordring og glede har vært å gå inn i disse unike møtene mellom to eksperter; der jeg sitter inne med den medisinske kunnskapen og pasienten er eksperten på sine plager og sitt liv. Sammen har vi prøvd å bygge opp en forståelse av hva som er galt og hva som kan gjøres med det. Jeg har brukt mange år av mitt liv på å gi individuelt tilpasset informasjon og lage plansjer og informasjonsopplegg som kunne forstås av alle. Jeg har prøvd å levere premissene slik at pasientene selv kunne ta avgjørelser om utredning og behandling, og å hjelpe dem til selv å ta ansvar for sin helse.

Hvorfor reagerer jeg da med så stort emosjonelt ubehag når noen prøver å lovfeste rettighetene til dette som for meg har vært et livsinnhold? Hvorfor jubler jeg ikke av glede over at alle leger nå skal tvinges til å gjøre dette hele tiden? Kan det være fordi jeg vet noe om hvor vanskelig det er, hvor mye det har kostet av tid og krefter, hvor ofte jeg har mislykkes til tross for de beste intensjoner, hvor ofte jeg

har sittet igjen og lurt på hva som virkelig nådde fram?

Eller er jeg bare redd for at «maktbalansen» i møtet med pasienten skal forrykkes, at noen kan slå i bordet med krav der hvor jeg har stilt opp med idealer som jeg har strukket meg etter? Er det så viktig for meg i kunne føle meg som en god doktor når jeg bruker mye tid på informasjon og involvering av pasienten, at det vil ødelegge selvbildet når dette blir min simple plikt? Og hva med alle de gangene jeg føler at det ikke lykkes godt nok, er jeg da lovbrøyer? Det er vel ikke lenger nok at jeg strever av alle krefter og gjør så godt jeg kan?

Eller frykter jeg mest at idyllen i møtet mellom de to ekspertene skal ødelegges av at pasienten nå, via Internet og presse, er ekspert på de nyeste utrednings- og behandlingsopplegg – mens min ekspertise skal begrenses til å vite hva samfunnet definerer som «nødvendig helsehjelp» i hennes tilfelle og som hun dermed har rett til? At pasientene ikke lenger skal komme til meg for å bli undersøkt og behandlet for sine plager, men for å få fastslått hvilke rettigheter deres tilstand utløser?

Rettighetssamfunnet

Jeg frykter rettighets-samfunnet; et samfunn der alle livets tilskikkelser er regulert av rettigheter og plikter og der ydmykheten overfor livet er borte. Loven slår fast at alle har rett til en god helsetjeneste. I befolkningens bevissthet er ikke spranget så langt videre til at alle

Forslag til LOV OM PASIENTRETTIGHETER

Pasient

= enhver som selv eller via representant henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp (også de som har fått tilbud om helsehjelp, men har avslått – forat de også skal få rett til å klage, over at avslaget er truffet på grunnlag av manglende informasjon fra helsetjenesten!)

Helsehjelp

= enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som er utført av helsepersonell eller av pasienten selv, eventuelt andre private, etter instruksjon av helsepersonell.

Loven fastslår:

- * rett til nødvendig helsehjelp
- * rett til fornyet spesialistvurdering
- * rett til valg av sykehus
- * rett til individuelle planer
- * rett til medvirkning
- * rett til informasjon
- * rett til vern mot spredning av opplysninger
- * rett til selvbestemmelse (regel om samtykke ved all helsehjelp)
- * rett til innsyn i egen journal
- * rett til retting og sletting av journalopplysninger
- * rett til å motsette seg utlevering av journal eller opplysninger i journal
- * barns rett til helsekontroll
- * barns rett til å ha foreldre med seg i helseintusjon
- * klagerett
- * pasientombud i alle fylker

har rett til god helse, og at det er helsetjenestens forbannede plikt å skaffe dem det. Hvis ikke alt utvikler seg slik man ønsker, er det bare å klage.

Vår egen profesjon må kanskje ta noe av skylden for det moderne menneskets overdrevne tro på hva den medisinske vitenskap kan utrette. Vi vet mye om hvor kompleks den menneskelige organisme er og hvor individuelt den reagerer både på sykdomsprosesser og på våre forsøk på å behandle dem. Vi vet at ikke bare behandlingsformer, men også sykdommer har sine komplikasjoner, og vi er smertelig klar over at vi ikke alltid lykkes i å redde liv og helse selv om vi har handlet faglig korrekt hele veien. De fleste av oss har greid å bevare en ydmykhet overfor menneskekroppens og menneskesinnets uforutsigbarhet og livets mangfoldighet. Men vi har ikke vært like flinke til å formidle den-

ne kunnskapen videre til befolkningen som vi er til å proklamere vår vitenskaps nye landevinninger. Og media gjør ikke akkurat saken lettere for oss.

Hvis man betrakter mennesket som en helt forutsigbar maskin og sykdom som en maskinfeil, er det ikke så rart at man kan betrakte god helse som en rettighet. Da må det jo skyldes inkompetanse eller uvilje i helsevesenet hvis de ikke straks finner feilen og får utbedret den. Og da blir rettighetstenking og klageadgang det eneste logiske.

Pasienten beskrives som den svake part, utlevert til helsevesenet. På godt og vondt må hun følgelig sikres med en rekke rettigheter. Dette medfører en rekke plikter for helsepersonellet, som også gjenfinnes i forslaget til ny helsepersonell-lov, men ingen tilsvarende plikter for pasientene. Et eksempel er at alt helsepersonell har plikt til å involvere pasienten i

all behandling og alle beslutninger, mens pasienten ikke pålegges noen tilsvarende plikt til å ta aktivt del. Lovmakerene har vel betraktet det som en selvfølge at alle pasienter har ønske om og vilje til å ta aktivt del i behandling og omsorg for egen helse. Til tross for en ukuelig tro på menneskets grunnleggende godhet, har 20 års yrkesliv lært meg at det ikke alltid er tilfelle.

Lovforslaget bærer preg av en uttalt mistro til at de mektige helseprofesjonene bruker sin makt til pasientens beste. Men kan det tenkes at pasienter skulle kunne finne på å utnytte systemet?

Det er vanskelig å finne spor av at lovmakerne har vært inne på denne muligheten. I de fleste tilfelle er det kanskje en rimelig rettighet at pasienter kan nekte at journal eller deler av journal utleveres fra en instans i helsevesenet til en annen, særlig hvis man regner med at helsearbeiderne vil bruke opplysningene til noe annet enn pasientens beste. Men jeg kjenner også endel pasienter, særlig medikament- og rusmisbrukere, som vil sette stor pris på denne rettigheten og utnytte den for alt den er verd.

Denne gjennomgangstonen av at helsepersonell er mektige profesjoner hvis makt må begrenses, mens pasienter er forsvarsløse objekter som må sikres på alle kanter, gir meg en guffen følelse av å være mistrodd. Jeg har alltid ønsket meg å komme ned av pidestallen, men jeg visste ikke at det var sånn det skulle føles.

Høringsnotatet tar heller ikke høyde for at de utvidede pasientrettighetene skal koste noe særlig; helsevesenet skal greie det meste innenfor de økonomiske og administrative rammene vi har fra før. Jeg får en litt uggen følelse av at lovmakerne tror at dårlig kvalitet på helsetjenester bare skyldes latenskap eller uvilje hos utøverne. Hvis vi bare blir oss bevisst at pasientene kan klage, så vil vi nok sette igang kvalitetssikringstiltak som vil bedre kvaliteten og faktisk virke kostnadsbesparende (s.73 i

høringsnotatet). Er det denne mistilliten til at jeg gjør så godt jeg kan i mitt daglige strev, at det er helt kurant å skvise meg enda litt til, som opprører meg sånn?

Utjevning eller større ulikhet?

Lovens uttrykte formål er å sikre hele befolkningen lik tilgang på helstjenester av god kvalitet. Men jeg ser for meg mange muligheter for å forsterke ulikhetene: Vil vi få en ny «helse-adel» av de ressurs-

sterke og taleføre som kan formulere sine klager og orientere seg i markedet, mens de mer lavmælte vil tape i kampen om begrensede ressurser? Og selv om befolkningen i utkantstrøk har de samme rettigheter som resten av befolkningen, har jeg vanskelig for å se hvordan disse rettighetene skal kunne bedre legedekningen, slik at begrepet «nødvendig helsehjelp» får det samme innhold her som i sentrale strøk.

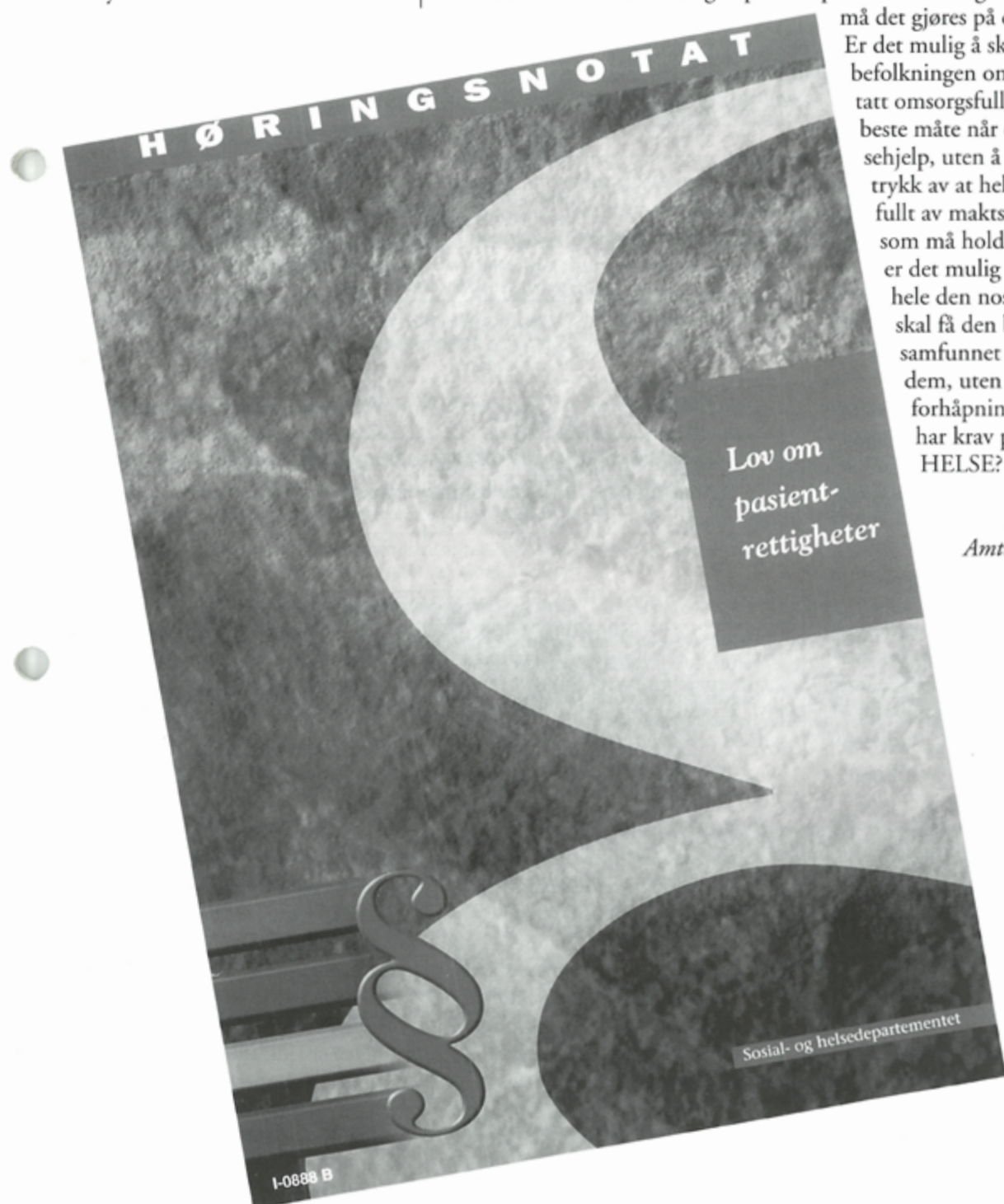
Hva vil denne fokuseringen på

rettigheter til kurative tjenester gjøre med det forebyggende arbeidet? Hvis en rettighetsfestet bedre tilgang på disse tjenestene ikke skal koste noe for samfunnet, er det ikke så vanskelig å tenke seg at det forebyggende helsearbeidet må bli salderingsposten for kommunene.

Konklusjon

Hvis jeg skal forsøke meg på en sådan, må det bli at selvfølgelig må pasientenes rettigheter sikres. Men må det gjøres på denne måten? Er det mulig å skape trygghet i befolkningen om at de vil bli tatt omsorgsfullt hånd om på beste måte når de trenger helsehjelp, uten å skape et inntrykk av at helsevesenet er fullt av maktsyke latsabber som må holdes i ørene? Og er det mulig å formidle at hele den norske befolkning skal få den beste helsehjelp samfunnet har råd til å gi dem, uten å skape falske forhåpninger om at de har krav på GOD HELSE?

Karin Skarsaune
Amtmann Urbyesv. 9
9800 Vadso



HVEM – HVA – HVOR?

Av Edvin Schei
og Tone Skjerven

Denne artikkelen har følgende formål: å gjøre våre allmennmedisinske kolleger oppmerksom på at det finnes et miljø hvor noen av oss gjør iherdige forsøk på å utvikle skreddersydde kurs og treningsmuligheter for allehånde kliniske ferdigheter. Vi ønsker å

- gjøre oppmerksom på de tilbudene vi allerede nå kan tilby
- bistå kursarrangører og andre med råd og dåd
- få henvendelser, forslag, tips og idéer til nye pedagogiske tiltak som kan høyne praktiserende legers kompetanse og arbeids glede.

Hvem arbeider vi for? Kompetansesenterets råd har representanter fra følgende organisasjoner: Spesialitetskomitéen, fagutvalget i APLF, NSAM, praktiserende spesialisters landsforbund, legeforeningens pedagogiske avdeling, og Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen.

Hvem er vi?

1. Tone Skjerven, daglig leder. 50 % stilling i KS, 50 % stilling som bydelslege i Bergen.
Tlf: 55 58 67 24, e-post: Tone.Skjerven@isf.uib.no
2. Edvin Schei. Dr.med. 50 % stilling i KS, 50 % stilling som førsteamanuensis ved Seksjon for allmennmedisin ved UIB.
Tlf 55 58 61 38, e-post: Edvin.Schei@isf.uib.no
3. Rune Mjanger. Spesialist og veileder i allmennmedisin. 20 % stilling i KS, egen praksis på Ostereidet i Lindås kommune.
Tlf: 55 58 67 21, e-post: Rune.Mjanger@isf.uib.no

2. – 3. februar	Chirurgia minor i allmennpraksis. 16 timer, 12 deltakere Arr. i samarbeid med Bergen legevakt.
Datoer ikke fastsatt 2-3 kurs våren 1998	Ryggkurs, lumbaldelen. Undersøkelse, forebygging, behandling. 16 timer, 12 deltakere
Mars	Bedre konsultasjoner del II. Oppfølgingskurs fra sept -97.
23. – 24. mars 20. – 21. april 11. – 12. mai 28. – 29. september 26. – 27. oktober 23. – 24. november	Ferdighetstrening, enkeltferdigheter. 2 dagers kurs à 8 timer. Moduler på 1-3 timer med praktisk trening i forskjellige praktiske prosedyrer under veiledning. Muligheter for å «skreddersy» opplegg med ønskede prosedyrer for f.eks veiledningsgrupper.
27. – 28. april	Lungesykdommer i allmennpraksis. Ferdighetskurs. 16 timer, 48 deltakere.
4.-8. mai	Refleksjonskurs for praktiserende leger. Deltakernes erfaringer brukes til å drøfte overordnede spørsmål vedrørende legeidentitet, yrkesrolle versus privatliv, motivasjon og arbeidsglede, offentlighetens forventninger til leger m.m. 20 deltakere. Sted: baroniet i Rosendal. (Forbehold om datoendringer).
14. – 15. mai	Når helseopplysning ikke virker – hvordan motiverer vi da? 15 timer, 15 deltakere. Atferdsmotivering – vekt på kommunikasjons- og konsultasjonstrening
10. – 11. september	Hjerte/kar sykdom i allmennpraksis – en praktisk tilnærming. 15 timer, 12 deltakere.
23. – 25. september	Kommunikasjonstrening for konsultasjonen. 16 timer, 12-14 deltakere
5. – 6. oktober	Diabetesomsorg i allmennpraksis. Korleis organisera omsorga? 16 timer. Kurset arrangeres for lege og medarbeider, 20 til sammen.
19. – 20. oktober	Bedre konsultasjoner i allmennpraksis. Metoder for kvalitetssikring og utvikling til hverdags. 15 timer, 15 deltakere.
9. – 10. november	Depresjon i allmennpraksis. 15 timer, 12 deltakere.
Skulderkurset, en av våre sikre suksesser, blir ikke arrangert i Bergen i 1998, men interesserte kan melde seg for å få det arrangert andre plasser.	
Gjensidige praksisbesøk i kollegagruppe arrangeres lokalt etter henvendelse fra grupper på 10-12 allmennpraktikere	

Tabell 1. Utdanningstilbud fra Kompetansesenteret 1998

4. Asta Lysebo. 50 % stilling i KS, 50 % på Bergen legevakt.
Tlf: 55 58 67 22, e-post: Asta.Lysebo@isf.uib.no
5. Steinar Hunskaar, professor i allmennmedisin, er prosjektleder. Adresse: Institutt for samfunnsmedisinske fag, Ulriksdal 8c, 5009 Bergen.
Telefax: 55 58 61 30

Hva er Kompetansesenteret? Et utviklingsprosjekt finansiert av

Legeforeningens kvalitetssikringsfond, administrert under Universitetet i Bergen, Seksjon for allmennmedisin. Det første kurset i Kompetansesenterets regi gikk av stabelen i 1995. Tabell 1 viser menyen for 1998.

Hva er «kliniske ferdigheter»? Kliniske ferdigheter for praktiserende leger er et vidt begrep som rommer hele spekteret av praktiske, kommunikative og administrative ferdigheter, samt de lærings-

ferdigheter som trengs for å følge med i faget og utvikle seg profesjonelt.

Hvor: Inntil nylig holdt vi til på loftet i Legenes hus, en deilig gammel villa i Bergen. Nå er vi flyttet nærmere våre frender på Seksjon for allmennmedisin, og har fått «normale» kontorer i Ulriksdal 8.

Hva er god undervisning?

Dette er et spørsmål som utfordrer oss daglig. Kompetansesenteret er opprettet i håp om at vi som arbeider der skal klare å gi noen gode svar, i form av undervisningstilbud som faktisk virker. «Virker» betyr for oss at deltakerne ikke bare er fornøyde (fornøydhetsen kan skyldes kursens underholdnings- og rekreasjonsverdi, hvilket er bra men ikke tilstrekkelig), men at de under kurset utvikler 1) innsikt, 2) motoriske og kognitive ferdigheter og 3) motivasjon for å anvende dette i praksis. Vårt klare mål, og det eneste som kan legitimere Kompetansesenterets eksistens, er at deltakerne kommer tilbake til kontorene sine med noe i bagasjen som gjør at de konkret oppnår bedre resultater for pasientene. Dette kan oppnås på ulike vis, men våre forskjellige tiltak har følgende fellestrekk: Det er deltakerne som skal lære, ikke underviserne. Derfor er det særlig deltakerne som skal være aktive. Deltakerne skal gjøres oppmerksomme på at de har et reelt ansvar for egen læring, slik at de reflekterer, undrer seg, spør, kritiserer og kommer med forslag. Deltakerne skal få tilbakemelding underveis på det de gjør, og skal kunne gi oss arrangører tilbakemelding på våre bidrag.

Læring av prosedyreferdigheter

Når vi underviser i praktiske ferdigheter har vi følgende høye mål for virksomheten:

- det skal kjennes viktig for deltakerne å lære mer temaet eller prosedyren

Ramme:	10-12 allmennpraktiserende leger. Kurset ledes av en lege og en universitetspedagog, og godkjennes med 50 kurstimer. Lokale grupper kan få kurset arrangert på stedet.
Besøkene:	4 praksisbesøk, hver deltaker er vert for og gjest hos 2 tilfeldig utvalgte i gruppen. Gjesten er tilstede under konsultasjonene, i prinsippet passiv, med notatbok. Vanlig timebokoppsett, men med tre 15-20 minutters åpninger for utveksling av kommentarer. Disse åpningene søkes strukturert som følger: først skriver begge noen minutter, deretter gir verten sine kommentarer, så gir gjesten sine. Begge søker å trekke frem positive aspekter først. Siste to klokketimer settes av til samtale og utarbeidelse av rapport til gruppen.
Motene:	20 timer, jevnt fordelt før, mellom og etter besøkene (vi har prøvd 2 varianter: kurstimene fordelt på 6 ettermiddagsmøter eller 3 hele dager). Innholdet i møtene kan deles i tre faser: 1. Gruppen varmer opp før praksisbesøkene: – mental forberedelse, bli kjent, utvikling av spilleregler for besøkene. Tema: kommunikasjon. 2. Etter de første besøkene møtes gruppen igjen: – erfaringsutveksling, refleksjon, videre planlegging. Tema: læring. 3. Etter at alle besøkene er gjennomført avsluttes kurset: – status presens, visjoner for egen videre praksisutvikling. Tema: et liv etter kurset.
Redskaper:	• Gruppeprosess, kommunikasjonsovelser, felles refleksjon og drøfting av praksiserfaringer. Synliggjøring av hver enkelt deltaker. • Bruk av dagbok, mange korte skriftlige øvelser, noen lengre. • Korte teoretiske innspill om læring, kompetanse, kommunikasjon, konsultasjonsteknikk. • «Helhetsspråklige» virkemidler: musikk og bevegelse, lyrikk, skjønnlitteratur, billedkunst. • Utvikling av visjoner for en fremtid i egen praksis. Skriftlig evaluering.

