

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1

1998

ÅRGANG 27



Nr. 1, 1998

Innhold

Leder: «The shaping of a professional»	3
Hva skjer med fastlegeordningen?	4
Hva er EYR og kompasspalten på Internett?	5
Stortingets behandling	7
Om euthanasi	8
«En kjapp en»	10
Ein turnuskandidat går i land	14
Prosjekt: «Bilder fra klinisk praksis»	16
«Kampen om etikken»	20
Kjære justisminister	22
Screening av gravide kvinner for toxoplasmainfeksjon	26
Lyrikkstafetten	28
Edb-spalten:	
En ny måte å bruke edb-journalen og andre edb-program på	29
Om den tyrkiske legen ... og oss	30
Zantac (ranitidin) og effekt på sæd	31
Flyprosjektet	32
Det er ikke farlig å fly (bokomtale)	34
På palmblad och rosor	35
Turnusutdannelsen i allmennmedisin	36

Forsidefoto: «Bilder fra klinisk praksis». Fotograf: Rune Eraker.



UTPOSTEN

KONTOR:

RMR

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

Tlf.: 63 97 32 22. Fax: 63 97 16 25

REDAKSJONEN

Jannike Reymert

Skogstien 16

7800 Namsos

Tlf. 74 27 33 50 • Fax: 74 27 54 10

E-mail: jannike.reymert@nt.telia.no

Elisabeth Swensen

3841 Flatdal

Tlf. 3505 2121 • Fax: 35050098

E-mail: eswensen@online.no

Gunnar Strøno

Skogv. 29

3660 Rjukan

Tlf. 35092228 • Fax: 35090640

E-mail: gunnars@telnett.no

Frode Forland

Herregårdsv. 2 F

1168 Oslo

Tlf. 22750561 • Fax: 22248868

E-mail: frode.forland@

helsetilsynet.dep.telemax.no

Erik Jesman Pedersen

Heskestadv. 13

4015 Stavanger

Tlf. 51527560

Tone Skjerven

Stemmev. 40

5009 Bergen

Tlf. 55 32 65 67 • Fax: 55 58 61 30

E-mail: Tone.Skjerven@isf.uib.no

Torgeir Gilje Lid

Heskestadv. 11

4015 Stavanger

Tlf. 51 52 10 71 • Fax: 51 52 61 52

E-mail: giljelid@online.no

GRAFISK PRODUKSJON:

Årsabonnet kr. 325,-

Turnuskandidater kr. 200,-

GRAFISK PRODUKSJON:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

Tlf. 66 80 89 00 • Fax: 66 80 08 47

ISDN: 66 80 48 50

E-mail: not@sn.no

«The shaping of a professional»

Med en liten omskriving av en relativt fersk boktittel; hva former oss? I hvilket (i hvis?) bilde skapes vi? I hvilket bilde skaper vi oss selv? Hva handler hverdagen vår om? Er vi bare forvaltere av kvalitetskontrollerte prosedyrer, eller er vi en gjeng sosialarbeidere? Hvorfor er noen gode leger og noen bare vanlige leger? Hva består forskjellen i? Kan vi skape våre egne roller gjennom bevisste valg, styre våre egne og våre pasienters forventninger?

Utposten har gjennom ulike redaksjonsgenerasjoner vist at vi både er mange og svært forskjellige. Skrivelystne leger har gitt leserne gløtt inn i de forskjellige legevirkeligheter, til både gjenkjennelse, lærdom, forundring og forskrekkelse. Men nok en gang; hva består forskjellene i? Vår kliniske kunnskap består av så mye mer enn det som kan fanges opp i databaser, men den er verken mindre interessant eller mindre viktig å utvikle og forbedre.

Vi kan lære å bli bedre leger, videreutvikle og finstemme oss selv som terapeutikum. Til det trenger vi innspill og utfordringer fra hverandre, enten det er kolleger på kontoret eller i ulike kollegabaserte grupper. Men vi trenger også føde utenfra, både om livet og døden og andre viktige saker i og for seg, men også fra utenforstående som har sett inn til oss.

De fleste har opplevd å måtte revurdere sin egen oppfatning av en situasjon eller behandling etter å ha hørt pasientens versjon. Men også andre enn de vanlige deltakerne i lege-pasient forholdet kan komme med viktige versjoner av hva som skjer i klinisk samhandling. De kan holde opp et speil for oss; vise oss noe av det vi til vanlig ikke ser, beskrive sider ved vår virkelighet slik at vi kan se nye sammenhenger, løse opp noen floker, eller bare tydeliggjøre hvorfor det vanskelige fortsatt er like vanskelig.

Redaksjonen

HVA SKJER MED fastlegeordningen?



Tom Christiansen er spesialist i allmenmedisin og samfunnsmedisin. I perioden 1982-1997 har han vært distriktslege og kommunelege i Ørskog kommune. Han var leder i Møre og Romsdal legeforening i perioden 89-95, har sittet i sentralstyret for Den norske lægeforening 96-97 og i OLL-styret 96-97. Er nå prosjektleder i Helsedepartementet med oppgave å tilrettelegge fastlegeordningen.

Etter Stortingsvedtaket våren 97 om at fastlegeordningen skal innføres er det Sosial- og Helse-departementets oppgave å gjennomføre vedtaket. De har derfor nedsatt en prosjektgruppe som i månedsskiftet januar/februar har laget ferdig en prosjektplan for sitt videre arbeide. Denne var ikke offentliggjort når dette nummeret gikk i trykken, men vi har fått et intervju med prosjektleder Tom Christiansen og der kom det fram en del «godbiter» som herved presenteres Utpostens lesere.

– Mange primærleger føler at nå ligger vår skjebne i dine hender, Tom Christiansen. Vi ønsker derfor å høre litt om prosjektgruppas arbeide framover.

– Prosjektgruppa er nå under etablering. Foruten meg som leder skal Helsetilsynet, Sosial- og Helse-departementet og Rikstrygdeverket (RTV) være representert. Stortingets flertall har vist til at helsereformen krever et meget tett samarbeide mellom KS (Kommunenes sentralforbund), Legeforeningen og andre berørte parter. Departementet skal i samråd med partene utarbeide en forpliktende plan for hvordan reformen skal settes ut i livet. Vi ønsker faglige innspill i den innledende fasen av vårt arbeide (våren 98). Vi vil derfor følge nøye med i alt som skrives. Det er bl.a. det som kommer fram her vi kan bruke til å finpusse ordningen.

– Du inviterer altså oss