Tabell 2. Strukturen i kurset Gjensidige praksisbesøk i kollegagruppe

- instruksjonen skal være så klar og så detaljert at deltakerne umiddelbart skjønner hva de skal prøve å få til
- teoretiske foredrag skal ikke brukes hvis det ikke er absolutt nødvendig for at deltakerne (som er erfarne leger) skal kunne lære å utføre ferdigheten
- alle skal få personlig tilbakemelding på sin utførelse, hvilket betyr at det ikke kan være svært mange deltakere per instruktør
- det skal være god tid til repetisjoner, spørsmål og samtale om temaet
- det bør ikke være for mange innlæringslementer per dag
- deltakernes egenvurderte læring skal evalueres ved kursavslutning og ca. 3 måneder senere
- en ansatt ved Kompetansesenteret skal være til stede og se etter muligheter for å gjøre kurset bedre til neste gang

Legen – det viktigste instrumentet

«Bedre doktor» kan man åpenbart bli ved å beherske praktiske diagnostiske og terapeutiske prosedyreferdigheter på en mer hensiktsmessig måte. Men vi ser det også som vår oppgave å bidra til at leger blir

dyktigere til å beherske, utvikle og vedlikeholde sitt aller viktigste instrument, nemlig seg selv. Legevirksomhet forutsetter at legen utvikler sine allmenne kompetanser – som menneske i møte med mennesker: hun må være trygg, engasjert, konsentrert, årvåken og vår for det uforutsigelige i «den Andre». Dømmekraft, selvillit, å våge nærhet og avgrensning er fundamentale kompetanser for enhver lege. Derfor arrangerer Kompetansesenteret «myke» tilbud hvor legen selv, og menneskemøtet i konsultasjonene, står i sentrum. Vi håper vi kan bidra til å styrke de allmenne kompetanser og forebygge utbrenthet ved å la leger møtes i mindre grupper og få anledning til å lese, lytte, sanse, reflektere, bearbeide sine erfaringer, frustrasjoner og triumfer, oppleve kollegers måte å være doktor på, og utvikle nye tanker og drømmer om hvordan man kan ønske å utvikle sin praksis i årene som kommer. (Kurset Gjensidige praksisbesøk i kollegagruppe er et eksempel, skissert i Tabell 2). Med slike tiltak ønsker vi både at hver enkelt lege skal styrkes i sin daglige jobb, og å bidra til at det utvikles flere kollegiale nettverk og større åpenhet i allmennpraktikermiljøene. □

Gi meg en (varm) skulder...

Leserbrev fra en fornøyd deltaker på Solstrandkursets skulderkurs 1997

Kjære lesere,

Jeg dro til Solstrand i mai med tre klare formål:

- 1) å sikre meg tellende kurstimer på klinisk emnekurs til spesialiteten, som snart skulle fornyes – ett klinisk emnekurs kunne være like godt som et annet
- 2) å ha det sosialt hyggelig både på Solstrand og i tilknytning til Festspillene i Bergen

- 3) å få litt nødvendig hvile, søvn og dessuten mosjon – etter noen anstrengende måneder forut.

Pkt. 3 ble faktisk oppfylt – bedre enn forventet. Pkt. 2 overgikk seg selv – som vanlig når man er på Solstrandkurset og sammen med vennligstemte og feststemte kolleger. Det var imidlertid punkt 1 som ble den helt store overraskelsen.

Det skulle holdes et klinisk emnekurs med tittel «Praktisk ferdighetskurs i diagnostikk og behandling av skulderlidelser». En slik tittel kiler ikke en type som meg spesielt, som verken er god i anatomi eller spesielt begeistret for allehånde plager fra muskler og ledd. Det luktet for mye preklinisk medisin og naturvitenskap for meg. Min noe depressive forhåndsinnstilling ble fort gjort til skamme.

Det begynte med anatomi, noe jeg trodde jeg helt hadde glemt det meste av, ihvertfall i skulderen. Foreleseren (Are het han visst) tentte en ild, som gjorde at selvtilliten nærmest synlig vokste i forsamlingen ved at flere fikk typer aha-opplevelser om at ikke all anatomi-kunnskap var havnet i de evige arkiver. Men så kom det virkelig morsomme.

Vi var delt inn i grupper med hver vår gruppeinstruktør: dyktige fysioterapeuter og enkelte spesialdrillede leger. Vi skulle kle av oss, riktignok bare på overkroppen og damene fikk lov å behold BH'en på. Det tok lang tid å få av seg skjorten/T-skjorten første gang. Så skulle vi undersøke hverandre. Om igjen og om igjen – mange tester, mange diagnoser og etterhvert klarte vi faktisk å koble sett av tester opp mot diagnoser. Vi følte oss ikke lite kry. Det var nesten som ungen som tok sine første skritt.

Gruppevis fikk vi også øve oss med injeksjoner på kalde plast-

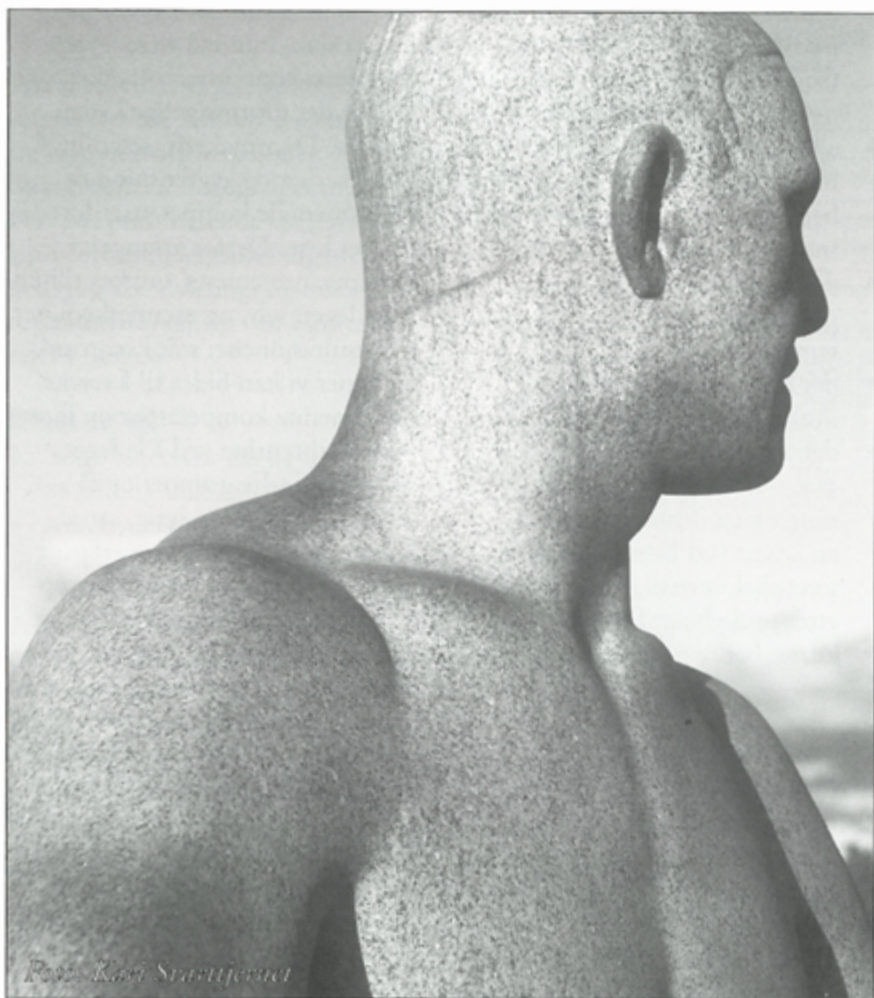


Foto: Kari Strøttjernet

skuldermodeller. Det lyste grønt i en lampe når injeksjonen var rett satt, rødt når det var feil. Det skulle ha vært slik i virkeligheten også. Lære det gjorde vi.

Begeistringen for kurset og dets pedagogikk var til å føle på i forsamlingen. Det nærmet seg nesten et gammeldags vekkelsemøte uten at noen bør ta anstøt av den sammenligningen. Gjentakelser og det praktiske grepet – bokstavelig talt – var nok noe av hemmeligheten. Etterhvert forsvant skjortene og blusene av fortære enn svint når vi ante at vi skulle til å undersøke hverandre igjen. Det ble etterhvert nesten et problem for kursledelsen å få oss til å kle på oss igjen. Det var et syn av de sjeldne å se utover den halvnakne forsamling av kolleger av begge kjønn – Dagbladet skulle ha sett oss! Det kunne være å håpe at noen tok et bilde. I så fall kunne det sikkert egne seg i UTPOSTEN, muligens i spalten SMIL I HVERDAGEN.

Når jeg nå mange måneder

etterpå leser om Kompetansesenteret for kliniske ferdigheter (se artikkel i dette nr. av UTPOSTEN), skjønner jeg ennå mer og blir glad av det. Det vi opplevde var faktisk en del av en pedagogisk strategi fra dette senteret, og det skal anvendes også på andre tema.

Det avgjørende spørsmål er om dette kurset har betydd noe for min praksis. Kompetansesenteret stiller jo også spørsmålet: Hva er god undervisning? Det må gjerne være underholdende, men det bør være noe mer. Kompetansesenteret har nå sendt ut evalueringsskjema til deltakerne på kurset. Tør jeg stå frem med mitt svar og dermed rope om kurset har betydd noe som helst for meg utover tellende kurstimer og en hyggelig stund så lenge det varte? Jeg skal ikke gå i detalj og heller ikke unødig blame meg. Jeg kan allikevel si at kurset faktisk har betydd noe for min atferd og kliniske praksis i forhold til skulderplager. Jeg fulgte rådet om å begynne allerede første kon-

tordag med det jeg hadde lært. Heldigvis dukket det opp en aktuell (og varm) skulder. Jeg husket noe, og slo opp i notatene etterpå. Så ble det en stund til jeg så en varm skulder igjen, ihvertfall en jeg kunne tillate meg å undersøke. Da ble det noe halvhjertet. Jeg ble forbannet på meg selv. Jeg gikk hjem til mine notater og har siden slått opp i dem gang på gang. Noe mer sitter hver gang, spesielt når jeg har fått prøvd kunnskapen ut på en (varm) pasient. Begynner jeg å bli gammel? Så husket jeg det gamle latinske uttrykket «Repetitio est mater studiorum» – Gjentakelse er studienes mor. Skal man kunne noe, må det gjentas og gjøres ofte nok. Det var god trøst og god pedagogikk.

Takk for et nyttig kurs, som lever videre i min praksis!

Vennlig hilsen,
Helge Worren



Reiulf Steen brukte nettopp næringsmiddeltilsynet som døme på kor komplisert dette samfunnet er blitt. – Til fleire vi tilset i dette tilsynet til meir diaré får vi, slo han fast. Med det meinte han at vi har fierna så mykje av den naturlege bakteriefloraen i magen vår ved stadige kontrollar at vi toler ingenting meir. Og kampen om diaré er nettopp visjonen eller målet for alt arbeid i næringsmiddeltilsynet.

Utdrag fra Sogn Avis forfattet av Johs. B. Thue 7/10-97

KLAGESAKER – hva er alternativet?

Fagsjef Hege Raastad, Statens helsetilsyn intervjuet
av Helge Worren

Hege Raastad er fagsjef i avdeling for primærhelsetjeneste, Statens helsetilsyn. Hun har tidligere vært kommunelege i Svolvær.

Hva er det som fascinerer deg ved klagesaker?

Jeg er ikke fascinert av klagesaker som sådan. Jeg er imidlertid fascinert av hva man kan lære gjennom å jobbe med klagesaker. Å bli kjent med jusen som verktøy og å oppleve møtet mellom medisinen og jusens verden i klagesakenes virkelighet – det er utfordrende og til tider fascinerende. Både vi i Helse-tilsynet og fylkeslege-kontorene er klar over at vi har et forbedringspotensiale i klagesaksbehandling. F.eks. er saksbehandlingstiden ofte for lang. Men i møtet mellom jusen og medisinen er det også behov for kontinuerlig opplæring for at vi som saksbehandlere med ulike oppgaver har en felles forståelse av regelverket vi som tilsynsmyndighet er satt til å forvalte. Det er fristende å svare på ditt spørsmål med et nytt spørsmål: hva er alternativet til klagesaker?

Hva tror du er de viktigste årsakene til økningen i klagesaker de senere år? Nå har ikke jeg de eksakte tall foran meg, men du har nok rett i at det er en viss økning. Jeg jobber med klagesaker relatert til primærhelsetjenesten og det er flest saker på leger. Det er en økt fokusering på rettigheter fra politikere og media. Det er særlig en økt oppmerksomhet på individrettigheter og saker av typen «individ mot systemet». Videre tror jeg det er en økt angst blant folk at goder skal gå dem forbi, at de skal bli forbi-

gått. Dette skjer parallelt med at samfunnet, også medisinen, blir mer komplisert og at det er vanskelig å sitte med oversikten. Det er vanskelig å si om det reelt sett er flere forhold som gir grunnlag for klager, men det er viktig å huske på at medisinsk virksomhet blir stadig mer komplisert og uoversiktlig og at mer gjøres totalt i helsetjenesten. I et slikt perspektiv vil det nødvendigvis kunne bli statistisk sett en større sjanse for feil.

Er det uheldig at det fokuseres så mye på klagesaker?

Det kan være uheldig hvis det påvirker helsepersonells kontakt med pasienter slik at mye av virksomheten gjøres «for sikkerhets skyld» og at arbeidet først og fremst preges av krav, evt. hensyn-taken til mulige søksmål. En slik innfallsvinkel til arbeidet vil lett kunne stille de faglige hensyn i bakgrunnen og dessuten svekke tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell. Men helsepersonellet plikter å kjenne til det regelverket som styrer deres virksomhet. Tilsynsmyndighetene har en oppgave i å bidra til å gjøre regelverket kjent og tilgjengelig. Ved siden av mye skriftlig materiale har Helse-tilsynet/fylkeslegene også en hjemmeside på Internett. Det er også en misforståelse at vi er ute etter å «ta» helsepersonell – og kanskje spesielt leger. Tilsynsmyndighetene skal ivareta rettsikkerheten både til pasienter og helsepersonell i klagesaksbehandlingen. Det pågående «klagesaksprosjektet» har gjort en gjennomgang av en årgang klagesaker for å vurdere hvordan vi ivaretar bl.a. disse aspektene.



Mange helsepersonell kan føle at «dette kunne ha vært meg» når de hører om klagesaker. Er det noen tommelfingerregler for helsepersonell? Et tilbakevendende fenomen er at dokumentasjonen/journalen er mangelfull, ikke minst i forbindelse med legevakt. Det er en misforståelse at et godt journalnotat nødvendigvis skal være så omfattende. Mange leger blir også irritert på at juristene skal bestemme hva som er godt nok journalnotat. Men i klagesaksbehandling som gjelder lege er det lege som gjør den medisinsk-faglige vurderingen. Som tommelfingerregel når det gjelder journalnotat vil jeg si det slik: Et journalnotat skal være slik at det gir tilstrekkelig grunnlag for «neste lege» å bygge en undersøkelse og vurdering på. Og da må det være leselig, identifiserbart på pasient, lege, tidspunkt og være «to the point» ifht. det aktuelle. At det ikke står noe om allmenntilstand i et notat vedr. et febersykt barn er for dårlig. Det kan kanskje være en idé å drøfte i kollegagrupper hva et godt journalnotat bør inneholde, gjerne med konkrete eksempler. Det vil trolig også kunne være en idé at kolleger i et distrikt (evt. legevaktsområde) drøfter felles praksis med journalnotater. Som en annen tommelfingerregel vil jeg

anbefale A-preparat protokoll, både på legekontoret og legevakt. Det er viktig å holde orden i egen virksomhet. Foruten journalføring, gjelder denne orden i høy grad også ulike forskrivninger. Blir du gjenstand for en klagesak, kan det være lurt å kontakte Fylkeslegen for å høre hvordan saken skal takles fra din side. Hensikten bør ikke da være å øve press på utfallet av saksbehandlingen, men å skaffe seg informasjon om videre fremgangsmåte. Bl.a. er juskunnskapen ofte lite velutviklet hos oss helsepersonell, og misforståelser kan kanskje ryddes av veien. Vi kommer ikke forbi at helsetjeneste, ikke minst medisinsk virksomhet, er en risikovirksomhet. Vi må lære oss å leve med det, selv om det kan være tungt for den som rammes av en klagesak.

Frykter du at vi kan gå mot amerikanske tilstander i Norge?

Det mener jeg avgjort ikke. Vår forvaltningspraksis og byråkrati er såvidt sterkt knyttet opp mot individuelle rettigheter for såvel pasienter som helsepersonell at jeg tror dette er vår garanti mot en slik utvikling.

Hva gjør Helsetilsynet for å redusere klagesaksmengden utover å behandle de klagesaker som blir oversendt fra fylkeslegene?

Helt kort til orientering: Det er kun et mindretall i forhold til det totale antall saker som havner i Helsetilsynet. Det er de mest alvorlige sakene og der hvor fylkeslegens avgjørelse påklages som havner hos oss. Når det gjelder ditt spørsmål, så gjør vi sannsynligvis ikke nok. Klagesaksprosjektet driver en kontinuerlig evaluering av tidsbruk og kvalitative sider ved klagesaksbehandlingen. Dette vil forhåpentligvis på noe lengre sikt kunne føre til nyttige tilbakemeldinger til helsetjenesten og publikum. Helserett-Info kan man abonnere på. Vi har nok en stor pedagogisk utfordring foran oss når det gjelder å få mer og bedre informasjon ut om klagesaker og vi kan ha

et optimistisk håp på at dette etter hvert fører til færre klagesaker fordi grunnlaget for klagesaker reduseres.

Er det noen særtrekk for klager ifht. primærhelsetjenesten?

Jeg kjenner ikke godt nok til klager i forhold til annenlinjetjenesten og har vanskelig for å kunne sammenligne. Klager på forskrivning er vel spesielt ifht. primærleger. Disse er ofte svært vanskelige saker, fordi de innebærer et nitidig kartleggingsarbeid, kan få store konsekvenser for den legen det gjelder og kan være vanskelig å vurdere ifht. hva som er forsvarlig forskrivning. Felleskatalogteksten mht. indikasjoner og dosering samt Helsetilsynets veileder (Hesedirektoratets veiledningsserie 2-90. Veileder i forskrivning av vane-dannende legemidler) er imidlertid nyttige hjelpemidler i vår saksbehandling. Generelt må vi vel si at definisjonen av forsvarlig virksomhet kan være vanskelig. Det er et dynamisk begrep som vil avhenge av rådende medisinsk kunnskap, situasjon og av og til geografi. Det som kan være riktig og forsvarlig på «den ytterste nøgne ø» er ikke nødvendigvis riktig og forsvarlig virksomhet på et sykehus.

Er ikke klagesaksbehandlingen juriststyrt?

Det er en myte. Det er selvsagt et etablert og strukturert samarbeid mellom juristene og helsefagfolk. Det er imidlertid fagfolk som beskriver og vurderer det faglige innhold. Ikke minst vurderer vi som fagfolk skadepotensialet i den aktuelle situasjon og hvorvidt nødvendig aktsomhet er utvist. Videre vurderer vi avvikstørrelsen i det som er gjort eller ikke gjort ifht. til det som anses å være alment akseptert faglig virksomhet. Vi vurderer dette ikke utfra hva som er optimalt, men utfra hva som er godt nok. Når sakkyndige uttalelser innhentes anvendes prinsippet «like for like», dvs. at en sak vedrørende en allmennmedisin er vurderes av en spesialist i allmennmedi-

sin og ikke f.eks. av en indremedisiner eller kirurg.

Tar ikke klagesaksbehandlingen altfor lang tid?

Som tilsynsmyndighet kan vi sikkert gjøre mer for å behandle sakene raskere. Allikevel har jeg lyst til å si at noe av grunnen til at mange saker tar tid er at vi sliter med dem, de er vanskelige og alle forhold skal veies opp mot hverandre i rettferdighetens og rettsikkerhetens navn. Noen saker må rett og slett få lov til å modnes uten at dette skal oppfattes som et forsvar for byråkratisk sendrekthet.

Så du mener at vi kan lære av klagesaker?

Ja, jeg mener avgjort at vi kan lære av klagesaker. Vi bør ikke bruke energi på å late som de ikke finnes. Jeg gjentar det retoriske spørsmålet: hva er alternativet? Foruten at klageadgangen ivaretar grunnleggende rettigheter, er klagesakene en kilde til kvalitetsutvikling av helsetjenesten og grunnlaget for å kunne opprettholde tilliten til publikum. Noen etterlyser tilsynsmyndigheten (Helsetilsynet og fylkeslegene) som trøstere og støttespillere i klagesaker. Tilsynsmyndigheten er selvsagt samarbeidspartner, men «støtte og trøst» er ikke vårt bord på annen måte enn å gjøre ryddig og korrekt saksbehandling. Mitt råd er: Snakk med kollegaer og bruk kollegagrupper. Legeforeningen har jo også viktige tilbud om «lege for lege» og andre kollegastøtteordninger for kollegaer som sliter av en eller annen grunn. Klagesakene vi behandler handler om mange ulike forhold og noen ganger slår det meg at det er utrolig hva vi som kollegaer og pasienter godtar. Hvis vi selv skal til behandling – eller noen av våre venner/familie – vil vi jo ha det beste. Det gjelder jo også hvis vi skal ansette kollegaer og medarbeidere. Derfor blir det av og til et paradoks at vi som tilsynsmyndighet blir møtt med så mye skepsis i forhold til at helsetjenesten og helsepersonell driver faglig forsvarlig. □

Pasientrettigheter – godt, men tveegget sverd

Tekst og foto: 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.

En sentral helsepolitisk målsetting er å styrke pasientrettighetene. Helsepersonell pleier også være flinke til å målbare dette ved passende anledninger. I forslaget til ny lov om pasientrettigheter er gjeldende og nye rettigheter samlet i en lov. Blant de nye rettighetene finner vi rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, fritt sykehusvalg og rett til fornyet spesialistvurdering (second opinion) på visse vilkår. Pasientombudsordning skal etableres i alle fylker.

Pasientrettigheter utløser korresponderende klageretter, noe helsepersonell ikke alltid er like glade

for. Og det klages som aldri før. Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) behandlet i 1996 1.806 saker. I 1995 var tallet 1.426, som gir en økning på 27%. Fra 1994 til 1995 var økningen 20%. Flere fylkesleger melder om markant økning siste år. I Sogn og Fjordane økte tallet på ferdig behandlede saker fra 1994 til 1996 med vel 75%. Statens helsetilsyn, som får oversendt de alvorligste sakene, hadde en sterk økning for noen år siden, men tallet har stabilisert seg omkring 200 de siste årene. Dette kan tyde på at det er de mindre alvorlige sakene som kan avsluttes hos fylkeslegene, som utgjør det meste av veksten.

Hvorfor har vi fått denne økningen? Er det en ønsket utvikling ved at pasientene endelig tør si fra slik at vi får fram manglene i helsetjenesten, eller er det tegn på at noe annet er galt? Helsetjenesten er på de fleste områdene og på de fleste stedene i landet neppe dårligere i dag enn for 5-10 år siden. Derimot blir avstanden mellom folks forventninger og krav til helsetjenesten og det helsetjenesten faktisk er i stand til å gjøre stadig større. NPE mener bedre kunnskap om klageordning er en viktig årsak til økningen og har trolig rett i det. Men minst like mye er det nok uttrykk for en holdningsendring i samfunnet med økt vektlegging av og økt bevissthet om rettigheter ved konsum av ulike varer og tjenester, ikke minst helsetjenester. Media har bidratt til denne utviklingen gjennom fokusering på mangler og feil som gjøres og klager som følger av dette. Det er grunnlag for å snakke om en endret klagekultur.

Denne utviklingen har flere

positive sider. En demokratisering av helsetjenesten med mer makt til pasientene og sikring av deres rettigheter har vært og er berettiget. Helsetjenesten trenger også den overvåking og det korrektiv pasientrettighetene og klagenes representerer. Men i dette positive perspektivet og på spranget inn i en ny pasientrettighetslov er det også grunn til å reflektere over de erfaringene vi har på dette området i dag.

Fra en fylkesleges ståsted synes det å være et vesentlig element av tilfeldighet når det gjelder hva som skal til for å utløse en klage. Noen finner seg i det meste mens andre ikke kan sies å ha den egenskapen. De sakene som havner hos fylkeslegen gir derfor ikke noe representativt bilde av feil eller uheldige forhold i helsetjenesten. Mange feil blir ikke avdekket eller rapportert, og et ikke helt lite antall av de sakene som mottas har lite å gjøre hos fylkeslegen.

Hovedformålet med klageretten er å sikre den enkeltes rettigheter, men det er også viktig å bruke klagenes som utgangspunkt for læring og kvalitetsforbedring. Fra klagerens side er imidlertid hensikten med klagen svært varierende. Noen er mest eller utelukkende opptatt av å få økonomisk erstatning. Noen klager over lang ventetid eller manglende tilbud. Andre ønsker helsepersonell eller helsetjenesten refset eller straffet for utilfredsstillende eller feil behandling, mangelfull informasjon eller utilbørlig oppførsel. Endelig er det noen som bare ønsker å gi en tilbakemelding over forhold de har opplevd og vært misfornøyd med og ser fylkeslegen som den naturlige mottaker og videreformidler av

slike tilbakemeldinger. Med litt bedre antenner, litt større lydhørhet og bedre kommunikasjon kunne ikke så få klager vært unngått.

Det er tydelig at kunnskapen om hva ulike klageinstanser overprøver og kan utrette er mangelfull. Det gjelder både med hensyn til hva pasientene kan klage på, hva som skal til for at en klage har en rimelig sjanse til å føre fram og hvilken instans som er den mest fornuftige adressat for klagen. Fylkeslegen vurderer det faglige innholdet i helsetjenesten og om dette er i samsvar med kravene i helselovgivningen. Fylkeslegen er også ankeinstans ved klager på at retten til nødvendig helsehjelp i kommunehelsetjenesten ikke er oppfylt. Fylkeslegen har ikke noe med økonomisk erstatning å gjøre. Mishag-sytringer og klager over mindre alvorlige forhold er det som regel mer hensiktsmessig å rette direkte tilbake til den det gjelder og den som er ansvarlig for helsetjenesten istedenfor til fylkeslegen. Ved sidan av helsetjenesten selv og fylkeslegene har pasientombudet en viktig rolle å spille med hensyn til informasjon og rettledning i vurdering og adressering av ulike klage-mål. Det er derfor gledelig at den nye loven vil pålegge pasientombudsordning i alle fylker.

Hovedfokus i klagesakene er fremdeles oftest på hvilke feil det enkelte helsepersonell har gjort istedenfor å fokusere på organisatoriske forhold som på ulike måter truer kvaliteten på helsetjenestene som ytes. Ansvarliggjøring av utøvende helsepersonell virker naturlig for den som er rammet av feil, men er sjelden særlig nyttig for å bedre kvaliteten på tjenestene og forebygge nye feil. Dette er tankevekkende, og tilsynsmyndighetene prøver i økende grad å vurdere klagesaker også i lys av de organisatoriske forhold feil er gjort under.

Ingen tviler på at klageretten er en viktig rettssikkerhetsgaranti vi skal ha. Men omfattende klagerettigheter koblet til en økende klagekultur har også sine kostnadssider.

For det første er klagesaksbehandlingen ressurskrevende. Ressurskravet gjelder ikke bare for tilsynsmyndighetene, men også for utøvende helsepersonell, som dels må gjøre greie for virksomheten sin i påklagde tilfeller og dels må brukes som sakkyndige i den faglige vurderingen som skal gjøres. Disse ressursene kunne trolig ved alternativ bruk, som feks økt tilsynsaktivitet og frigjort tid til pasientbehandling, ha bidratt sterkere til kvalitets- og kapasitetsøkning i helsetjenesten enn mye av klagesaksbehandlingen gjør.

For det andre blir den sterke fokuseringen på feil og det økte innslaget av jus i helsetjenesten opplevd som en belastning av helsepersonell. Det fører også til en defensiv, «for sikkerhets skyld» med overdreven prøvetaking, spesial- og spesialistundersøkelser for å gardere seg mot framtidige, mulige klager. Ved siden av å være ressursødende vet vi mange undersøkelser heller ikke er risikofrie eller bivirkningsfrie for pasientene. Endelig skal nevnes at klageprosessen ikke sjelden også har en betydelig kostnadsside for pasienten. Vi kan bare gå til USA for å se

hvor galt dette kan bære av sted. I værste fall kan vi oppleve den paradoksale situasjon at ordninger som er innført for å sikre den enkelte pasient, gir en dårligere samlet helsetjeneste.

Utfordringen ligger i å finne et rimelig rettighetsnivå og gjennom informasjon og på andre måter arbeide for å skape en sunn klagekultur. Særlig viktig er det å bringe forventningene til helsetjenesten ned på et realistisk nivå. Ansvar for dette må ligge kollektivt både på helsetjenesten, sentrale helsemyndigheter og politikere. Litt hjelp fra media hadde heller ikke vært å forakte. Lansering av nye pasientrettigheter som helsetjenesten ikke har realistiske muligheter til å imøtekomme, er ikke gode bidrag i denne prosessen. Det bør være en viktig rettesnor i den videre behandlingen av forslaget til den nye loven om pasientrettigheter, der defineringen av hva som skal ligge i retten til nødvendig spesialisthelsetjeneste nok blir det vanskeligste spørsmålet.

Petter Øgar
Postboks 411
5801 Sogndal



*Kom endelig hit med klagen Deres, frue
– så skal vi nok behandle den effektivt!*

Legevaktslegene – hvordan har de det, og hvordan tar de det?

En spørreundersøkelse blant leger ved en interkommunal legevaktsentral

Tekst:

Jan Emil Kristoffersen



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

Publikum kontakter legevakten med et bredt spekter av helseproblemer, fra bagatellmessige til livstruende tilstander. Som legevaktsleger vil vi ofte møte pasienter med tidlige og uspesifikke symptomer på potensielt alvorlige tilstander, og vi har vanligvis begrensede muligheter for å gjøre supplerende undersøkelser på stedet. Arbeidet foregår ofte under et betydelig tidspress. Denne spesielle arbeids-situasjonen gjør at risikoen for å

overse alvorlig sykdom kan være relativt stor ved legevaksarbeid. Dette avspeiles i at klager på behandling i førstelinjetjenesten forholdsvis ofte gjelder legevaksarbeid. Dette er dokumentert både i norsk og utenlandsk litteratur. (1,2)

Alle leger har et forhold til det å kjøre legevakt, i det minste fordi alle i løpet av sin distriktsturnus har måttet smake på fenomenet. For mange av oss er det nok slik at noen av våre fineste og mest minneverdige opplevelser nettopp har vært på sykebesøk i griskgrendte strøk som unge leger.

Selv om kolleger i tynt befolkede områder stadig kan oppleve slike gleder er det nok slik at i øyeblikket er det slitet som kjennes best, mens romantikken er mest synlig i ettertid.

I og rundt storbyene gjøres arbeidet i stor grad på vaktsentraler hvor pasientene kommer til legen, og muligheten for natur-opplevelser for legen reduseres betydelig, samtidig som publikum kan ha andre og høyere krav til service og tilgjengelighet. Legen vurderer udiskutabel øyeblikkelig hjelp, hjelper kronisk syke med oppståtte problemer, eller strever med medikamentmisbrukere og «doktorshoppere», alt i et høyt tempo.

For mange leger er legevaktjeneste et nødvendig onde, enten en pålagt plikt, eller en nødvendighet for å spe på økonomien i en fast lønnet stilling som kliniker, byråkrat eller forsker. Legevakt må sies å ha hatt lav faglig status, og lege-

vaktjenester har i liten grad vært gjenstand for forskning og fagutvikling (3)

Tidsskrift for den norske lægeforening har tidligere publisert en studie fra en allmennlege-gruppepraksis. Den viste at primærlegen i liten grad visste om og når pasienter han hadde vært i kontakt med, døde (4). Legers behov for tilbakemelding om sluttresultatet av medisinsk behandling kolliderer også i noen grad med taushetspliktbestemmelsene (4). Helseminister Gudmund Hernes kommenterte sider ved dette problemet i et intervju i tidsskriftet i 1996 hvor han bl.a. sa at det hadde overrasket ham at «legene som har vært involvert i et sykdomsforløp, sjelden får informasjon om hvorledes det til sist går med pasienten» (5)

Usikkerheten om hva som skjer etter ens egen opptreden på den spesielle arena som legevakten er, har jeg selv følt i mange år. Slik har egne erfaringer og bekymringer dannet grunnlaget for denne spørreundersøkelsen, som ble gjort våren 1996. Spørreundersøkelsen ble gjort i forkant av en større prospektiv undersøkelse av legevaktslegens rolle ved dødsfall. Jeg ønsket å få et innblikk i hva slags erfaringer og tanker legevaktslegene har når det gjelder dødsfall, epikriser/tilbakemeldinger, klagesaker og kollegastøtte

Materiale og metode

Undersøkelsen ble gjort ved Lillestrøm legeformidling, som er en

interkommunal legevaktsentral for kommunene Rælingen, Skedsmo og Lørenskog, med en samlet befolkning på ca 80 000 mennesker. Vaktentralen har ikke daglegevaktfunksjon. Skader behandles i alt vesentlig på en egen kirurgisk legevakt. Det er kort vei til sentralsykehus og godt utbygget ambulanse-tjeneste i vaktområdet. Distriktet er ca 40 km langt fra ytterkant til ytterkant. Ca 50 leger er til en hver tid tilsluttet ordningen, hvorav ca. 2/3 er allmennpraktikere i de tre samarbeidskommunene.

Metode

Det ble sendt ut et spørreskjema til de 49 legene som var aktive pr. april 1996. Bare fem av disse var kvinner, og det ble derfor ikke spurt om kjønn. I et såpass lite materiale ble den enkelte lege også anonymisert ved at alder skulle oppgis i 10-års intervaller, mens hovedstilling skulle angis som «primærlege» eller «annet legearbeid». Skjemaet krevet i en pretest ca 15 minutter å fylle ut.

Skjemaet er gjengitt i kondensert form nedenfor:

Figur 1.

Figur 1. Spørreskjema til legen (Kondensert form).

- Hvor gammel er du?
- Når ble du autorisert som lege i Norge?
- Jobber du i almenpraksis eller i annen type legearbeid?
- Hvor mange år totalt har du kjørt legevakt?
- Hva er de viktigste grunnene til at du kjører legevakt: (Ranger tre viktige grunner fra 1 til 3, med nr.1 som viktigste grunn)
 - Det hjelper meg å holde kontakten med praktisk legearbeid.
 - Det er en naturlig del av mitt yrke å ta døgnansvar i mitt distrikt.
 - Jeg trenger pengene jeg tjener på legevaktsarbeid.
 - Jeg er pålagt av kommunens helsestyre å ta legevakter
 - Jeg synes det er faglig utfordrende og spennende arbeid
 - Det gir en bredere kontaktflate med kolleger i området hvor jeg arbeider
 - andre grunner.
- Har du i forbindelse med pasienter du har behandlet på legevakt opplevd at pasienten dør før du har fått behandlet pasienten, mens du undersøker/behandler pasienten, eller like etter at du har reist fra eller sendt hjem pasienten?
 - Har du opplevd å bli kritisert for din hantlemåte i slike tilfeller?
 - Ble du i så fall kritisert av pårørende, sykehuspersonell eller AMK/ambulansepersonell?
 - Har du fått en formell klage eller søksmål i slike tilfeller?
 - Har du opplevd å bebreide deg selv i slike tilfeller?
 - Har du opplevd å få snakke om situasjonen med en støttende kollega?
- I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende utsagn:
 - Jeg får alltid tilbakemelding i form av epikriser eller obduksjonsrapporter når pasienter jeg har behandlet på legevakt dør.
 - Jeg føler ikke mer behov for tilbakemelding om pasienter jeg har behandlet på legevakt.
 - Hvis jeg har valgt å ikke legge inn en pasient hvor jeg var i tvil om alvorlighetsgrad og innleggelsesindikasjon kan jeg bekymre meg for utfallet i flere dager etterpå.
 - Jeg har lest og satt meg grundig inn i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.
 - Jeg har gjort meg godt kjent med hvorledes AMK-LV sentralen fungerer i mitt vaktområde.
 - Jeg har gjort meg kjent med hvilke kompetansekrav og behandlingsfullmakter som er tillagt ambulansepersonell i vaktområdet.
 - Jeg synes samarbeidet mellom legevakten og ambulansetjenesten er preget av klare ansvarsforhold.

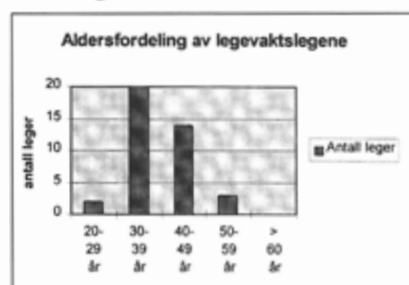
Resultater og drøfting

Etter en purrerunde hadde 39 av 49 leger besvart skjemaet (80%). Aldersfordelingen var slik:

Tabell 1. Aldersfordeling 39 legevaktsleger.

Alder	n	%
<30 år	2	5,1
<40 år	20	51,3
<50 år	14	35,9
>50 år	3	7,7
Total	39	100

Fig 2. Aldersfordeling av 39 legevaktsleger.



De 39 legene som besvarte spørreskjemaet hadde hatt norsk autorisasjon i fra ett til 33 år, gjennom-

snittlig 11,1 år. De hadde fra ett til 32 års erfaring som legevaktsleger, gjennomsnittlig 10,6 år. Flest legevaktsleger var det i alderen 30-39 år, og over 90% av legevaktslegene var under 50 år.

Av de 39 legevaktslegene var 26 leger allmennpraktikere mens 12 leger var engasjert i annet legearbeid, først og fremst sykehusansatte kolleger. En lege hadde ikke besvart spørsmålet.

Legene ble spurt om deres viktigste grunn for å kjøre legevakt. Svarene var relativt entydige: Leger kjører legevakt fordi de trenger pengene, i hvert fall svarte en majoritet på nær 60% at dette er den viktigste motiverende faktor. Dette er vel også en viktig delforklaring på at den mindre gjeldstyngede del av legestanden – de over 50 år – stort sett var fraværende fra vaktlistene.

Fra egen erfaring vet jeg at det er når pasienter dør i kjølvannet av kontakt med meg som legevaktslege at jeg føler mest usikkerhet i forhold til kvaliteten på den jobben jeg gjorde med vedkommenne. Derfor var jeg interessert i å kartlegge hvorledes andre kolleger taklet tilsvarende situasjoner.

33 av 39 leger hadde opplevd at pasienter hadde dødd mens de var på vei til eller fra legevaktsbesøk, eller under selve konsultasjonen. Deres svar på delspørsmålene under pkt.6 i fig.1. fordelte seg slik:

Det fremgår av tabellen at nesten tre fjerdedeler av legene hadde opplevd at pasienter dør før de når frem til legen, eller mens legen er på vei til dem. Nær halvparten av legene hadde opplevd at pasienter døde under selve konsultasjonen, og 40% hadde opplevd at pasienter døde umiddelbart etter konsultasjonen av/med de symptomer eller sykdommer som var kontaktsårsaken.

Hver tiende lege hadde opplevd å bli kritisert for sin hantlemåte.

Bare to av de i alt 39 leger hadde opplevd å få formelle klager ved

Det hjelper meg å holde kontakt med praktisk legearbeid.	13,2%
Det er en naturlig del av mitt yrke å ta døgnansvar i mitt distrikt.	13,2%
Jeg trenger pengene jeg tjener på legevakt.	57,9%
Jeg er pålagt av kommunens helsesjef å ta legevakter.	2,6%
Jeg synes det er faglig utfordrende og spennende arbeid.	7,9%
Det gir en bredere kontaktflate med kolleger i området hvor jeg arbeider.	2,6%
andre grunner.	2,6%

Tabell 2. Hva er de viktigste grunnene til at du kjører legevakt: (Ranger tre viktige grunner fra 1 til 3, med nr.1 som viktigste grunn)

slike hendelser. Såvel pårørende som sykehus og AMK/ambulansepersonell hadde fremmet kritikken i disse sammenhengene. Tre fjerdedeler av legene oppgav at de hadde snakket med en støttende kollega etter slike hendelser.

Omtrent like mange oppgav at de hadde bebreidet seg selv etter slike dødsfall. Legene i studien hadde samlet 403 års legevakts erfaring. Med to formelle klager i forbindelse med dødsfall gir det en klagerate på ca 0,5%, eller en klage

pr. 200 legeår. Hvis hver lege kjører vakt gjennomsnittlig 20 år av sin karriere impliserer det at bare en av ti leger vil pådra seg en formell klage i forbindelse med dødsfall på legevakt i løpet av sin karriere. Det er vel imidlertid mye som tyder på at klagehyppigheten vil øke betydelig i årene som kommer.

Det er grunn til å merke seg at legenes svar bryter med de mytiske oppfatninger av legen som den «ensomme rytter» som tar sine avgjørelser alene, og deretter lever

Tabell 3.

Spørsmål	Ja %(n)	Nei %(n)
1. Har du opplevd at pasienten dør før du når frem eller mens pasienten er på vei til legevakten?	72(28)	28(11)
2. Har du opplevd at pasienten dør i ditt nærvær under konsultasjonen eller sykebesøket?	46(18)	54(21)
3. Har du opplevd at pasienten dør kort tid etterpå av/med de symptomer eller sykdommer han/hun kontaktet deg for, uten at pasienten var blitt lagt inn i sykehus eller på annen måte var under behandling av annen lege?	39(15)	61(24)
4. Har du blitt kritisert for din handlemåte?	10(4)	90(35)
5. Hvis ja, hvem kritiserte deg?		
Pårørende	2(n)	
Sykehuspersonell	2(n)	
AMK/ambulansepersonell	1(n)	
6. Fikk du etter en slik hendelse snakket med en støttende kollega?	76(25)	24(8)
7. Har du bebreidet du deg selv?	73(24)	27(9)
8. Har du fått en formell klage?	6(2)	94(31)

med dem gjemt for omverdenen og uten riper i sitt eget selvbilde av ufeilbarlighet.

Så mange som 76% av legene rapporterte å ha mottatt kollegabasert støtte etter slike dødsfall, og en like høy andel hadde opplevd selvbekreftelser. Jeg tolker dette slik at leger søker støtte for sine avgjørelser og trøst for sine mulige feiltrinn, og at leger i meget stor grad bebreider seg selv når det går dårlig med pasienten, antagelig også når det er utenfor legens herredømme å forhindre at det går dårlig. Vi synes å være sårbare individer med behov for sosial aksept fra likemenn for våre handlinger, som de fleste av våre medmennesker. Det kan vel til og med hende at vi er enda mer selvkritiske, selekterte som vi er fra skoledagene av til å være flinke, eller endog «flinkest når det gjelder».

Legene i undersøkelsen ble også spurt om del forhold rundt organisasjon og kommunikasjon i legevakttjenestene.

Hovedinntrykket er legene opplever organisasjonsforholdene rundt legevakten som uklare, og at man føler at man ikke får nok informasjon om hvorledes det går med ens pasienter. Dette kan bidra til økt faglig usikkerhet i jobbsituasjonen som legevaktslege.

Ingen av legene er helt enige i at de alltid får tilbakemelding, mens bare 10% er delvis enige i at de får epikriser eller obduksjonsrapporter når pasienter de har behandlet på legevakt dør. Ingen av de spurte legene føler at de får nok tilbakemelding om pasienter de har behandlet på legevakt, og 60% av legene er helt eller delvis enige i at de kan bekymre seg i flere dager hvis de unnlater å legge inn «tilstiltefeller». Når en sammenholder legenes bekymring for å gjøre feil er det en nokså overbevisende sammenheng mellom det å ha opplevd død og økende bekymring. Det ser og ut til å være en trend i retning av økende bekymring ved økende alder. Denne aldersrelaterte trenden kan i alt

Spørsmål til legevakslegen. (n=39) Svar angitt i prosent

	Helt enig	Nesten helt enig	Verken enig eller uenig	Nesten helt uenig	Helt uenig
Jeg får alltid tilbakemelding i form av epikriser eller obduksjonsrapporter når pasienter jeg har behandlet på legevakt dør.	0	10,3	5,1	38,5	46,2
Jeg føler ikke mer behov for tilbakemelding om pasienter jeg har behandlet på legevakt.	0	0	2,6	7,7	89,7
Hvis jeg har valgt å ikke legge inn en pasient hvor jeg var i tvil om alvorlighetsgrad og innleggelsesindikasjon kan jeg bekymre meg for utfallet i flere dager etterpå.	34,2	26,3	18,4	18,4	2,6
Jeg har lest og satt meg grundig inn i Norsk medisinsk nødhjelpsindex.	5,1	12,8	20,5	41,0	20,5
Jeg har gjort meg godt kjent med hvorledes AMK-LV sentralen fungerer i mitt vaktdistrikt.	28,2	41,0	23,1	5,1	2,6
Jeg har gjort meg kjent med hvilke kompetansekrav og behandlingsfullmakter som er tillagt ambulanspersonell i vaktdistriktet.	7,7	17,9	28,2	28,2	17,9
Jeg synes samarbeidet mellom legevaksentralen og ambulansetjenesten er preget av klare ansvarsforhold.	18	25,6	25,6	23,1	7,7

Tabell 4. I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende utsagn (Sett kryss)

vesentlig være erfaringsbasert. Slik helsevesenet i dag er organisert er det åpenbart slik at tilbakemelding til flere behandlende leger i en kjede av leger og nivåer ikke lar seg gjennomføre. Dels er det ikke utviklet informasjonssystemer som ville kunne ivareta dette, dels vil slik informasjonsflyt komme i konflikt med helsemyndighetenes fortolkning av taushetspliktbestemmelsene i legeloven. Svarene fra legevakslegene tyder imidlertid på at dagens situasjon er en betydelig kilde til frustrasjon og usikkerhet.

Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (6) brukes ved vurdering og registrering av pasientkontakter

ved landets AMK og LV-sentraler. En miniversjon av denne er blitt distribuert gratis til alle landets leger. I min spørreundersøkelse er det allikevel bare 18% av legene som rapporterer at de har satt seg grundig inn i dette dokumentet.

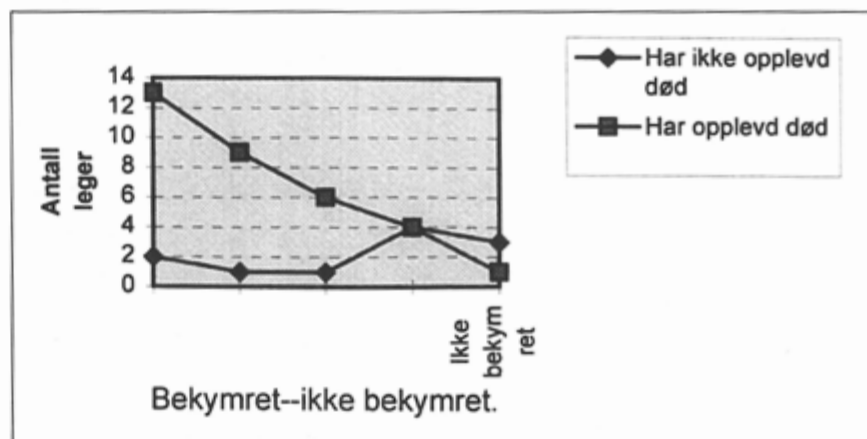
Dette funnet kan tolkes på flere måter. Diskusjoner med kolleger i etterhånd tyder på at noe av forklaringen ligger i at man som lege har lagt til seg vaner og teknikker for telefonvurdering som gjør et slikt verktøy lite hensiktsmessig, mens det for LV/AMK-operatører med snevrere medisinsk bakgrunn kan være gunstig med den trinnvise oppbyggingen av vurderinger og tiltak som indeksen legger opp

til. Det må allikevel ansees som uheldig at legene ikke er fortrolige med det vurderingsverktøyet som legevaktens øvrige personale og AMK-sentralen systematisk bruker.

Legenes selvrapporterte kunnskaper om organiseringen av de akuttmedisinske tjenester i området er heller ikke imponerende når bare 28% er helt enige i at de har gjort seg godt kjent med hvorledes AMK-LV-sentralen fungerer i vaktdistriktet, mens bare 8% er helt enige i at de har gjort seg kjent med hvilke kompetansekrav og behandlingsfullmakter som er tillagt ambulanspersonellet i distriktet.

Bare drøyt 40% av legene er helt eller delvis enige i at samarbeidet mellom legevaksentralen og AMK/ambulansetjenesten er preget av klare ansvarsforhold. Forklaringene på dette kan være flere, men avspeiler sikkert at det tradisjonelt har vært liten faglig kontakt mellom de forskjellige gruppene i helsetjenesten, og at mange allmennpraktikere føler at AMK-sentralene er preget av en «blålys»-tenkning som ofte fører til at henvendelser vurderes ulikt av legevakslegen og AMK-operatøren.

Figur 3. Bekymring som funksjon av erfaring.



Konklusjon

Denne spørreundersøkelsen styrker et alminnelig inntrykk av at legevaktsarbeidet er en tøff og utsatt post i helsevesenet. Inntrykket av en begynnende rekrutteringskrise bekreftes, ikke minst på grunn av den lave kvinneandel i en tid hvor flertallet av nyutdannede leger er kvinner. Legene har i alt vesentlig økonomiske motiver for å kjøre legevakt, og få ønsker å fortsette noe særlig utover 50 års alder. Angstnivået for å gjøre feil er høyt, og de fleste legene diskuterer mulige feil og avvikshendelser med andre kollegaer. Få leger opplever å bli bebreidet av brukerne eller annenlinjetjenesten, men mange bebreider seg selv. Samarbeidet med AMK og ambulansetjenesten beskrives som ikke optimalt av de fleste legevaktslegene. Det virker ikke som om legevaktsleger har

noe godt forhold til Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, som dermed ikke er blitt det brobyggerdokumentet som mange hadde håpet på.

Det er for tiden en faglig diskusjon om legevaktens fremtid på gang i det allmennmedisinske miljøet i Norge. Situasjonen er nylig omtalt på lederplass i tidsskrift for Den norske lægeforening (7). Denne diskusjonen har hittil vært preget av nokså pessimistiske tanker om fremtiden. Den presenterte spørreundersøkelsen bekrefter at det ligger store faglige og organisatoriske utfordringer foran oss hvis rekrutteringen til legevaktsarbeide og almenpraksis skal bli god nok i årene fremover.

*Jan Emil Kristoffersen
Stiftelsen for helsetjenesteforskning
1474 Nordbyhagen*

Referanser:

1. Stokstad I, Eskerud J, Jordal H, Vigen T. Klager på leger i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 863-6
2. Owen C. Formal complaints against general practitioners: a study of 1 000 cases. Brit J Gen Pract 1991; 41: 113-115
3. Legevakt. Organisering og mål. Alment praktiserende lægers forening, 1996.
4. Kristoffersen JE. Hva vet primærlegen om sine døde pasienter? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 869-71.
5. Vi intervjuer Gudmund Hernes. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1122-4
6. Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp. Den Norske Lægeforening, 1994.
7. Maartmann-Moe K. Legevakt i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2931

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

Tidsskrift nr. 1998

Nr. 1	16. januar	20. februar
Nr. 2	20. februar	27. mars
Nr. 3	27. mars	8. mai
Nr. 4	8. mai	12. juni
Nr. 5	21. august	2. oktober
Nr. 6	11. september	16. oktober
Nr. 7	9. oktober	13. november
Nr. 8	30. oktober	4. desember

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

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

PRISER:

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

I forbindelse med at Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen feirer sitt 25-års jubileum, vil vi pusse støv av en gammel tradisjon og holde et lørdagskurs – på en fredag:

Jubileumskurs

*Fortidsminner og framtidsvisjoner – lørdagskurs på en fredag
– fredag 5. desember 1997*

PROGRAM:

- 09.00-09.15 Åpning og kort tilbakeblikk
v/professor Steinar Hunskaar, Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen
- 09.15-10.15 Kontinuitetsbegrepet i et 25-års allmennmedisinsk framtidsperspektiv. Foredrag med påfølgende diskusjon.
Per Hjortdal. Professor ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo
- 10.30-11.00 Den framtidige sektoriseringen og lokalsykehusfunksjonen i Hordaland.
Steinar Hunskaar
- 11.00-11.30 Modeller for samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten.
Foredragsholder ikke avklart
- 11.40-12.00 Cystittsymptomer og negativ urinprøve. Hvem har rett, pasienten eller prøven?
Anders Bærheim, førsteamanuensis, Seksjon for allmennmedisin, UiB
- 12.00-13.00 LUNSJ
- 13.00-13.30 Stunt ved Eivind og Steinar
Førsteamanuensis Eivind Meland og professor Steinar Hunskaar, Seksjon for allmennmedisin, UiB
- 13.30-13.50 Hypertensjon – quo vadis? (nytt fra konsensuskonferansen våren 1997).
Professor Dag Thelle, UiO
- 14.00-14.45 Ankeltaping – indikasjoner og praktiske øvelser.
Knut Fjeldsgaard, assistentlege, ortopedisk avdeling, Haukeland sykehus
- 15.00-15.15 Hva er «evidens-basert medisin»? En kortversjon for allmennpraktikere.
Atle Klovning, spesialist i allmennmedisin, stipendiat, Seksjon for allmennmedisin, UiB
- 15.15-16.00 Internettbasert kunnskapstilegnelse for allmennpraktikere.
Atle Klovning
- 16.00-16.15 Avslutning

- Målgruppe:** Allmennpraktiserende leger i Hordaland og andre interesserte allmennpraktikere
- Godkjenning:** Kurset søkes godkjent med 7 timer for spesialiteten allmennmedisin
- Sted:** Auditoriet 3. etg., nybygget (SMU-bygget) bak Haraldsplass sykehus, Ulriksdal 8.
- Kursledelse:** John Leer, Florvåg legesenter, Askøy; Dag Søvik, Laksevåg; Tone Skjerven, Ulriksdal legesenter og Seksjon for allmennmedisin
- Påmeldingsfrist:** 20. november 1997
- Kursavgift:** Jubileumspris: kr. 300,-
Kr 100,-
- Lunsj:**
- Påmelding til:** Ingrid Galdal, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Ulriksdal 8c, 5009 Bergen;
Tlf: 55 58 61 35, fax: 55 58 61 30

Legemangel i primærhelse-tjenesten i utkant-Norge

Hvorfor er primærlegedekningen spesielt vanskelig i Nordland, Troms og Nord-Trøndelag?

Tekst: Arne Vassbotn



Arne Vassbotn ble ferdig med medisinstudium i Groningen, Nederland, i 1967. Etter dette 6 mnd. på Radiumhospitalet, 6 mnd. på Stokmarknes sykehus og ca. 30 år på Sortland som allmennpraktiker, samfunnsmedisiner og helseadministrator. Spesialist og veileder i allmennmedisin. Medlem av legeforeningens turnusråd. Kollega-rådgiver i Nordland. Spesielt interessert i veiledning, psykiatri og kvalitetssikring.

Legesituasjonen i Nordland, Troms og Nord-Trøndelag og i en del andre fylker har vært problematisk i flere 10-år og er det fortsatt.

Omkring 1990 så det ut til at økt satsing på spesialisering i allmenn- og samfunnsmedisin i deler

av landet ga flere søkere til primærmedisinske legestillinger og større stabilitet i stillingene.

Dette er grunnen til at Sosial- og helsedepartementet de siste 3 år har hatt et prosjekt gående som spesielt hadde som formål å legge til rette for slik spesialisering. I Finnmark hadde man alt ei tid satset på å legge til rette for spesialisering med godt resultat. Prosjektområdet ble derfor avgrenset til de tre førstnevnte fylkene, og hadde først og fremst til hensikt å inspirere leger til å påbegynne veiledning i allmenn- og samfunnsmedisin og spesielt være behjelpelig med å dra i gang veiledningsgrupper.

Konklusjonen etter 3 år er at legesituasjonen i prosjektområdet fortsatt er like vanskelig med få søkere til ledige stillinger og liten stabilitet i stillingene. Ved årsskiftet 1996/97 var 20% av primærlegestillingene i Nordland ubesatt, noe mindre i Troms og Nord-Trøndelag.

Av Nordlands 45 kommuner hadde 25 kommuner tilsammen 40,25 legestillinger ledig med fra 0,5-4 stillinger pr. kommune. I tillegg kommer at mange stillinger ivaretas av utenlandske og da spesielt svenske vikarleger i korttidsvikariat, noe ganger av 1-3 ukers varighet. Det synes imidlertid rimelig å konkludere med at uten prosjektet kunne situasjonen vært vesentlig verre.

Jeg har arbeidet med prosjektet i 30% stilling i 1 år fram til 1. mai d.å. og i denne tiden har det blitt naturlig å se nærmere på en del

utviklingstrekk i kommunehelse-tjenesten de senere år og hvordan dette nettopp fører til den situasjon vi i dag opplever.

Jeg deler gjerne tankene mine og håper på debatt.

Hovedproblemet er at etter-spørselen etter legetjenester over tid har vært vesentlig større enn tilgangen

Før siste lønnsavtale i 1996 vurderte Legeforeningen antall ledige stillinger til ca. 600. Statistisk Sentralbyrå beregnet på samme tidspunkt at vi manglet ca. 700 leger.

Fylkeslegen i Hordaland kom fram til at det siste lønnsoppgjøret for sykehusene, innebar minimum 200 nye stillinger. Arbeidsmarkeds-etaten hevdet i mars 1997 at vi trenger ca. 1000 leger for å få alle stillinger besatt.

Behovet for leger har stadig vært feilvurdert. Utdanningsskapiteten er i perioder blitt bremsert og redusert på forskjellige måter. Kontrollen med oppretting av nye stillinger fungerer ikke tilfredsstillende. Istedenfor «enten-eller» handler vi etter prinsippet «både-og» og opprettet flere kommunelegestillinger, flere stillinger i sykehus, flere bedriftslegestillinger og privat praksis uten avtale med eller uten trygderefusjon.

Det er gode grunner til at det trenges flere legestillinger

De medisinske mulighetene er vesentlig større enn tidligere såvel i



En utkant

sykehus som i primærhelsetjenesten. Primærlegene utfører i dag arbeid som det tidligere var vanlig å få utført i sykehus. På den andre siden er vi inne i ei utvikling der primærhelsetjenesten overtar eller deltar i støtte og rådgivningsfunksjoner som annet helsepersonell og også legfolk tidligere alene tok seg av.

Befolkningen har en helt annen betalingsevne og vilje når det gjelder helsetjenester enn det vi noen gang tidligere har sett. Dette gjør det økonomisk mulig å arbeide som lege uten fylkeskommunal eller kommunal stilling eller driftstilskudd og også uten refusjon fra Rikstrykdeverket.

Det opprettes stadig flere stillinger i kommunene på grunn av at legene ikke lenger aksepterer en slik arbeids- og vaktbelastning som var vanlig for få år siden. Legene benytter seg i større grad enn tidligere av sin rett til å være borte fra arbeid ved egenmelding på samme måte som andre arbeidstakere når de er forkjølt eller indisponert på annen måte, ved svangerskapspermisjon, pappa-permisjon og ved sykt barn.

Ved lønnsoppgjøret i 1996 i sykehussektoren var det nettopp arbeidsvilkårene som sto i fokus og det er hevdet at dette lønnsoppgjøret genererer minst 200 nye stillinger i andre- og tredjelinjetjenesten.

Avideologiseringen av helsetjenesten og legeyrket, økende liberalisering og kapitalismens frammarsj

Leger er blitt mindre samfunnsengasjerte. Legene er de siste årene mindre enn tidligere innstilt på å spille en nøkkelrolle når det gjelder oppbygging og organisering av helsetilbudet i kommunene. Dette synes å gjelde såvel samfunnsmedisinere som allmennpraktikere. Rollen som koordinator mellom de mange yrkesgruppene som er på banen, oppfattes av mange som

for vanskelig, for utakknemlig og for lite givende.

Faktorer som har sammenheng med avideologisering etc.

For leger med samfunnsengasjement og ønske om å spille en nøkkelrolle som kombinasjonslege har nettopp mindre utkantkommuner vært spesielt attraktive. Stillingen gir mulighet for å drive primært forebyggende arbeid ved å påvirke politiske prosesser, samt ha hånd om grupperettet forebyggende arbeid i kombinasjon med kurativt legearbeid.

I dag ser det ut til at denne drivkraften er av mindre betydning for leger flest og at dette virker ugunstig for rekrutteringen av leger til utkantkommuner.

Legene er mindre interessert i ideologi og legger større vekt på inntjening. Helsedirektør Karl Evang sa at utgangspunktet for en lege fikk være at han hadde et viktig arbeid å gjøre på normalarbeidsdag og ved nødvendig overtid, og så ville det vel vise seg at han kom til å få en inntekt som var akseptabel. I dag tas det i større grad utgangspunkt i forventet avkastning før innsatsen blir gjort. Spesielt i fjernsyn og dagspresse ser

En annen utkant



vi stadige tegn på at samfunnet utvikler seg i en mer kapitalistisk retning og legene påvirkes av det samfunn de lever i. Sovjetunionen og tidligere tiders Øst Europa er borte.

Trygve Hegnar skal ha sagt at vi også i Norge går mot en rå kapitalisme i en form som landet aldri tidligere har sett. Vi konstaterer at også leger med bakgrunn i SV og AKP-mil velger seg bort fra fastlønnsforhold til praksis med stykkprisdrift.

Sverre Strand i Legeforeningens forhandlingsutvalg forklarer overgangen fra fastlønn til stykkprispraksis som en sammenheng med grunnleggende bevegelser i samfunnet (1). Slik han ser det er det viktigste kanskje avideologisering av vår sterkeste politiske kraft, sosialdemokratiet, med en pragmatisk og resultatorientert offentlig forvaltning i kjølvannet.

Leger føler behov for mere kontroll over egen arbeidssituasjon. Befolkningens økende behov for legehjelp fører til et stadig økende antall konsultasjoner hos allmennpraktiserende lege. Dette medfører at legene får en svært bundet arbeidssituasjon der de oftest er bundet opp med timeavtalte konsultasjoner hvert 15.-20. minutt og svært ofte for 1-2 måneder framover i tid. Ved privat drift har legene i alle fall en følelse av å kunne påvirke denne situasjonen. Det er legen som ansetter, avlønner og instruerer sitt hjelpepersonale og selv bestemmer hvilke innkjøp som skal gjøres.

Ønsket om det gode liv

Ønsket om det gode liv opptar også legene. Etter et langt studium ønsker stadig flere leger å tjene godt på en tilnærmet normal arbeidsdag. Dette siste har tidligere ikke vært vektlagt i samme grad. Legene verdsetter i større grad enn tidligere tid til ektefelle, til barn, til venner og til fritid forøvrig. Det er ikke uten betydning at stadig flere kvinner har utdannet seg til lege og innen få år kan vi ha like mange kvinnelige som mannlige leger.

Av stor betydning er det også at i dag er det stadig færre leger som har hjemmeverende ektefelle som eventuelt kunne gi støtte når yrket krever langt mer enn en normal arbeidsdag.

Lønnsforskjellene øker

Lønnsgapet mellom primærleger på fast lønn og leger med privat avtalepraksis øker stadig.

Fylkeslegen i Finnmark hevder i skriv til Sosial- og helsedepartementet at dersom utviklingen lønnsgapet vedvarer vil fastlønnsleger tjene omtrent halvparten av hva legene ellers i landet tjener (2). Det er i utkant-Norge og spesielt i Nord-Norge at fastlønnspraksis nå består. På grunn av dårlig økonomi i mindre kommuner med relativt lav avlønning av kommunens administrative personale som rådmann og helse- og sosialsjef, er primærleger på fastlønn oftest plassert lavt i lønnsrammen. Til tross for dette har kommunepolitikere

ofte en forestilling om at legene i egen kommune har spesielt gode vilkår i sitt arbeid.

I brev til helseminister Gudmund Hernes beskriver helsedirektør Anne Alvik fastlønnsordningen som gradvis utdøende (2). De fleste legene deler denne oppfatningen. Til tross for dette klammer de fleste utkantkommunene seg til denne ordningen av økonomiske grunner.

For noen leger er stimulerings tiltak (Tabell 1) grunnen til at de forblir i utkant-Norge. Andre leger beregner f.eks. årlig verdi av 2 uker fri med lønn samt 4 måneder fri hvert 3. år til 40-45.000 kr. og synes ikke dette veier opp mot inntektsfordelene i privat praksis.

Inntil siste lønnsoppgjør har det vært en vanlig oppfatning at unge primærleger med samme yrkesansiennitet som assistentleger i sykehus tjente betydelig bedre. Dette virket sterkt rekrutterende for primærhelsetjenesten. Det synes å være en alminnelig oppfatning at dette forholdet holder på å sne, med sine klare konsekvenser.

Et annet viktig moment i tida er faren for feildiagnostikk og feilbehandling med mulighet for uthenging i aviser og klager til sentrale myndigheter. De fleste legene føler at de er vesentlig bedre beskyttet mot slikt i sykehusvesenet og vesentlig mer sårbare som primærleger.

Arbeidspress og det gode liv

De fleste leger som arbeider fast i en kommune ønsker en god inntekt med en tilnærmet normal arbeidsdag og normal arbeidsuke. Det de tilbys er ofte 1/2 til 1 arbeidsdag på helsestasjon i skolehelsetjenesten eller på sykehjem der de selv i en viss grad kan bestemme arbeidstempo.

Hoveddelen av arbeidsuka går i et hesblesende jag med 4-4 1/2 dag med 13-20 konsultasjoner pr. dag og i tillegg vanligvis 2-6 delt legevakt som overtidsarbeid.

Presset fra befolkningen om å

Tabell 1. Vanlige stimulerings tiltak i utkantkommuner – «Nord-Norge-reglene»

Avskrivning av studielån med 15% årlig
2 uker ekstra tjenestefri pr. år med lønn
4 måneders studiepermisjon hvert 3. år
Tilleggstakst ved legevakt

bli sett i sykebesøk i eget hjem, selv ved bagatellmessige lidelser, kan i enkelte kommuner gi legen en følelse av at han i større grad er sjåfør enn lege.

Befolkningens krav om legetjenester på vakt fordi dette passer dem bedre, er vanskelig å leve med i små kommuner med hyppig vakt. Arbeidet med å sikre befolkningen en trygg tilgang på legetjeneste gjennom hele døgnet og hele uka, bl.a. ved oppretting av legevaktsentraler, har medført et endret og utvidet legevaktsbegrep.

Kommunelege Øystein M Kristiansen i Måløy skriver at i Våksøy var 1. juledag for 20 år siden en helligdag, mens han 1. juledag 1996 hadde 25 henvendelser via legevaktsentralen til vakthavende lege i et distrikt med 6.400 personer uten pågående epidemi (4). To telefoner og ett sykebesøk fordelt utover natta kan i stor grad forstyrre søvnen for mange legevaktsleger.

Legevakt på litt større steder, spesielt med tilstedevakt i fast legevaktslokale med medhjelpere, virker vesentlig mer tiltrekkende på mange leger.

Andre levekårsfaktorer

Mange primærleger tiltrekkes av Nord-Norge og utkant-Norge på grunn av et folkelynn de liker og en mektig natur som gir store opplevelser såvel når de er i arbeid som når de har fritid. Men mange foretrekker andre klimatiske forhold og forlater landsdelen.

Mange kommer fra mer sentrale deler av landet og ønsker seg ofte tilbake dit for å komme nærmere familie og venner, for å ta seg av skrupelige foreldre og for at barna skal få bedre kontakt med sine besteforeldre.

Likevel må vi ha det klart for oss at til tross for at Troms, Nordland og Nord-Trøndelag kan oppfattes som utkant-Norge, så stiller kommunene svært ulikt i hva de har å tilby en gjennomsnitts primærlege og hans familie, når det

gjelder tilbud på en rekke områder som f.eks. skole, kultur, osv. Det er slik at en del byer og tettsteder i prosjektområdet tilbyr legene økonomiske muligheter og gunstige vaktforhold fullt på høyde med det man finner i sentrale deler av landet.

Er fastlegeordningen løsningen?

Det ser nå ut til at fastlegeordningen blir en realitet. Fra forsøkskommunene er det i hovedsak kommet gode tilbakemeldinger fra såvel befolkning som leger. Politikere og administrasjon i utkantkommunene har merket seg dette og har forventninger til at ordningen skal medvirke til at de endelig får en tilfredsstillende legetjeneste.

Problemet er at ingen mindre kommuner og ingen utkantkommuner har vært med i fastlegeforsøket. Der ordningen er utprøvd påpeker legene at de har fått større ansvar og arbeidsbelastning. Legene har imidlertid opplevd at de har fått økonomisk godt kompensert for dette. En må anta at dette er en viktig forutsetning for at ordningen er blitt så godt mottatt av dem. Spesielt for de legene som alt i dag driver privat driftstilskuddspraksis med tilstrekkelig stort befolkningsgrunnlag, synes det også økonomisk å ligge vel til rette for en overgang til den planlagte fastlegeordningen. Det knytter seg vesentlig mer usikkerhet for såvel leger som kommuner ved overgang fra fastlønnsdrift til fastlegeordning.

Hvordan kan en sikre både et økonomisk bra resultat og en rimelig vaktbelastning i små kommuner, når en vesentlig del av avlønningen er knyttet opp til antall pasienter du har ansvar for? Den største utfordringen blir å få til en fastlegeordning i kommuner der legetjenester over år har slitt med dårlig stabilitet, vansker med rekruttering og der korttidsvikarer har stått for en vesentlig del av legetilbudet. I den markedssituasjon vi i dag har vil lokale politikere og administrasjon trenge hjelp til å møte denne utfordringen.

Avslutning

Jeg har lagt fram noen synspunkter på hvorfor vi i utkant-Norge har vansker med legedekningen. Det dreier seg om både faglige, økonomiske, sosiale og organisatoriske forhold som virker sammen på en ugunstig måte.

Det er nærliggende å satse på å utdanne flere leger i utkant-Norge og fra utkant-Norge. Det er å beklage at utdanningskapasiteten i Tromsø ikke alt er økt. Sammen med andre tiltak kan fastlegeordningen på sikt være med på å styre legene dit samfunnet trenger dem. På kort sikt løser den ikke problemet for de kommunene som har størst legemangel og kan til og med forsterke det.

Leger er forskjellige og alle tidligere stimulerings tiltak bør vurderes sammen med mulige nye tiltak. Med erfaring fra TNT-prosjektet tror jeg stadig at en av veiene vi bør gå er styrking av det faglige miljøet blant annet ved å legge til rette for spesialisering og videre fagutvikling.

I dagens markedssituasjon er jeg imidlertid overbevist om at vi i tillegg bør innse at en tilfredsstillende legedekning i utkant-Norge også er avhengig av at legene der får en netto avlønning for en tilnærmet normal arbeidsdag som konkurrerer med det legene oppnår i mer sentrale deler av landet.

Arne Vassbotn
8400 Sortland

Referanser:

1. Strand S: Den fastlønnte primærlegens vekst og fall (1970-2000) Tidsskr. Nor Lægeforen; 1995;115:2757-8
2. Larsen B.J., Kvaal H.P.: Skriv fra fylkslegen i Finnmark til Sosial- og helsedepartementet datert 281096
3. Alvik A: Legetjenesten i kommunene. Skriv fra Statens Helsetilsyn til statsråd Gudmund Hernes, datert 171096
4. Christiansen M: Er det mulig å overleve som allmennlege/kombi-lege i fremtiden? Utposten; 1997;26: 90-92

MEDARBEIDEREN gir pasienter NÆRHET!

Legesekretær Tone-Merete Larsen Frey
intervjuet av Helge Worren

Tone-Merete Larsen Frey er utdannet legesekretær og arbeider p.t. som solomedarbeider hos allmennlegene Cecilie Smith og Helge Worren i Nittedal. Hun deltar for tiden i veiledningsgruppe og har også vært foredragsholder på APLF-kurset «Primærlegen og Medarbeideren».

UTPOSTEN har i et tidligere nr. (5/97) fokusert på medarbeideren i allmennpraksis som en uutnyttet ressurs. Hvilke egenskaper hos medarbeideren føler du ikke blir tilstrekkelig utnyttet?

Arbeidspresstet og tidspresstet setter klare grenser for hva man får gjort. Jeg er stort sett godt fornøyd med hvordan jeg brukes som medarbeider. Jeg ønsker meg imidlertid mer tid og dermed bedre bemanning på kontoret. Tiden kunne jeg nok ha utnyttet både ifht. enkeltpasienter og ifht. grupper. I min utdanning lærte jeg en god del om personlig veiledning og å jobbe med grupper, f.eks. kostholdsinformasjon for diabetikere. Jeg skulle også ha ønsket meg bedre tid til pasienter som har opplevd dødsfall hos nære. Jeg kunne også ha tenkt meg å bruke mer tid på laboratoriearbeid enn det en liten praksis tillater. Nå forstår jeg at selv i større praksiser er mye labo-

ratoriearbeid overlatt maskiner. Mye av den lab-kunnskap vi er opplært i, føler jeg blir glemt.

Er det noe medarbeideren kan gjøre for pasienten som legen ikke kan?

Jeg tror at under mer ideelle forhold kan medarbeideren gi pasienten en større grad av nærhet enn det legen kan – en nærhet som ikke bare kommer i kraft av bedre tid, men at mange pasienter føler seg mer jevnbyrdig med medarbeideren. Medarbeideren oppleves nok av en god del pasienter som en person som gir trøst og råd og som det går an å prate litt løst og fast med. Fortsatt er det en del leger som er plassert på en fjern pidestall – ikke alltid fordi legen vil det, men fordi noen pasienter ikke ser det annerledes.

Hva er det verste ved å være medarbeider?

Det jeg kan grue meg mest til på jobben er misfornøyd og kverulerende pasienter, spesielt hvis du opplever at misnøyen urettferdig rammer deg eller praksisen. Medarbeideren står i førstelinjen til å motta slik misnøye. Mangelen på tilstrekkelig tid – kall det gjerne stress – til å ta deg av oppgaver slik du helst ønsker det, er også ubeha-

gelig. Jeg tror også – hvis jeg hadde hatt slike problemer, hvilket jeg ikke har – at jeg ville opplevd det som svært utrivelig hvis det var samarbeidsproblemer på jobben.

Hva er det beste ved å være medarbeider?

Det er å jobbe med mennesker, og ikke minst når du har tid til å bli skikkelig kjent med folk, ikke bare deres ulike sykdommer og plager. Jeg er spesielt glad i barn og eldre. Personlig er jeg også glad i labarbeid.

Er det noen personer som avgjort ikke bør bli medarbeider?

Selv om jeg godt kunne tenke meg mindre stress, vet jeg at dette er en del av hverdagen du må takle. Takler du ikke stress, bør du ikke bli medarbeider. Er du rotete, vil heller ikke medarbeiderrollen passe deg. Du vil til enhver tid ha mange baller i luften og disse bør lande i et noenlunde ryddig landskap. Som medarbeider bør du være klar og direkte i din kommunikasjon og du bør kunne si et høflig, men bestemt nei.

Bør en medarbeider være tykkhudet?

Både ja og nei. Du bør ikke ta enhver liten mishagsytring innover

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5

1997

ARGANG 26



deg som et personlig angrep. Imidlertid syns jeg vi i allmennpraksis skal være levende mennesker med følelser, som tør reagere på det vi møter og vise det. Jeg tillater meg både å glede og gråte med pasienter uten at jeg syns dette virker uprofesjonelt eller påfallende.

Klarer du å holde deg faglig ajour?

Jeg syns jeg prøver så godt jeg kan ved å lese litt forskjellige tidsskrifter – bl.a. Helsesekretæren, UTPOSTEN og Medisinsk Informasjon. Jeg prøver også å delta når legene en sjelden gang får besøk på kontoret fra farmasøytisk industri. Den aller viktigste og triveligste faglige ajourføring er imidlertid når jeg får delta på kurs. Ikke minst syns jeg det er viktig at man treffer andre og kan prate og oppleve noe sammen med dem.

Noen medarbeidere blir beskyldt for å være for passive? Hva sier du til det?

Dessverre er jeg enig i det. Vi kan ikke bare skyld på alt annet og andre, f.eks. legene, når det ikke går som vi vil. Vi må vise initiativ, kreativitet og være villige til å gjøre en innsats. Jeg syns bl.a. at vi skulle jobbe mer for forståelse for vår medarbeiderrolle. Selv er jeg lege-sekretær og stolt av det. Jeg syns det er blitt noe forvirrende nå med den nye betegnelsen helsesekretær. Jeg lurer på om vi burde gå inn for yrkesbeskyttede titler, som sier tydeligere hva vi er og hva vi gjør. Uklarheten i yrkesbetegnelser gir oss dårligere gjennomslagskraft med å forklare folk flest hva vi står for.

Har du tilslutt et budskap til legene?

Ta godt vare på medarbeideren. Dette kan du bl.a. gjøre ved å

utarbeide en skikkelig arbeidskontrakt. Jeg forstår at mange medarbeidere dessverre ikke har dette, selv om Arbeidsmiljøloven krever det. Videre syns jeg dere som sitter på en pidestall skal klatre ned fra pidestallen – ihvertfall hvis dere selv har plassert dere der. Ikke minst syns jeg mange av dere skal gi dere bedre tid til å lytte til medarbeiderne.





Når nettene blir lange...

UTPOSTENs edb-spalte

med spørsmål, svar og synspunkter om edb og relaterte emner.

Kontaktperson:

John Leer, 5305 Florvåg.

Tlf.: 56 14 06 61 (k) 56 14 11 33 (p) 56 15 00 37 (fax)

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

EDB-UTBYGGING I BAKEVJE

Utviklingen i edb-sammenheng er enorm, og vi i Utposten vil gjerne følge med så godt vi kan. Norges befolkning er i front på en del edb-relaterte områder. PC-tettheten i forhold til innbyggertall er størst hos oss av de nordiske landene, men svenskene har større prosent med Internet-tilknytning. Finland har det raskeste bredbåndsnettet mens danskene investerer mest i ny utvikling.

Norske primærleger var tidlig ute med å ta i bruk edb-journal, og det er svært få som ikke bruker slike journalløsninger i dag. Det har begynt å skje noe i sykehusene også, men samkjøring og dataflyt mellom første- og andrelinjetjenestene går sørgelig tregt. Det er mangel på standardisering og nok så sparsomt med engasjement i andrelinjen. Teknologit utviklingen går i stormkast, og det er stadig luftige ideer og forslag til samarbeidsprosjekt som ikke ser ut til riktig å ta av fordi det mangler noen til å gjøre viktige deler av jobben. Vi kan komme til å bli haleheng til svensker, dansker og finner i den videre utviklingen og bruken av edb-løsninger i helsevesenet.

Rikstrykdeverket var en stund en slags pådriver for nye kommunikasjonsløsninger, men det må vel sies at hovedmotivet var å sanke inn data til eget bruk – ikke primært å bidra til en hensiktsmessig informasjonsflyt for mer fornuftig og rasjonell drift.

Det burde i dag være en selvføl-

ge at sykehusepikrisen sendes i elektronisk form samtidig som pasienten er på vei hjem. Fortsatt er det vanlig at epikrisen kommer uker og måneder etter utskrivning eller etter den polikliniske undersøkelsen. Hvordan ville sykehuset like å få pasienter inn døra fra primærlegene uten noen form for informasjon om bakgrunn og henvisnings-/innleggelsesårsak?

Hva skjer med Helsenet? Har Datatilsynet kommet seg etter at Haukeland sykehus fikk medhold fra Justisdepartementet om at de kan knytte sykehusnettverket opp mot Internet? Er sikkerhetsproblematikken så vrien som en del hevder? Hvor er alle virusene? Og mens noen prøver å finne løsninger, sendes det telefakser i hytt og pine med resepter og henvisningskriv – uten noen form for kryptering eller sikkerhet.

Digitale fotoapparat ser ut til å bli det neste «store». Det lages brukbare «billig»-kamera fra 2.000 kr og oppover i 10.000-kronersklassen. Profesjonelle digitale kamera koster fra 50.000 – 100.000kr. De første generasjonene er ganske enkelt utstyrt og mangler zoom-linse. Oppløsningen på bildene er bra nok til at vi feks kan fotografere hudforandringer og sende avgårde til hudlegen pr e-mail. Hele operasjonen med å ta bildet, «framkalle» det i PC-en og hekte det til en e-post er unnagjort på 5-10 minutter og burde kunne berike enkelte «tynne» henvisningsbrev.

Med noe øket båndbredde i telekommunikasjonen (ISDN) kan vi også ta i bruk «fattigmanns»-løsninger for fjernkonsultasjon med videokamera koblet til PC. Bildekvalitet og bildeflyt blir på langt nær så god som den du får med skikkelig videokonferanseutstyr, men det kan være en begynnelse. De nyeste PC-ene med MMX-prosessorer håndterer bilder og lyd svært raskt. Prosessorhastigheten er alt nå oppe i 300 MHz (min første PC hadde prosessor som gikk med 8 eller 16 MHz hastighet!), og det ryktes at vi alt i 1998 vil få Intel-prosessorer med hastighet på 500 og 600 MHz. Det er altså ikke noe i veien med farten – bare det at vi ikke har systemer, programmer og folk som kan gjøre oss i stand til å ta verktøyene i bruk på fornuftige måter.

Jeg opplever stadig at særlig eldre mennesker (pasienter) tar det som en selvfølge at vi skal kunne gjøre alt det vi snakker om med hensyn til kommunikasjon, informasjonsutveksling og informasjonsflyt i helsevesenet. «Du har det på skjermen» er et ikke uvanlig svar på konkrete spørsmål om hva som skjedde på sykehuset eller på poliklinikken eller hos legen på vakt.

«Skjerper dokker!»

John Leer



PETTER AASLESTAD

Pasienten som tekst

Fortellerrollen i psykiatriske journaler
Gaustad 1890–1990

Tano Aschehoug, 1997.
Pris kr. 238,-

Meld av Geir Sverre Braut

Medisinen har ein lang forteljar-tradisjon, men ingen forteljingssteori. Det er tankevekkjande at språket, som kanskje er den viktigaste arbeidsreiskapen til medisinarar, ikkje er betre uteska av fagets eigne utøvarar. På dette området ligg vi langt attom t.d. psykologane. Viktig er det difor at andre tek fatt i analysen av den medisinske forteljinga. I denne boka har Petter Aaslestad, professor i litteraturvitskap, teke for seg journalmateriale frå psykiatrien frå ein 100-årsperiode.

Det er spanande stoff Aaslestad presenterer for lesaren av denne boka. Lesaren får ikkje berre snusa på grunnlaget for ein forteljingssteori; stoffet er også fascinerande i historisk og antropologisk perspektiv.

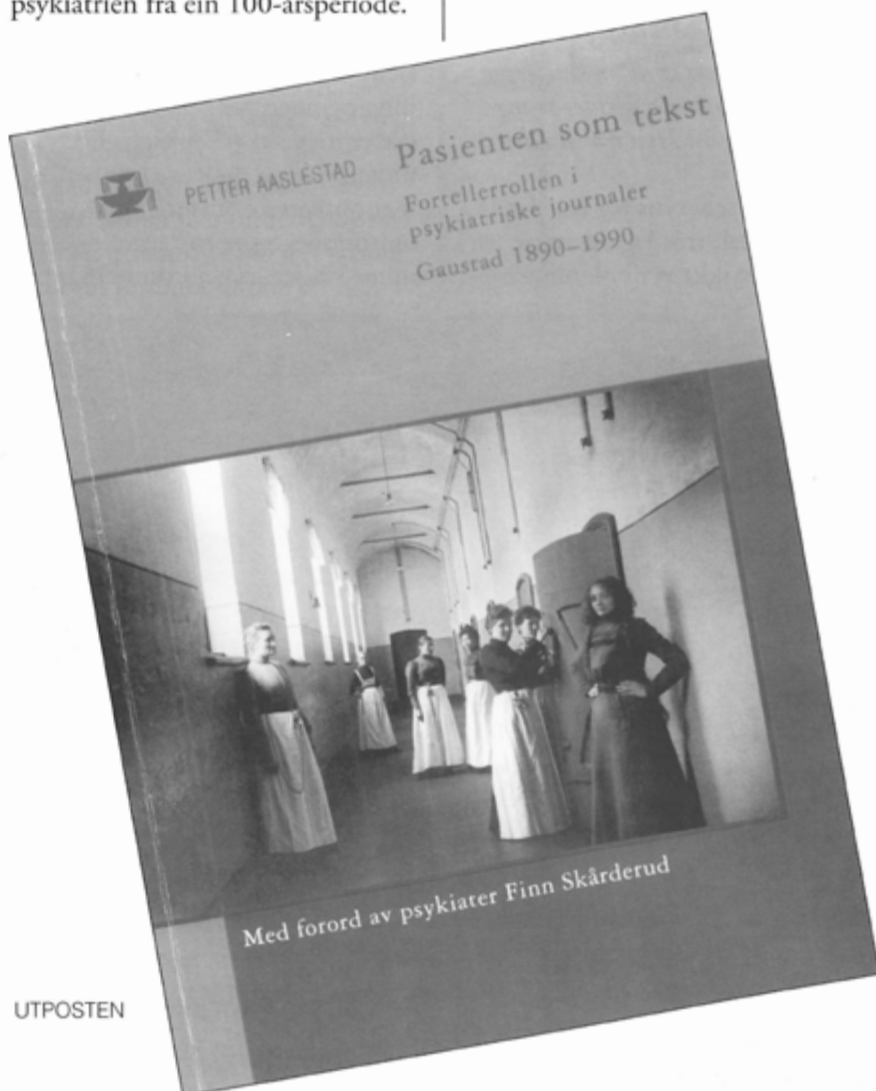
Etter å ha lese boka sit eg att med eit sterkt inntrykk av at litteraturteori kan gje viktige innspel i utviklinga av ein tydelegare medisinsk kvalitativ forskingstradisjon. Noko av det mest spanande er såleis at Aaslestad syner at forteljingar ikkje berre handlar om sære einskildtilfelle, men også om typiske (valide?) situasjonar og samanhengar i den kliniske kvardagen.

Dette synssettet står noko i motstrid til det som er hevda av andre forteljingssteoretikarar, t.d. Kathryn Montgomery Hunter, som Aaslestad har «lånt» boktitlen frå. Ho meiner at forteljingar berre handlar om einskildtilfelle. Difor vil dei framstå som ikkje-vitskaplege innan medisinen i vår tid. Aaslestads arbeid gjev eit viktig og tungtvegande korrektiv til dette synet.

Meir eller mindre direkte seier Aaslestad innleiingsvis at om legen vil vinna attende den tapte rolla i samfunnsdebatten, må forteljings-tradisjonen dyrkast systematisk. Han meiner at ein må krevja at den journalskrivande legen må kunna reflektera over dei sosiale og historiske føresetnadene for skrivninga si. Dette er ikkje meir enn ein skal krevja av alle skrivande menneske, seier han.

Kva så med det konkrete innhaldet av journalanalysen? Berre ein av observasjonane som vert førde til torgs skal refererast her. Han har vurdert korvidt lovkravet om innsyn for pasienten i journalen har ført til endra skrivepraksis, og skriv om dette: «Til min forbauselse har jeg ikke kunnet konstatere noen vesentlig forandring»!

Aaslestad har i det vesentlege gripe tak i legens attforteljing av pasientens tekst. Det hadde vore moro om han hadde sett på psykologane og sjukepleiarane sine attforteljingar med same metodikk. Eg kunne også tenkja meg at Aaslestad hadde funne masse av interesse ved å analysa klagesaker hjå fylkeslegane. Klageskriva er truleg ei av dei få kjeldene der pasienten sjølv skriv sin eigen tekst. □



Jeg tror at nok tid... er med på å gi tjenesten kvalitet

Jordmor Tone Breines Simonsen
intervjuet av Helge Worren

Tone Breines Simonsen deler sin arbeidstid mellom fødeavdelingen på Sentralsykehuset i Akershus og som jordmor i kommunehelsetjenesten i Nittedal kommune. Hun har tidligere praksis bl.a. fra Harstad, hvor hun i regi av helsestasjonen deltok i prosjektet Handlingsplan for redusert spebarnsdødelighet.

Hvordan opplever du det å dele tiden din som jordmor mellom en stor fødeavdeling og i kommunehelsetjenesten?

Det er faglig sett både positivt og berikende. Arbeidsmessig kan det imidlertid til tider være vanskelig å

få tilpasset tidskabalen, ikke minst i forhold til sykehusets turnus. Det er dessuten ikke lett å holde seg ajour med informasjon på begge arbeidsteder. Selv om vi jordmødre helst ser at det etterhvert opprettes hele stillinger som jordmødre i kommunehelsetjenesten, er denne kombinasjonen p.t. for meg en fin løsning.

Det har ofte vært strid mellom leger og jordmødre når det gjelder svangerskapsomsorgen? Hva tror du det skyldes?

Selv om jeg selv syns jeg har det bra i Nittedal, tror jeg dessverre mange leger ikke vet nok om vår

kompetanse som jordmødre. Dette kan føre til at vi ikke blir betrodd oppgaver vi er skodd for og i noen tilfeller direkte motarbeidet.

Hva er det jordmor kan mer om enn legene?

Vi kan mye mer enn legene om fødeavdelingen, fødselen og barseltida. Du kommer ikke forbi at det er dette tidspunkt de gravide ser frem til med spenning, forventning og noen ganger gru. Jordmødre er med sin sykepleiefaglige utdannelse og praksis i bunnen mer opptatt av omsorg og omsorgsbegrepet enn legene. Ikke minst vet jeg at vi jordmødre setter



av og har mer tid til de gravide enn de aller fleste leger har. Selv setter jeg av minst 1/2 time pr. svangerskapskontroll og bruker mer tid hvis det er nødvendig. I de fleste tilfelle oppmuntrer jeg til at også fedre kommer, noe som kan kreve ytterligere tid. Jeg tror at nok tid ikke bare dreier seg om kvantitet, men også er med på å gi tjenesten kvalitet.

Kan endel av skjæringene mellom leger og jordmødre skyldes at man har ulike synspunkter på jordmors kompetanse?

En sak har selvsagt minst 2 sider, men jeg har vanskelig for å se at dette først og fremst dreier seg om ulike synspunkter, selv om jeg ikke skal se helt bort fra det i noen tilfeller. Jeg er dessverre bekymret for at problemet først og fremst ligger i endel legers uvitenhet om vår kompetanse. Jeg kan heller ikke se bort fra at mange leger tenker økonomi.

Trenger jordmødrene egentlig legene i svangerskapsomsorgen?

Jeg har selv mange positive erfaringer med leger og mener avgjort at legene bør ha en klar tilknytning til svangerskapsomsorgen. Legene har en mer omfattende og grundig utdannelse når det gjelder sykdom. Jordmor er ofte en nøkkelperson i forhold til å oppdage komplikasjoner i svangerskapet. Legene er selvsagt uunnværlige i den videre utredning og behandling. Jordmødres fokus er først og fremst det normale svangerskap. For meg er det eneste naturlige at jordmødre og leger samarbeider om svangerskapsomsorgen.

Hva var noen av de viktigste erfaringer du gjorde i forbindelse med din deltakelse i prosjektet Handlingsplan for redusert spebarnsdødelighet fra den tid du var i Harstad?

Jeg opplevde spesielt det positive i samarbeidet mellom helsestasjon,

hvor jeg var lokalisert, og helsesenteret. Samlokalisasjonen her gjorde arbeidet og samarbeidet mye lettere.

Hvilke andre oppgaver enn svangerskapsomsorg ser du for jordmor i kommunehelsetjenesten?

Fødselsforberedende kurs, helsestasjon for ungdom og prevensjonsveiledningskurs er noen stikord for aktiviteter jordmor kan involveres i. Dessuten hjemmebesøk ikke minst til de som reiser tidlig hjem fra klinikken. Mange steder er dette også tilfelle. I mange kommuner vil imidlertid avsatt arbeidstid til jordmor mer enn fylles med de ordinære svangerskapskontrollene.

Har du noen drømmer for den kommunale jordmortjeneste videre?

Jeg har selvsagt et ønske om at jordmorstillingene i kommunene skal dimensjoneres tilstrekkelig til at såvel svangerskapskontroller som andre jordmoraktiviteter kan tas hånd om i tilfredstillende grad. Jeg syns samarbeid er viktig, ikke minst med legene. Jeg kan derfor tenke meg hyppigere og strukturerte samarbeidsmøter, av og til om temaer, f.eks. på legeråd, og også ved behov om enkeltgravide. Jeg vil dessuten mene at det er en lang rekke tverrfaglige sammenhenger hvor det kan være naturlig og nødvendig å trekke inn en jordmors kompetanse. □



Regionalt legemiddelinformasjonssenter (RELIS) er et tilbud til helsepersonell og skal formidle produsentuavhengig legemiddelinformasjon. RELIS besvarer spørsmål om legemidler fra bl.a. leger, tannleger og farmasøyer. 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

Påvirker inntak av preparatet BioCardio® absorpsjonen av legemidler?

Erlend Carlson, cand.pharm. og
Tone Westergren, cand.pharm.

Spørsmål

En pasient blir behandlet med flere psykofarmaka. Hun har nå begynt å bruke helsekostpreparatene BioCardio® for vekstreduksjon og SnoreStop® mot snorking. Hun har spurt legen sin om det er greit å ta dette sammen med de legemidlene hun tar. Legen er i tvil, ettersom BioCardio® angivelig hindrer absorpsjon av fett, og muligens også opptaket av andre (fettløselige) stoffer fra tarmen. Han har foreløpig sagt til pasienten at hun skal ta legemidlene og BioCardio® på forskjellige tidspunkter. Legen antar at SnoreStop® er mindre risikabelt med hensyn til interaksjoner, på bakgrunn av at det sannsynligvis er et homeopatisk preparat.

Legen ønsker å vite om preparatet BioCardio® kan påvirke absorpsjonen av legemidler.

Svar

BioCardio® inneholder et modifisert ekstrakt fra skalldyr-skall. Den aktive substansen er et modifisert

proteoglukan, poly N-acetylglucosamin, som ved en deacetyleringsprosess omdannes til et molekyl, chitosan, med hovedsakelig positiv ladning. Chitosan er en biopolymer som ikke absorberes i gastrointestinaltraktus (1,2).

Det er pr. idag ikke undersøkt om BioCardio® påvirker absorpsjonen av legemidler eller fettløselige vitaminer, men det kan være teoretisk mulig. BioCardio® kan trolig redusere absorpsjonen av lipidløselige legemidler, men det kan også tenkes at legemiddelabsorpsjonen blir økt, ved en ukjent mekanisme. I de kliniske studiene som er gjennomført, på et begrenset antall personer, har forsøkspersonenes vitaminstatus ikke blitt endret (1).

BioCardio® markedsføres som kapsler, der hver kapsel inneholder cirka 240 mg ekstrakt fra skalldyr-skall samt gelatin og magnesiumstearat. Virkningsmekanismen angis å være assosiering av negativt ladede frie fettsyrer og gallesyrer til de positivt ladede molekylerne i BioCardio®. Det dannes et kompleks som ikke kan absorberes og derved vil angivelig de lipider som er bundet i dette komplekset med BioCardio® gå uabsorbert gjennom mage-tarmkanalen. Det

anbefales en dose på 2–4 kapsler til hvert fett-måltid, det vil si fra 6 til 12 kapsler pr. dag. Produsenten oppgir at BioCardio® er tilnærmet like effektiv som resinet kolestyramin, når det gjelder reduksjon av plasma kolesterol og LDL-nivåer. Det angis å kunne binde fra 10 til 12 ganger sin egen vekt av fett, avhengig av miljømessige forhold, kostfaktorer og type lipider (2, 3). Det må imidlertid benyttes økte doser, minst 12–15 kapsler daglig, hvis man skal få noen effekt på kolesterolnivået (1).

Kolestyramin er kloridsaltet av en basisk anionbytter, og molekylet har dermed selv en positiv ladning når kloridionet er dissosiert. I tarmen byttes kloridioner med gallesyrer, som har negativ ladning, og danner et uoppløselig kompleks med kolestyramin (4). Denne virkningsmekanismen er svært lik den som angis for BioCardio®. Bruk av gallesyrebindende resiner, som kolestyramin, har vært rapportert å kunne gi vitamin A, D og K mangler. Forekomsten er imidlertid sjelden og det ses oftest etter lang tids høydosebehandling (5). Kolestyramin kan absorbere en rekke legemidler dersom det gis samtidig med disse. Dermed kan resinet gi en forsinket og/eller

reduisert absorpsjon av flere legemidler. Det anbefales derfor at pasientene instrueres om at det bør gå så lang tid som mulig mellom inntak av kolestyramin og andre legemidler. Det er imidlertid mulig at dosering på forskjellige tidspunkt ikke vil forhindre interaksjoner når det gjelder legemidler som gjennomgår enterohepatisk sirkulasjon. Produsenten anbefaler at andre legemidler bør tas enten 1 time før eller 4–6 timer etter inntak av kolestyramin (4,6).

På bakgrunn av disse opplysningene vil vi anta at det er en potensiell risiko for at BioCardio® kan påvirke opptaket av legemidler. Hvis pasienten fortsatt ønsker å ta preparatet BioCardio®, vil vi anbefale at hun sørger for å ta det til andre tidspunkt enn legemidlene, slik som angitt over. Dette kan imidlertid medføre praktiske pro-

blemer siden BioCardio® anbefales relativt ofte. Pasientens effekt av legemiddelbehandlingen bør observeres. En eventuell redusert absorpsjon av legemidlene må mistenkes, hvis pasienten får dårligere effekt av behandlingen. Det kan også tenkes at hun kan få en økt bieffekt og/eller en økning i bivirkninger av legemidlene sine, hvis hennes legemiddeldose er innstilt ved samtidig bruk av BioCardio® og hun så slutter å ta dette preparatet.

SnoreStop® er et homeopatisk preparat med innhold av virkestoffer som er utvunnet fra planter, mineraler og proteinkilder, i fortyninger fra D12 til D6 (7). På bakgrunn av dette vil vi anta at preparatet SnoreStop® ikke vil påvirke opptaket av pasientens legemidler.

Referanser

1. Wadstein J, medisinsk rådgiver. Herbal Marketing Group A/S, pers.medd. 18. september 1997.
2. Herbal Marketing Group A/S, Summary of experimental and clinical documentation. BioCardio per oral Biopolymere L112 capsules 240 mg. NON-absorbable lipid binder 1997;2nd edition: 1–26.
3. Herbal Marketing Group A/S, brosjyre. BioCardio L112 biopolymere. Informasjon om produkt og bruk.
4. Felleskatalogen 1997–98: 1114–5.
5. Herfindal ET, Gourley DR, editors. Textbook of Therapeutics. Drug and Disease Management 1996;6th edition:398–9.
6. McEvoy GK, editor. American Hospital Formulary Service (AHFS) Drug Information 1997;1330–34.
7. Ringstad T. Aqua Korall A/S, pers. medd. 9. september 1997.



Universitetet i Oslo

Masterstudium i helseadministrasjon

Studiet i helseadministrasjon er et videregående, ettårig, ledelsesorientert studium som fører frem til graden Kandidat i helseadministrasjon/Master of Health Administration.

Studiet er lagt opp med tanke på dem som kan tenke seg å ta på seg lederoppgaver i helsevesenet eller som allerede har slike oppgaver.

Hovedfagene er ledelse/administrasjon, helseøkonomi og samfunnsmedisinsk planlegging og evaluering. I tillegg omfatter studiet obligatoriske kurs i helserett, ledelsespsykologi og metode. Undervisningsformen er variert med gruppearbeid, øvelser og rollespill som viktige innslag.

Studiet er to-delt. Den første delen gjennomføres i høstsemesteret og har obligatorisk undervisning hver dag. Den andre delen av studiet er preget av oppgaveskriving og konsentrert undervisning i kortere perioder. To veier fører fram til fullføring av studiet; skriving av spesialoppgave med utgangspunkt i et metodekurs eller gjennomføring av tre valgfrie kurs, hvorav to skal avsluttes med semesteroppgave. Denne delen av studiet foregår i vårsemesteret, men den kan gjennomføres som deltidsstudie over 5 semestre.

Det blir tatt opp 30 studenter hvert år. Studiet støttes økonomisk av Legeforeningen, og ca 3/4 av studentene skal være leger. De øvrige studieplassene fordeles mellom søkere med annen helsefaglig eller økonomisk/administrativ bakgrunn. Det er en liten kvote for yngre søkere (35 år og yngre). Ved opptak legges det vekt på individuelle egenskaper og på at kullet skal få en variert sammensetning med hensyn til faglig, geografisk og institusjonell bakgrunn og at kjønnsfordelingen ikke skal bli for skjev.

Studieåret 1997/98 starter i midten av august. Søknadsfrist for opptak er 20. januar 1998. Tilbud om plass blir sendt ut i slutten av mars.

Søknaden skal inneholde opplysninger om utdanning og praksis, en beskrivelse av motivasjonen for å søke studiet med utgangspunkt i egen yrkessituasjon eller yrkesplaner, et par referanser og helst en uttalelse fra arbeidsgiver. Det legges vekt på at søkeren kan dokumentere muligheter til å gjennomføre hele studiet. Opptakskrav er utdanning tilsvarende cand. mag. nivå. Søkere som ikke har embetseksamen, må derfor i søknaden dokumentere sin kompetanse i forhold til cand. mag. nivået.

Interesserte kan få mer informasjon ved å henvende seg til:

Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, Rikshospitalet, 0027 Oslo. Tlf. 22 86 87 50, faks 22 36 25 62.

Det er verdifullt å kunne gjøre noe annet enn det vanlige

Professor i allmennmedisin, Even Lærum
intervjuet av Helge Worren

Even Lærum er professor i allmennmedisin, Universitetet i Oslo fra 1987.

Du er nettopp hjemvendt fra et sabbatsår. Hva slags luksus er egentlig det?

Ordningen med sabbatsår er en ordning for vitenskapelig ansatte ved Universitetet. Det er anledning til å søke om dette hvert 7. år og heter egentlig forskningspermisjon med full lønn. Tanken er at man kan bruke dette året til ulike aktiviteter knyttet til forskning og/eller undervisning fortrinnsvis av nytte for sitt virke ved Universitetet samt personlig nytte, «opp- ladning av batteriene». Hvorvidt

man skal betrakte en slik ordning som luksus kan diskuteres. Lønnen i akademiske stillinger er relativt dårlig og arbeidsmengden stor. Vi har fordelen med høy grad av frihet, at vi treffer mange interessant mennesker og at vi kan dra nytte av ordningen med sabbatsår. Andre kan selvsagt gjøre noe lignende. Det er ihvertfall verdifullt å kunne gjøre noe annet enn det vanlige.

Hva har du brukt sabbatsåret til?

Jeg dro sammen med min kone til Australia, hvor jeg var tilknyttet Monash-universitetet i Melbourne, hvor den kjente professor i allmennmedisin John Murtach holder

til. Han har jo skrevet 7-8 lærebøker og er spesielt opptatt av klinisk kommunikasjon. Jeg hadde med meg et spørreskjema, som skal utvikles til et klinisk kommunikasjonsredskap i forhold pasienter med komplekse problemstillinger. Dette fikk jeg utprøvd på noen allmennleger i Melbourne-området. Foruten denne faglige aktiviteten reiste jeg en god del rundt i Australia.

Du hadde med deg et spørreskjema i baggasjen?

Ja, dette er et spørreskjema jeg har arbeidet en tid med. Det har vært utprøvd noe i Norge blant utvalgte allmennpraktikere i Østlandsområdet og i noen veiledningsgrupper. Det var i begynnelsen altfor langt og omfattende med over 100 spørsmål. Nå er det kommet ned i ca. 50 spørsmål. Intensjonen er å dele det ut til aktuelle pasienter, som så tar det med seg til neste konsultasjon hos allmennlegen. Det er et skjema som kartlegger såvel problemer som ressurser og håpet er at det skal være et klinisk redskap til å mobilisere pasienter til selv å se sine mestresressurser og dermed bruke disse aktivt i sykdomsbildet. De foreløpige erfaringer er at det ennå ikke er brukbart for alle – ca. 1/3 av de det har vært utprøvd på har god nytte, 1/3 har noe nytte og 1/3 har ikke nytte – grovt regnet. Det er en viss gradient i retning av at de ressurssterke har mest nytte, naturlig nok

En annerledes 17. mai. På vandring ved foten av de innfødtes hellige fjell Agers Rock (eller Ulion), i soloppgang. Red Centre midt i Australia.





siden det er snakk om å mobilisere ressurser.

Det er verdensdel mellom norsk og australsk virkelighet...

På noen måter. Når det gjelder allmennmedisin er det imidlertid mye likt. Australske allmennmedisinere har imidlertid langt lavere status enn norske. Australske allmennleger har ikke den posisjon i folks omdømme som norske allmennleger har. De er under mye press – må jobbe mye mer enn norske allmennmedisinere for å ha tilsvarende økonomisk utkomme og er i en sterk konkurransesituasjon med andre kolleger fordi det er så mange av dem, spesielt i byene hvor alle helst vil jobbe. Man kan ha ulike synspunkter på fastlegeordningen i Norge, men jeg reflekterte over hva en slik ordning ville kunne bety i Australia. Med en smidig innføring av en type fastlegeordning i Australia, ville sannsynligvis australsk allmennmedisin gjennomgå en viktig endring, hvor ikke minst ansvarsforhold ble definert og klarlagt.

Du har sett mye av verden dette året...

Turen til Australia ble faktisk en verden-rundt-tur. Vi dro dit via India, Singapore, Thailand og Bali

før vi som første sted i Australia stoppet i Darwin i nord-Australia. Hjemover dro vi via Fiji og USA. På Fiji holdt jeg forresten foredrag om nyrestein. Ca. 40% av befolkningen på Fiji er indere og indere har mye nyrestein. Det gjør noe med en å reise så vidt når det gjelder perspektiv.

Hvilke perspektiv?

Når det gjelder allmennmedisin og kanskje også samfunnsmedisin, så opplever jeg at vi på mange måter er kommet langt i Norge. Vår allmennmedisin har en langt klarere og godt forankret ideologi enn mange andre steder i verden, ikke minst i forhold til å definere pasient-lege-forholdet. Videre opplevde jeg ganske sterkt dette året hvor viktig det er å finne balansen mellom egne forventninger og krav og egen og families helse og velferd, og å leve mer enn å streve. Jeg syns spesielt det australske folket lærte meg mye med sin vennlighet, åpenhet, uformelle levestil og tilbakelenthet. Flest mulig nordmenn burde reise dit! Australia er et meget interessant land både når det gjelder kultur, natur, fauna, flora. Australia er et av verdens mest multinasjonale og multietniske land og er stolt av det, selv om de strever med sitt forhold til

urinnvånerne, aborigines, og enkelte asiatgrupper. Jeg opplevde dette året som det hittil mest spennende og rikeste i mitt voksne liv.

Var det hardt å komme tilbake til Norge?

Å være utenlands på denne måten gjør egentlig at man setter ennå mer pris på Norge, ikke minst hvor vakkert det er, miljøet, tryggheten, det sosiale sikkerhetsnett, rikdommen, rettferdighetstanken, egalitetsprinsippet, ikke minst i forhold til helse.

Et slikt år er vel svært vanskelig for den jevne norske allmennpraktiker å få til?

Det trenger ikke nødvendigvis være det. Det bør imidlertid struktureres og organiseres i god tid, gjerne 2-3-4 år i forveien. Uansett hvordan fastlegeordningen måtte bli gjennomført, bør det være et viktig anliggende at man ikke blir lenket til sin praksis, at det er muligheter å finne frem til gode vikarordninger. Uten slike muligheter, lurer utbrentheten faretruende nær. Hvis slike opplegg struktureres og organiseres tilfredstillende, ser jeg ikke bort fra at de bør være tellende til spesialiteten i allmennmedisin.

«Den vanskelige pasienten»

Tekst: Svein Slagsvold

Svein Slagsvold f. 52 er allmennlege ved Bøgerud legesenter i Oslo og har også bakgrunn som skuespiller.

Kjære medarbeidere, kjære kolleger. Jeg er blitt spurt om å si noe om det som kan kalles «vanskelige pasienter». I mitt forsøk på å forstå begrepet ble det med meg som med mannen som lette jorda rundt etter grunnen til den vonde lukta – for tilslutt å finne en lort i barten sin (en ørliten en – godt skjult oppunder nesen).

Det jeg skal si er ikke noe forsøk på å behandle begrepet «den vanskelige pasient» på noen akademisk lur måte, eller direkte strukturert eller logisk måte. Dette er noen assosiasjoner, noe oppspinn, noen personlige refleksjoner og erfaringer og noe fri jazz. Det er naturligvis sett fra legens stol, men det meste berører felles erfaringer i allmennpraksis.

Jeg vil presentere etpar kasuistikker.

Kasus 1 – «Kamelvelgeren og Dyret» eller «Hvor blir det av alle kamelene vi svelger?»

Det var dyp høst. Mandag formiddag. Det var i den 4. uken – i den Store Forkjølelsens Tid. Det norske folk var snørrete. Det regnet. Trærne hadde få blader igjen.

Jeg hadde hatt en hemningsløst travel morgen (folkehelsen har jo

aldri vært bedre), og hadde nettopp satt meg i stolen på lunsjrommet for å ta en pust i bakken. Jeg hadde rullet ut matpapiret, satt og stirret vantro på innholdet da et uvanlig hardt knakk plutselig hørtes på døren til lunsjrommet. Øyeblikket etter gikk døren opp og et ukjent ansikt kom tilsyne i døråpningen. La oss for anledningen kalle ansiktet og dets tilhørende menneske for Dyret – som ikke må forveksles med personen i døren, men mer betraktes som en beskrivelse av mitt sinnsbilde av fyren. Selvfølgelig lot jeg ingen av disse følelsene slippe ut – slettes ikke – jeg smilte derimot og var vennlig imøtekommende slik det sømmet seg en i min stilling.

Dyret sa (med en påfallende frekk og likegyldig henslengt mine): «Jasså. Dere sitter her fremdeles – og slapper av. Klokken er over halv et! Kneipskiven satt seg brått fast etsted – rundt strupens kvelningspunkt. I et glimt tenkte jeg: «Det er du som kveler meg din jævel», men innså rimelig raskt at dette måtte være det de kaller en projeksjon og jeg tok meg sammen. Jeg hostet litt – for ordens skyld – og sa: «Unnskyld... Jeg mener: hva behager...!» «Jeg skal bare ha en sykemelding!» – sa Dyret. Jeg sa: «Det er ikke bare...». Dyret var kvikkere og frimodigere enn gjennomsnittsfrekken var fullstendig ovenpå situasjonen – hele tiden – og repliserte skarpt: «Hva sa du?» «Har du bestilt time?» – sa jeg. Dyret fortsatte: «Nei, nei, nei... jeg trenger ingen time – jeg skal bare ha en sykemelding jeg...»

Utenfor slo et sinnsvakt heftig regnskylt mot ruten. Jeg snudde meg mot høststormen – og en tanke for gjennom hode mitt: sitter det noen i sosialkontoret deroppe og kaster skyllene sine ned på rutene våre? Alle trærne der utenfor

akvariet vårt var med ett blitt veldig bladløse – bare tynne svarte nerver mot en blygrå skjebnetung og dypt deprimeret himmel. Bildet av sommeren virket tåpelig på meg. Jeg søkte fortvilet og halvt oppgitt de andre rundt bordet med blikket etter lindring for ubehaget og møtte etpar medlidende blikk, men ingen kom med et jævla ord til unnsetning. Jeg sa: «Det var da svært så taust det var her idag da!»

Mer regn. Mer stillhet. Jeg fortsatte: «Javel da blir det vel bare opp til meg igjen da...»

Hvem skulle det ellers være opp til?

Dyret hadde som andre menneske-dyr en instinktiv fornemmelse av situasjonen i sin fulle kompleksitet og igjen bølget han over meg: «Hva er det du mumler om?» Jeg sa: «Ja – ja, sett deg ute og vent da... så skal jeg se hva jeg kan gjøre!» Han gled fra dørsprekken og ut i korridoren med et ondskapsfullt knapt synlig smil om leppene (men jeg så det!)

Endel tyngre tankestoff veltet frem i bevisstheten min: Hvem var denne fyren egentlig? Var han bare et sinnsbilde kanskje? – Et symbol? – på livets uutholdelighet – på livets rå meningsløshet?...

Døren slo igjen med et sukk. Et øyeblikks stillhet fulgte. Lege-sekretæren som hadde forholdt seg taus hele tiden mens jeg hadde bakset i villelse med Dyret – løftet blikket og sa: (og mens hun snakket tenkte jeg: hvorfor i alleverden hadde jeg ikke før lagt merke til hvor vanvittig irriterende den milde stemmen hennes egentlig var?): «Han har vært i luken to ganger

Foredrag ved APLFs kurs «Primærlegen og Medarbeideren» i 1996 og 1997

før idag. Han kjefte og smelte og ville ikke godta at listene var fulle. Du sa du ikke kunne ta flere... Jeg trodde... Derfor avviste jeg han... Jeg visste ikke...» Disse siste ordene ble etterfulgt av – mer regn. Jeg sa: «Herregud – jeg tar'n innimellom.»

Doktor? Du tråknet på noen. La du ikke merke til det?

Jeg ble sittende – halvt innesperret i et tyggende, halvt glefsende kranie. Jeg var alene med hjernten min og det føltes ikke helt greit. Noe presset på etsted – jeg kastet med nakken mot silregnet utenfor og sa: «Det var da pokker så tørr den helvedes drittskiva er! Jævla møkkadag.»

Hvor blir det av alle kamelene du svelger?

En av de store oppgavene i allmennpraksis som alltid krever skjerping – en helt uopphørlig oppmerksomhet og ubrutt konsentrasjon – er å sette grenser. Sette grenser for pasienter, grenser for seg selv og de en jobber med. Det handler om å avgrense arbeidsområde sitt, rydde pulten så å si – så det blir oversiktlig og mulig å vie oppmerksomhet til det en alt har påtatt seg ansvar for.



Det er ingen lett oppgave. Det kan alle underskrive på som har forsøkt seg i frontlinjen. Og fordi allmennpraksis pr. definisjon skal være åpent mot fortøuet – være

medisinens pølsebod – sier det seg at vi vil stormes igjen og igjen. Og at vi må holde beredskapen høy – til enhver tid – for å skjerme arbeidsområdet vårt.

Fordi vi ikke kan sette opp piggrådsperringer og få hunden vår til å bite de pågående syke – må vi være mer bevisst og ha andre og sløyere taktikker. Som må være mindre heftige og mer humane og som må ha i seg muligheten for skille klinten fra hveten av problemene pasientene har. Slik at de ikke dør på dørterskelen vår og vi får navnene våre i avisen.

Det å avvise folk som er syke er frustrerende og vanskelig. Vel utført kan det være svært sofistikert håndverk som noen medarbeidere har utviklet til nærmest perfektjon. (Jeg har selv sett en pasient komme til luken med krav om øyeblikkelig legetime – for så noen minutter senere å gå igjen – lykkelig og lettet og fornøyd uten å ha fått det skarveste grann av det han egentlig kom for.)

I våre forsøk på å få etslags grep på sakene har kontorene stort sett latt «luka» og telefon-tjenesten gjøre grovarbeidet. Legesekretærene står for utkastelsene. All ære til dem. Det er risiko-idrett å stå for den tjenesten. Mange doktorer har nok gjort som den bladløse i historien over – bukket under når en har stått ansikt til ansikt med barikadestormeren. Ikke som en abstraksjon – et engasjerenede samtaleemne, men med snørr i barten og lynende øyne: «Jeg skal bare...»

Men problemet har et større omfang – så å si. Er mer komplisert enn oppgavefordelingen. Det peker mot vår psyke – mot vår evne til å sette grenser for oss selv, mot det å tåle å stå i et motsetningsforhold til en pasient, tåle kjefte og avvisning – uten å gi etter. Rett og slett holde ut med følelsen av å bli oppfattet som en drittsekk. Og det er ikke lett.

Litt klare tanker i en slik situasjon kan lette på det indre trykket. Men ganske typisk slipper disse

barikadestormerne av noe frekke slasker gjennom på en skjeiv dag når garden henger lavt. Men klare tanker kan også da hjelpe: Hva er problemet? Er det mitt ansvar å løse dette problemet? Har jeg tid – til å engasjere meg i dette problemet på en faglig tilfredsstillende måte? Kan jeg levere tilbake problemet pasienten kommer med – eller bare nekte å ta imot det? (Så snart en har tatt imot pakka, løsnen på hyssingen – er en fortapt).

Jeg skal illustrere det med en liten historie om et eldre ektepar – Isak og Ruth – som bodde i et lite hus i en liten by – med naboer på rekke og rad i små hus. En sen natt. Ruth var alt gått til sengs, men Isak var rastløs og vandret opp og ned gulvet i soverommet – toet sine hender og jamret seg. Ruth, den kjære hustruen, sa: «Isak, gå til sengs nå – jeg vil sove.» Isak svarte: «Ja, ja...» men fortsatte å forstyrre sin hustrus nattero med rastløs vandring. Ruth som etterhvert begynte å bli irritert på han – sa: «Isak – legg deg!» «Ingen vits i å legge seg Ruth – jeg er så full av bekymringer at jeg vil ikke få sove!» sa han. «Men hva er du så bekymret for kjære Isak?» «Du kjenner Karl – på den andre siden av gaten?» sa Isak. «Selvfølgelig», svarte Ruth, «han er jo en nær venn av oss.» «Joda, men du skjønner», sa Isak – «problemet er at jeg skylder han tusen kroner!» «Javel, du skylder han tusen kroner – og hva så? Kom deg opp i senga og legg deg til og sov!» «Men du skjønner», svarte Karl, «jeg skal betale ham det tilbake imorgen tidlig!» Ruth var irritert over ektemannens meningsløse bekymring og sa: «Så betal han tilbake i morgen tidlig! Men kom og legg deg!» «Men jeg har ikke pengene!» snurret Isak tilbake og var iferd med å renne over av fortvilelse.

Ruth ble liggende i sengen og tenke et øyeblikk – så spratt hun opp, løp over til vinduet, åpnet det og ropte til huset på den andre siden av gaten: «Karl! Karl!» En kort stund etter dukket Karl

opp i vinduet i huset på den andre siden av gaten, åpnet det og sa: «Hva er i veien Ruth?» «Isak sier han skylder deg tusen kroner!», ropte Ruth. Karl svarte: «Ja?» «Som skal tilbakebetales imorgen tidlig?», fortsatte hun.

Ansiktet til Karl smilte opp da han svarte: «Ja!» «Vel, han har dem ikke!», ropte Ruth og slengte vinduet igjen, la seg ned på sengen igjen og sa: «Isak! Kom og legg deg. Nå er det hans problem!»

Et problem kan leveres tilbake – si en har nok og ikke kan forholde seg til det. Vi må ikke ta det på våre skuldre. I den greske mytologien bærer halvguden Atlas verden på sine skuldre. Vi trenger ikke gjøre det. Det tåler vi ikke.

Kasustikk 2 – Demonutdriveren og den lille røde høna.

Hun var meldt på dagsplanen ukesvis i forveien – den lille røde høna.

Hun hadde stått der tålmodig og ventet på sin plass i køen. Vel forberedt på den dagen legebehovet skulle gjenoppstå og reseptene slippe opp.

Hun hadde sittet på venteværelset forti minutter før hun hadde time.

Rett i ryggen som en linjal, med et uttrykksløst halvsmlil og bestemte og lidende øyne – satt hun der – ytterst på stolen som en prestefrue. Hun hadde som hun pleide – gått til luken, knakket så forsiktig plassert blikket og halvsmlilet i legesekretæren for å si (på en stillferdig og irriterende måte): «Er han i rute?»

For så å få Svaret fra legesekretæren: «Han er litt forsinket. Sett deg bare ned og vent – så roper han deg opp snart.» Hvorpå den lille røde høna svarte: «Javel...»

Jeg hadde ikke sett henne på – nesten et år. Dengang hadde hun besøkt legekantoret i en periode for et sammensatt problem – hvori inngikk smerter overalt – og en langvarig familiekonflikt og ønske om noe beroligende. Jeg hadde i

min hukommelse en fornemmelse av suksess fra dengang – jeg forestilte meg at jeg hadde tatt et godt tak i problemet hun hadde i den perioden. Hun hadde avsluttet sitt Vival-forbruk og selv sagt seg tilfreds med det. Jeg var også tilfreds med det.

Den lille røde høna reiste seg umiddelbart ved min tilsynekomst og festet blikket i meg.

Jeg sa: «Ja, værsgod – nå er det din tur.» Jeg gikk nedover korridoren og møtte henne halveis, tok tak i den overraskende tynne og harde spisse kloaktige hånden hennes.

Vel inne på kontoret satte den lille røde høna sette seg ned i stolen (som alltid ytterst, ryggen rett som en linjal).

En stillhet – konsultasjonenes nullpunkt sank inn. Alle mulighe- ters øyeblikk var opprunnet. Jeg rettet meg opp. Den lille røde høna skuttet seg, og kikket skrått opp på meg – så sa hun: «Klukk...»



Jeg sa – en smule overrasket – på en måte glapp det ut av meg: «Hva sa... ?!» Men hun bare kikket skrått og underlig opp på meg igjen. Jeg tok blikket hennes til inntekt for høneklukket og tenkte at det skulle ikke vare lenge før hun var flådd igjen og gnidd inn med allmennmedisinsk garnityr – og servert meg som en fiiiin pasient. Hun skulle takke meg... nok en gang. Hun visste det bare ikke – ikke enda.

Jeg brøt tankepresset i stillheten med de velvalgte ordene «Hva kan jeg hjelpe deg med idag?»

Den lille røde høna svarte: «Husker du at jeg var hos deg i fjor engang?»

Jeg sa: «Ja, selvfølgelig husker jeg det.» (og tenkte: hvordan kan en glemme en slik begivenhet!)

Høna fortsatte: «Nå er alt som det var dengang... Igjen...»

Jeg valgte igjen en fortsettelse fra Standardhåndboken (som alltid god å ha). «Og hva tenkte du jeg kunne gjøre for deg i den anledning?»

Den lille røde høna fortsatte: «Jeg trenger noe beroligende – Jeg er så anspent... Jeg klarer ikke slappe av... Jeg får ikke sove... Jeg ligger våken helt til klokken fem om morgenen... Jeg sover bare en eller to timer hver natt... I høytiden... og sånn har det vært i mange måneder... Kan du i det hele tatt forestille deg hvordan det er !... Nei! Det kan du ikke! Jeg ligger og tenker... og tenker... hele kroppen min spenner seg... Jeg har fått tilbake alle de gamle spenningene... I pannen... I nakken... nedover skuldrene... det strammer seg... tvers over brystkassen... jeg tror jeg har fått angina... eller kreft... Jeg klarer ikke konfliktene med datteren min... de oppskaker meg... Jeg må ha noe beroligende... de andre pillene du ga meg virker ikke!

Den lille kroppen buktet seg i alle retninger, hun sprang frem og tilbake i stolen... hele tiden mens hun forsøkte trollbinde meg med sin lidelse...

Hun var som et elektron rundt sine protoner... hvor ladningen snart var positiv og snart negativ... den lille røde hønas eget univers var iferd med å oppløse seg – der og da... rett foran øynene mine... Inne på kontoret mitt! Og jeg var helt alene!

Jeg kjente alle muskelgrupper stramme seg... små blå stikkflammer freste ut av de nyvaskede mansjettene på frakken min...

En foruroligende tanke skrenset gjennom hjernen min, smalt borti sjelen og etterlot seg en fornemmelse av sviddhet i hjernebarken... Tankepresset tiltok Jeg tenkte:

Når skal forsvaret mitt mot alle disse pasientenes lidelser falle ..?

Når skal doktor Münchausen by proxy tre inn på arenaen ..?

Når skal Min Fibromyalgi banke på døren...?

Er øyeblikket kommet...? Nå !...

Alt mens jeg strevet med disse høyoktan mentale petroleumsproduktene – hadde den lille røde høna avsluttet sin lidelsesdans og falt tilbake til linjalformen og sitt bleke smil, og festet blikket i meg – forunderlig uberørt av hele opptrinnet. Et fortvilelsens ekko hjallet i meg...

Smittet!

Hun sa (ganske svakt) «Klukk» Jeg sa: «Hva behager!» Og igjen skottet hun opp på meg, taus, halvt nedenfra, på denne høneaktige måten. Hvilken metode var dette? – før det gjennom skallen min.... Jeg tok tak i det svette nakkeskinnet mitt, jeg forsøkte å besinne meg, lot doktorrefleksene få neste stikk, de famlet tungt i hjernens hyllerekker, rev ut den første og beste sitatboken og sa:

**Unnskyld meg,
men jeg er ikke helt
sikker på om jeg fikk
det helt klart for meg
hva du egentlig trodde
du mente jeg kunne
hjelp deg med idag?**

*Norsk legestand
Frasehåndboka – kap. 2 pkt. 2 b.*

Den Lille røde høna bikket svakt på hodet, dukket liksom for et upresist avført haglskudd, men nå var hun ikke sen om å områ seg. Hun svarte skarpt og presist som et riflekudd: «Vival. Jeg vil ha Vival.» Jeg sa: «Jamen, de har du jo sluttet med!»

Hun sa: «Jeg skal ikke ha mye.

Bare tyve stykker – for tilfellet skyld. Jeg har ikke brukt noe på et år!» Jeg sa: «Nei! Vent! Sistgang vi avsluttet forbruket av Vival hadde du langsomt trappet opp over årene som gikk. Jeg så av anlegget her at du fikk utskrevet 500 stk. over 12 mnd!»

(Dette siste ble dessverre til et lite utrop. Det var som noe inne i meg ikke helt klarte å holde igjen sin elleville fryd over dette svært gode argument!»

Den Lille Røde Høna spratt opp fra stolen som en nytenk komet – i en rett linje – som om linjalformen bare hadde vært et skalkeskjul for et fyrverkeri. Hun fektet med armene som en vindmølle og i noen øyeblikk førte dette til at hun lettet fra gulvet og svevet over meg slik at jeg måtte bøye nakken for å møte blikket hennes i luftrommet over meg.

Fra denne posisjonen snerret hun inn i ansiktet mitt: «Det er umulig! Helt umulig! Få se! Har du bevis!?! Du kan ikke bare slynge slikt ut!»

Svetteperlene presset seg frem gjennom pannenhuden min. Jeg grep til tastaturet, holdt meg fast med alle tolv fingrene – trykket på knappene og spilte opp Tiltaksorgelet mitt (File-resept-liste-tidligere-alle) Vel fremme i riktig fil stotret jeg: «Her ! Ser du!» Den lille røde høna sveivet hurtigere med armene. Håret reiste seg på hodet mitt og papirene fløy utover skrivebordet som om jeg satt på et heliokopterdekk.

Stemmen hennes hvinte som en jetmotor. Det var en klar fornemmelse av klimax i luften: Hun ropte mot meg fra luftrommet: «Noen har skrevet den ut i mitt navn! Helsepersoner misbruker allslags medisiner! Leger også!» Nakkehårene reiste seg på meg: en urettmessig beskyldning! Jeg halvt skrek til henne: «Nå har du gått for langt!»

Den lille røde høna sluttet plutselig å sveive med armene. Det var som det med ett kom en iskald og foruroligende nøkternhet over

henne. Hun satte seg konsentrert ned, foldet rotorene over brystet. Så sa hun: «Jeg beklager. Jeg vet ikke hva som gikk av meg. Unnskyld...» Jeg svarte: «Vel, vi har vel alle våre demoner...»

Hevn!

En smerte fór over den lille røde hønas ansikt, men roen slapp ikke taket i henne – hun svarte – helt i balanse: «Du skal være forsiktig med ordene du bruker, doktor. For noen er demoner et svært ladet ord.»

Jeg ble med ett svak, så uendelig svak – over alt. Jeg tenkte: Hvem er jeg? Hva gjør jeg her? Hvor er mor? En stillhet svevet inn i tomrommet etter meg. Jeg sa: «Er det ikke et underlig liv en lever?» Høna hvinte skarp tilbake: «Hva!»

Jeg ønsket meg langt vekk – til et svaberg ved sjøen eller til et stille fjellvann. En gressbakke ved en fjellbekk er jo et bra sted å tilbringe livet.

Den lille røde høna hadde beholdt sin ro, jeg hadde fått hennes fordømte uro. Hjernene kokte og produserte tanker i massevis. Jeg sa – halvt fraværende – med blikket vendt mot den grå substans: «Det lukter ikke svidd her?» Den lille røde høna var der raskt igjen: «Hvabehager?! Svidd?!» Et forvirret øyeblikk fulgte. Utkommet kunne på dette tidspunkt blitt alt fra den umiddelbar driftsnedleggelse – til ukontrollert voldsanvendelse

Eldre syk kvinne grovt mishandlet av lege

Den lille røde høna betraktet meg nysgjerrig gjennom de små smale fjærkleddes ondskapsfulle gluggene sine. Deretter fortsatte hun like fast: «Vær så snill doktor. Jeg trenger de medisinerne. Jeg skal ikke misbruke dem. Jeg blir så

opprørt av kranqlene med datteren min... Jeg har et vanskelig og ensomt liv... Jeg ber bare om tyve stykker. Jeg er ingen misbruker.» Jeg mumlet ut de gamle læresetningene (for anledningen med en kraft helt uegnet til å overbevise noen). «Jeg ser ingen grunn til å starte opp igjen noe du har vært foruten et helt år. Du kan få noe annet... som ikke er vanedannende å roe deg ned på – hvis du absolutt må bruke tabletter for å klare det. Ellers mener jeg at det å krangle med sine nærmeste er noe man må klare å takle uten å ty til beroligende medisiner. Nyere forskning har dessuten vist at det er masse bivirkninger knyttet til bruk av b-preparater.»

Hun så lenge på meg... sorgmodigheten og innbittheten sto fortsatt risset inn i ansiktet hennes. «Du har vel notert deg for en seier da. Fører du liste over alle de du klarer å få til å slutte med valium? Vel, vel – da får jeg gjøre som veninnen min sa til meg... Gå til den andre legen her – «han gir deg det nok» sa hun.»

Ved disse ordene reiste den lille høna seg. I døren snudde hun seg mot meg, så med et iskaldt blick gjennom meg: «Farvel doktor.... Demoner... Det blir det nok ikke lett å glemme...» Så ble hun borte. Gjennom den halvåpne dørsprekken til korridoren veltet noe usynlig som fylte meg med en tristhet, en tomhet. Tankene forsvant ut av vinduet eller gjennom ventilasjonsanlegget etsted... Jeg ble sittende slik... Noe tynget meg fryktelig:

**Helbrede lindre
alltid trøste.»
(Den norsk legestand
trossetning no. 1)**

Det skjer mye i møtet mellom to mennesker. Det skjer mye i møtet mellom en pasient og et stykke helsepersonell. Den som har lyst til etterprøve dette selv, kan for orden skyld sette seg og skrive ned alt det en husker av

møtet med en pasient en har hatt kontakt med i løpet av dagen: ansiktet, uttrykket, kroppsholdningen, hva en festet blikket ved, hendene, klærne, ordene, hvordan de ble sagt, lukten, lyset... Det er en kjempesymfoni.

Og det er på det ytre planet. I vårt følelsesliv, i vår psyke – i våre pasienters følelsesliv, i deres psyke – foregår enda en symfoni, mer skjult, mer vanskelig å for- nemme. Men den foregår allikevel – en aktiv utveksling av meldinger og følelser. Meldinger som springer ut av følelser og som vekker følelser – og følelser som igjen sporer til handlinger, ord.

Kommunikasjonen er også subtil og våre handlinger, også våre «profesjonelle» handlinger som vi tror oss være «medisinsk og naturvitenskapelig begrunnet» – har irrasjonelle element i seg som gjør oss tilsynelatende «inkonsistente» eller irrasjonelle.

Hvorfor tok jeg CRP av denne pasienten og ikke den andre i går – med akkurat samme problem, samme sykehistorie? Hvorfor ble denne pasienten sykmeldt til torsdag og den andre til fredag selv om omstendigheten synes å være de samme? Et undersøkelse publisert nylig har påvist at det er ti ganger så stor sjanse for at en lege skriver ut medisin til en pasient – hvis han tror at denne pasienten venter seg en resept. Hva er grunnen til det?

Dette handler om «underteksten» i møtet mellom pasient og helseperson – dette er de usynlige faktorene i beslutningsrekken. Noe av dette samspillet mellom helsearbeider og pasient kan synliggjøres – om en velger å se etter det. Psykiatrien – som befatter seg med disse problemstillingene mer enn oss kaller en vesentlig faktor overføringer og motoverføringer. Vi gjør klokt i å se på disse mekanismene – som er allmenngyldige, subtile og potente i den kliniske situasjonen.

Det kan være ubehagelig å gå opp sporene i en vanskelig konsul-

tasjon – det kan være spor av egne personlige vansker, tilkortkommethet, fordommer, forutinntatthet i disse konsultasjonene. Mye å lære for en åpen helsearbeider, men lett forståelig å ville skyve dem tilside og ta inn neste pasient, og fullt tillatelig å glemme dem – men ikke alltid. Om en gjør det kan en legge drageegget – som i det skjulte kan klemmes til noe stort og stygt som kan komme og ta rotta på oss en dag. Og det vil vi ikke.

Særlig de vanskelige konsultasjonene, de vanskelige pasientene har mye å lære oss. Det kan kanskje være nyttig i denne sammenheng å redefinere begrepet «Vanskelig pasient» til «en vanskelig situasjon eller konsultasjon» – hvor sluttsummen gjerne kan utgjøres av både vanskelig lege, vanskelig medarbeider, vanskelig pasient, vanskelig situasjon, gjerne dag...

For å jobbe med dette trenger vi hverandre. Vi trenger vi mot og åpenhet. Vi trenger vi en strukturert sammenheng å jobbe i. Her er vi amatører.

Kasuistikk 3 – Fatima og Idioten eller Når trickene er oppbrukt – hva gjør vi da?

Hun hadde vært der fem hundre og ni og nitti tusen ganger før, Fatima.

Jeg hadde lyttet til henne, med tolk, uten tolk, med familie, alene, med barn, uten barn. Jeg hadde diskutert henne med trygdekontoret, nevrokirurgen, gynekologen, fysioterapeuten, flytkningekonsultene, psykologen, sosionomen og de andre hjelperne. Jeg hadde hen- vist henne til blodprøver, røntgen- bilder, ultralyd, computer-tomografi og MR. Jeg hadde latt henne gjennomgå fysioterapi-behandling, antidepressiv behandling, analgetisk behandling, psykomotorisk behandling, psykolog-behandling, gynekologisk kirurgi, gynekologiske re-operasjoner. Jeg hadde fått henne gastroskopert, koloskopert, biopsert og vurdert.

Hun hadde fått gjennomgå alt mitt potente og stolte fag rår over av fabelaktige undersøkelser fra langt inne i den gyldne dataalderen – med bilder en røntgendoktor på 60-tallet bare kunne innbilt seg etsted inne i fiksjonens evighet.

Jeg hadde latt henne uttømme mitt armentarium – fullstendig. Jeg hadde ikke mer å gi, hadde ikke mer fantasi. Jeg hadde skjøvet henne opp på mitt fags Mount Everest. Og hennes lidelse var like hel!

Og så var hun der igjen! Satt på den samme stolen på venteværelset som hun alltid satt – akkurat der hvor blikket mitt falt ved det første gløtt gjennom dørsprekken. (Min første innskytelse var å slenge døren igjen, flykte bakveien gjennom GU-rommet, klatre over skrivebordet til kompanjongen min i naborommet, rive ned gardinene og fire meg til bakken to etasjer under. Og løpe – inn i skogen – langt inn i skogen. (Hvorfor har ikke alle legekantor en rømningsvei?))

Men et eller annet i meg fikk meg fra det. Bare et lite gys, og en lett synkopert åpning av en legekantor-dør var alt jeg tilkjennega. Jeg hadde jo forsåvidt sett henne på dagsplanen, men ikke fattet alvor i situasjonen før hennes sørgmodige blikk fanget mitt og innså i dette øyeblikk:

Impotens!

Jeg skulle avkles – og jeg var naken under den hvite frakken. Jeg skulle stå frem for mitt blotte offer og jeg visste – alt nå – at hun kom til å le av tissen min! Men jeg skulle ikke gi meg – ikke uten kamp!

Jeg rettet meg i ryggen, løftet kraven forsiktig i nakkeroten (helt tilfeldig liksom – slik som jeg har lært det av våre gutter i de øverste kirurgiske divisjonene) og gikk henne imøte. Hun reiste seg (på samme ulidelig sørgelige og skjebnetunge måte som alltid) og sto

som en lidende torso til jeg kom bort til henne. Jeg ble gjennomskyllet av en mental ataksi. Jeg slo auto-knappen på og hentet frem en passende hilsen: «Goddag. Mitt navn er doktor...» men jeg innså idet ordene rullet så kjekt over tungen at sitatet var fullstendig feilvalgt og tilhørte kapittelet for «Hilsninger av den ukjente pasient». Hele greia stoppet opp i noen veldig lange sekund. Hun så spørrende på meg. Jeg visste at her gjaldt det ikke å trekke seg – og lot et skjevt smil gli over leppene. Jeg fortsatte profesjonelt – etter et menneskekjørt lunt håndklapp på skulderen – etter Den norske Læges berøringsstandard no.7 og sa: «Denne vei...»

Og slik førte doktoren den syke frem på veien mot helbredelse

Hun lot seg føre med og vi kom oss raskt ned korridoren, gjennom perleporten og inn i konsultasjonsrommet. Døren smalt igjen og jeg strakte en hvitkledd arm mot stolen for enden av skrivebordet og sa: «Din plass.» Hun sank ned i stolen og jeg i min – og et øyeblikks ro senket seg over denne skjebnekonsultasjon. Jeg skalv ved fornemmelsen av hva som skulle komme.

Hun la en brun pakke på bordet, skjøv den liksom litt bydende mot meg, og så sa hun, gebrokkent: «Røntgenbildene, doktor...» Jeg forsøkte meg med en litt lett variant av inngang til samtalen (type 2b – 3.93) Jeg sa: «Åja røntgenbildene... Gikk det bra?» Hun trakk på skuldrene, la hodet litt på skakke og festet de kloke sørgmodige og lidende øynene sine i meg. Blikket gled på uvant vis igjennom sperringene og traff hovednerven med et mørkt knapt hørbart drønn (som en japansk tempelgong). En skumring senket seg inn i rommet.

Jeg holdt bildene opp; av en fot

– skjelettet i en fot, så mye husket jeg i farta.

Men jeg så ikke sjelen hennes på bildet, ikke spor etter torturen, ikke lyden av ropene fra mannen hennes som ble ført bort fra nabocellen og henrettet en måneløs natt, ikke de elektriske sjokkene, ikke spor av den 4 årige datteren hennes som ble sparket til invalid av politifolkene da de kom for å arrestere henne...

Hun sa: «Er det noe galt doktor?» Jeg sa: «Neida, bildene er helt i orden de...» Hun sa: «Men jeg har så vondt doktor! Så vondt – under føttene, oppover benet, og i nakken – her – og på siden av hodet... her...». Hun strakte hånden sin opp mot den venstre tinningen, gned den med hånden og ansiktet fortrakk seg for å vise meg det vonde. Så sa hun: «Hva skal jeg gjøre doktor? Jeg får ikke sove, alt er bare vondt vondt – overalt...»

Og igjen dette blikket... Jeg ble fryktelig svar skyldig... Alle undersøkelsene, alle de negative svarene, alle psykolograpportene, alle samtalene og forklaringene om sammenhenger mellom kropp og sjel, gled tilside en etter en som en rad med fortrekksgardiner...

Fokus ble uskarpt et øyeblikk.. Men så... så jeg sjelen hennes – for første gang kanskje – selve Fatima sto frem...

Jeg ble svak og litt stille og sa (var det første gang?) «Jeg vet ikke...» (de magiske ordene) Hun kikket på meg...

Jeg ventet på Tilintetgjørelsen. Fikseren, diagnostikeren, undersøkeren, den psykologiske samtalepartneren – hele dritten var på en annen banehalvdel. Jeg var bare en vanlig fyr som ikke hadde et svar å gi, ikke et tiltak å foreslå... Jeg så på henne litt redd og ventet på hugget, ventet på latteren hennes når hun så hva som virkelig var innerst i alle disse lagene vi hadde skrelt oss igjennom. Når hun så hva jeg hadde under frakken. Men ingenting skjedde. Hun lo ikke av meg!

Jeg ble sittende der et øyeblikk og se på denne kvinnen som hadde

gjennomgått alt, fortsatt var inn-takt – tok vare på 3 barn, ordnet hus, strakk noen usslige små almissekroner til å dekke et helt familiebudsjett, holdt ut med søvnløse, marettilignende netter, i et fremmed land, halvt språkløs, uten fremtid... og som fortsatt kunne.

Jeg tenkte med meg selv: Hvorfor hadde det ikke slått meg før hvor flott hun var, denne kvinnen...? Jeg sa: «Du er et fantastisk menneske!» Hun skinte opp – i et smil – Fatima. Etter en ganske kort stund reiste hun seg beslutsomt, rakte meg hånden, smilte igjen, tok sin 7 årige datter for hånden – og gikk.

Det kan synes som vi har pålagt oss en tung byrde. En fornuftig stemme kan fort si at det er usannsynlig mye. Vi har gjort våre legepraksiser til et mottaksted for de meste. Det finnes når jeg går tilbake i hukommelsen – utrolig mange typer problem jeg har vært presentert for – alt fra somatiske og psykologiske problem til – økonomiske, familiære og juridiske. Allmennpraksis er et møtested for alle de ting som plager folk. Det er en utbredt oppfatning at den moderne medisinen kan eller kommer til å fikse det meste: Vil du ha gjeller på fosteret ditt? Eller musehale? Det er egentlig ikke et spørsmål om vi ordner det, men når – ispedd litt pirrende etisk fin-tekning. Og det er ikke bare en forestilling hos pasienten våre, jeg tror også den i en varierende grad har sunket inn i oss. I sum kan en si vi lider under byrden av:

**Heal all. Know all.
Love all**

For å ta det første: «Heal all». Vi kan alle si at: selvfølgelig vet vi at vi ikke kan helbrede alle – ei heller hjelp til med alle livets problemer og plager. Men forholder det seg ikke noe anderledes i det daglige – hvis vi går oss selv etter i sømmene?

For eksempel: Hvordan mestrer

vi de vi ikke kan hjelpe? Hvordan mestrer vi kronikerne, masekråkene, som kommer med den samme fordømte klagen – selvom vi har gitt alt og gjort alt? Hvorfor frustrerer de oss? Hvorfor finner vi at vi igjen beordrer «tiltak» iverksatt – hos gjennomutredede og gjennombehandlede pasienter (enten våre «egne» eller «andres»)? Hva i oss er det som utløser «tiltakstrangen» – hva er det som utløser «behandlingsraseriet»? Hvordan holder vi egentlig ut med å se en person lide og ikke kunne helbrede, ikke nå igjennom med det «faget vårt» har av tricks – og bare se på det, lytte til det, dele det?

Og når vi kommer dit at vårt fag er oppbrukt, og det gjør vi egentlig alle og ofte – hvordan er man da profesjonell? Kan en pasient bli «vanskelig» da? Hva gjør vi da? Og hvem er vi da? Hvordan kan vi utdanne, etterutdanne utvikle oss for disse situasjonene? Kanskje er vi da i samme båt med alle andre mennesker og profesjoner – og må begynne å trekke veksler på oss selv og vår egen person? Og hvor godt kjenner vi den personens veier?

Kanskje handler en viktig del av møtet i konsultasjonsrommet – om kraften i skriftstedet – hvor historien som blir fortalt, en lyttende person og tausheten utover de fire veggene er viktigste elementer. Kanskje utgjør dette «rommet» i konsultasjonen, – en vesentlig grunn til vår popularitet – til alle helsearbeideres popularitet – det være seg den etablerte medisin og den «alternative». Og kanskje er skolemedisinen på dette området mindre flink til å definere seg inn og tilrettelegge virksomheten enn andre behandlingsalternativer – og kanskje ligger noe av interessen for den «alternative» behandlingen i dette.

Det er ingen grunn til at ikke også vi skal bevisstgjøre oss dette rommet og blir profesjonelle og «artikulerte» når vi beveger oss inn og det. Skuggeredselen. Det er god fortjeneste i det å forstå og akseptere

re avgrensningen av faget vårt – det friir oss fra en byrde. Det er slett ikke uten et visst velbehag en kan stadfeste at en ikke vet og intet kan gjøre. Selvfølgelig må dette aldri bli en lettvinnet løsning – men en konklusjon en er fremme ved når verktøykassa er brukt i rimelig mon.

Så en kommentar til dette «Love all» – som kanskje er en enda vanskeligere en for oss. En kategori «vanskelige» pasienter er jo de som blir sinte, oppfører seg aggressivt. Og ikke nødvendigvis bare de som roper eller slenger med dørene, men også de som er avvisende – de som tilkjennegir misfornøydhet med deg som lege eller medarbeider, de som klager på behandlingen, som klager på vår oppførsel. Felles for alle disse er den følelse av avvisning, hat og negative følelser de gir oss. Hvorfor er dette så vanskelig? (Et tilsynelatende banalt spørsmål, selvfølgelig er det ubehagelig med aggresjon rundt seg):

Men allikevel – hvorfor er dette så vanskelig? Hvis vi betrakter oss selv i slike situasjoner vil vi finne at uansett hvordan vi vrir og venger på det så springer beskrivelsen «vanskelig» opp i oss, den former seg som en følelse og dernest en tanke i oss – og først deretter blir den hengt opp på det objektet vi definerer som vanskelig – det være seg en pasient, en gjenstand eller en situasjon. Hva er det med disse sinte pasientene som gjør dem vanskelige – og da mener jeg i oss – inne i oss selv? Jo – de tilkjennegir blant annet en sterk avvisning av deg. Og når avvisningen når en viss intensitet opphører vi å være rasjonelle og profesjonelle – vi opptrer som det vi er: mennesker – og et viktig(ste) trekk ved dem er at de føler .

Med pasientens avvisning oppstår det i oss endel følelser. Kanskje forminskes vi? Kanskje utfordres bildet vi har av oss selv? (Hva om jeg er en «udugelig doktor» eller en «udugelig legesekretær»? – om det kom de andre for øret?) Alt

dette gjør oss sårbare...skaper et følelsesmessig trykk – en emosjonelt labil situasjon blir etablert i legen, i medarbeideren,... vi kommer i ubalanse.

Fra dette punkt kan mye skje. Vi kan besvare avvisningen, vi kan avskjerme avvisningen med å kategorisere pasienten – «håpløs fyr». Vi kan straffe han – «hvis denne pasienten kommer tilbake – ikke gi han time – vårt forhold er avsluttet» eller «du får ingen resept av meg»... Vi kan avreagere ved å fortelle hvor jævlig han var til en kollega og få støtte (trøst). Vi kan (for) svare med samme mynt og kaste han ut av kontoret, eller vi kan gå motsatt vei og etterkomme kravet og gjøre noe vi egentlig ikke vil – for å gjenvinne pasienten...og derved dempe følelsen av ikke å være likt.

Men det går også an å kikke innover i oss selv et øyeblikk, holde ut det emosjonelle trykket – uten å la energien slippe ut i handling – hvor «handling» betyr: ord, fysisk handling, tanker, rekvisisjoner, legetime... Det er ganske vanskelig og ganske urovekkende – og krever all den oppmerksomhet og konsentrasjon en kan oppvise... Dernest (og det behøver ikke ta mange sekundene) – kan en på en konsentrert og edruelig måte igjen

orientere seg i den konkrete situasjonen. Det er noe fryktelig tilfredsstillende i dette, og en kan finne ut at en faktisk kan se situasjonen uvanlig skarpt i en slik ladet (ikke utladet) tilstand – en kan rett og slett risikere å begå en virkelig klok handling.

Men en skal være ytterst forsiktig – hele veien videre – for den (lille)sårede legen (eller: «den udukelige medarbeideren», «den udukelige legen», drittsekken av en helsearbeider...) innerst inne i en selv venter bare på den minste anledning til å finne utløp for sin såretthet, slippe ut noe av det følelsesmessige overtrykket (det kan komme som sinne, tårer, tretthet, tungsinns, avvisning, hat-tanker...).

Det handler om balanse.

Dette betyr ikke at en skal svelge unna saker og ting, men det handler om en profesjonell, balansert handling – som søker å løse situasjonen til det beste for alle parter (og det kan gjerne komme som en hellig vrede – som snarere enn å etterlate bismak og anger kjennes som en frisk opplevelse).

Kanskje er mitt hovedpoeng dette: at i dette som er vår yrkesutøvelse ligger det et skinnende instrument på bordet – og det er oss selv. Når noe oppleves som vanskelig – er det vel verdt bryde-

riet også å feste et blikk innover i oss selv og være nysgjerrig på hva som skjer der inne. Eller som en sa: når en finger peker på en annen er det tre som peker mot deg selv (og en mot himmelen – prøv selv). Og det som er ekstra fint med det som foregår i oss selv er at vi har en mulighet til å påvirke det, forandre det. Noe en mer sjelden kan si om personen foran oss.

I slike anliggender er det selvfølgelig svakere skille mellom yrkesmennesket deg og privatpersonen deg. Forskjellen er at skal du komme noen vei med slike betraktningmåter, med slike situasjoner, med slike pasienter – nytter det ikke å holde igjen – du må by på segselv.

For at dette ikke skal bli til noe tungt og traurig så kan en jo forsøke å se det humoristiske, det absurde i oss selv, i våre kolleger og medarbeidere og i våre pasienter. Det er ikke egentlig vanskelig. Det er en kilde til glede, kall det gjerne et frynsegode for oss som arbeider med mennesker – at vi får en mulighet til å utvikle oss selv. Større utfordring og glede finnes ikke. Hold sinnet ditt mjukt.

*Svein Slagsvold
Bogerud legesenter
Skullerudvn. 97, 0693 Oslo*

Gled en kollega med abonnement på **UTPOSTEN** til jul

Utposten koster kr. 325,- per år.

Henvendelse til: Utposten, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim. Tlf.: 63 97 32 22 – fax: 63 97 16 25

Go

Oxis® Turbuhaler® "Astra"
Langtidsvirkende bronkodilatorerende middel
C T:2

ATC-nr.: R03A C13

Inhalasjonspulver 4,5 µg/dose og 9 µg/dose: Hver dose inneh.: Formoterollumaratdihydrat 4,5 µg resp. 9 µg, lactos. monohydrat. 450 µg. **Egenskaper:** Klassifisering: Selektiv beta₂-stimulator. **Virkningsmekanisme:** Virker avslappende på glatt bronkialmuskulatur. Har bronkodilatorerende virkning hos pasienter med reversibel luftstrømsobstruksjon. Den bronkodilatorerende effekten inntreffer raskt, dvs 1-3 minutter etter inhalasjon, og har en varighet på minst 12 timer etter administrasjon av en enkeltdose. **Absorpsjon:** Inhalert formoterol absorberes raskt. **Maksimal plasmakonsentrasjon** oppnås ca 15 minutter etter inhalasjon. Studier viser at gjennomsnittlig 28 til 49 % av formoterol i den avgitte dose deponeres i lungene etter inhalasjon via Turbuhaler. Den totale systemiske tilgjengeligheten ved maksimal utskillelse i lungene var ca. 61 % av avgitt dose. **Proteinbinding:** Plasmaproteinbindingsgraden er ca 50 %. **Metabolisme:** Metaboliseres ved direkte glukuronisering og O-demetylering. **Utskillelse:** Utskilles hovedsakelig i metabolisert form. Etter inhalasjon utskilles 8-13 % av avgitt dose uendret i urinen. Halveringstiden i siste fase etter inhalasjon er ca 8 timer. Effekt av nedsatt lever- eller nyrefunksjon på farmakokinetikken, samt effekt hos eldre, er ikke kjent. **Indikasjoner:** Til barn over 6 år og voksne: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma når behandling med inhalasjonssteroider og kortvirkende beta₂-agonist tatt ved behov ikke gir tilstrekkelig kontroll av sykdommen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for formoterol eller inhalert laktose. **Bivirkninger:** Tremor og palpitasjoner kan forekomme, men er som regel forbigående og avtar ved regelmessig behandling. **Hyppige (>1/100):** tremor, palpitasjoner, hodepine. **Mindre hyppige: (1/100 - 1/1000):** Uro, rastløshet, søvnforstyrrelser, muskelspasmer, takykardi. **Sjeldne (<1/1000):** Eksantern, urtikaria, kløe, hypokalemi/hyperkalemi. Som ved all inhalasjonsterapi kan paradoksal bronkospasme oppetre i svært sjeldne tilfelle. **Forsiktighetsregler:** Tyreotoksikose. Alvorlig hjerte/kar sykdom. Ubehandlet hypokalemi. På grunn av beta₂-agonistenes hyperglykemiske effekt anbefales initialt ekstra målinger av blodsukkeret hos pasienter med diabetes. Som ved annen inhalasjonsterapi bør risiko for paradoksal bronkospasme vurderes. Oxis inneholder 450 mikrogram laktose per avgitt dose. Denne mengde forårsaker normalt ingen problemer hos laktoseintolerante personer. Formoterol brukes til pasienter som krever regelmessig bronkodilatorerende terapi og ikke som alternativ til kortvirkende beta-agonister brukt ved behov eller ved akutt astma. Astmapasienter som krever regelmessig behandling med en beta₂-agonist bør også behandles optimalt med kortikosteroider evt. kromoglykat hos barn. Pasientene

ASTRA
Astra Norge

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

morgen!

NY β₂-AGONIST

Oxis® Turbuhaler® er den første selektive β₂-agonisten i Turbuhaler® som kombinerer lang virketid med raskt innsettende effekt. Effekt allerede etter 1 - 3 minutter kan ha særlig betydning om morgenen når lungefunksjonen gjerne er dårligst ²⁾. 12 timers virketid kan bety en enklere hverdag. Oxis® Turbuhaler® skal alltid gis i kombinasjon med inhalasjonssteroider ³⁾ - hjørnesteinen i all moderne astmabehandling ³⁾. Endelig finnes både korttidsvirkende β₂-agonist, langtidsvirkende β₂-agonist og inhalasjonssteroid i Turbuhaler®.



Varer lenge¹⁾ - virker raskt¹⁾!

må oppfordres til å fortsette med den antiinflammatoriske behandlingen også etter at formoterol er tatt i bruk, selv om det inntreffer en symptombedring. Om symptomene vedvarer eller dosen av beta₂-agonister må økes tyder dette på en sykdomsforverring, og en ny vurdering av astmabehandlingen skal gjøres. Behandlingen skal ikke påbegynnes eller dosen økes under pågående astmaeksaserbasjon.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. I dyreforsøk har formoterol forårsaket implantasjonstap samt minsket tidlig postnatal overlevelse og fødselsvekt. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt. Formoterol bør til ytterligere erfaring foreligge, brukes med forsiktighet til gravide spesielt i de tre første måneder av svangerskapet, samt rett før fødselen og til ammende.

Interaksjoner: Betablokkere (f.eks. øyedråper), særlig av det ikke-selektive slaget, kan helt eller delvis oppheve virkningen av beta-agonister. (1:5e adrenergika).

Dosering: Voksne og barn over 6 år: Normaldosering er 4,5-9 µg 1-2 ganger i døgnet. Dosen kan gis om morgenen og/eller om natten. Kveldsdosen kan tas forebyggende for å motvirke oppvåkning grunnet nattlig astmabesvær. Doser over 18 µg/dose bør unngås. Effekten er vist å vare i minst 12 timer. Laveste effektive dose bør brukes. Ved bruk av anbefalt dose er ingen dosejustering nødvendig hos eldre, eller pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Overdosering vil sannsynligvis gi bivirkninger som er typiske for beta₂-agonister: tremor, hodepine, hjerteklapp og takykardi. Hypotensjon, metabolsk acidose, hypokalemi og hyperglykemi kan også forekomme. Behandling: Bruk av kardioselektive betablokkere kan vurderes, men kun med ekstrem forsiktighet ettersom bruk av betablokkere kan framkalle bronkospasme. Serumkalium bør monitoreres.

Andre opplysninger: Hver dose klargjøres ved å vri dreieskiven (den fargede delen) helt til den ene siden og så tilbake til utgangspunktet (til du hører ett klikk). Når man dreier frem dosen skal Turbuhaler holdes loddirett. Det er viktig å instruere pasienten i å inhalere dypt og kraftig. Pasienten vil ikke kjenne smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden virkestoff er svært liten.

Forskrivningsregler: Behandling av barn skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin eller pediatri. Behandling av voksne bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin.

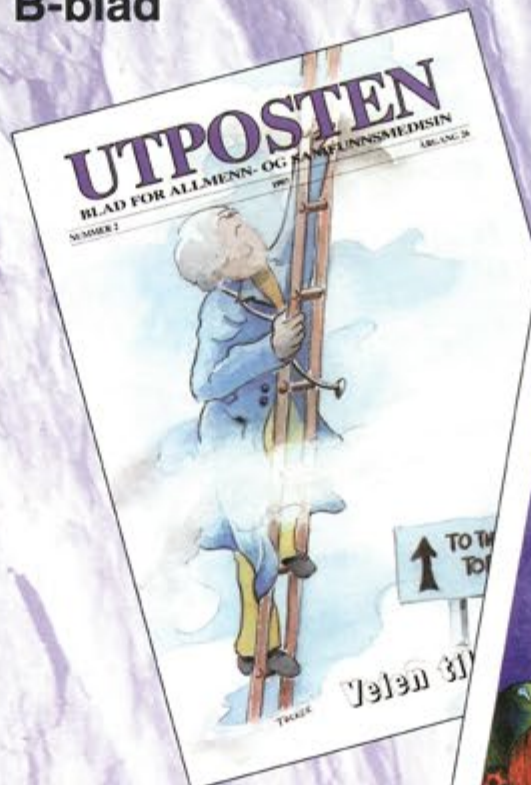
Pakninger og priser: 4,5 µg/dose: 60 doser: kr 288,10, 180 doser (3 x 60doser): kr 787,30, 9 µg/dose: 60 doser: kr 349,70, 180 doser (3 x 60 doser): kr 960,20. (Pr. 1.9.97)

© Astra Norge AS, 1997. Preparatoratet er opphavsrettslig beskyttet i henhold til lov om opphavsrett til åndsverk m.v. av 12. mai 1961.

Referanser: 1. Ringdal N, Derom E, Pauwels R. Eur Respir J 1995;8(Suppl 19):68s. 2. D'Alonzo GE, Smolensky MH, Feldman S et al. Am Rev Respir Dis 1990;142:84-90. 3. GINA, Global Initiative for Asthma, NHLBI/WHO Workshop report. NIH Publication No. 96-36598 Dec.1995.

Formoterol
Oxis®

Turbuhaler®



UTPOSTENS annonsører

UTPOSTEN
er et spennende
tidsskrift for
primærhelse-
tjenesten, og
vi har et opplag
på 2.200.

Tidsskrift nr. 1998

Nr. 1
Nr. 2
Nr. 3
Nr. 4
Nr. 5
Nr. 6
Nr. 7
Nr. 8

Materiellfrist:

16. januar
20. februar
27. mars
8. mai
21. august
11. september
9. oktober
30. oktober

Utsendelse

20. februar
27. mars
8. mai
12. juni
2. oktober
16. oktober
13. november
4. desember

BESTILLING:

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

MATERIELL:

Avtrykk, reprokopi eller negativ
film vil koste kr. 8.500,-, pluss
Netto format: A4
Raster: 54 linjer
Trykkeri: Nikolai Olsens
Trykkeri a.s, Kolbotn.

PRISER:

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

Løse bilag koster kr. 8.500,-. Klebet
bilag vil koste kr. 8.500,-, pluss
kr. 0,90 pr. eksemplar. Ved bestilling av
annonser i hvert nummer, blir den
siste annonsen gratis! Prisene er eks. mva.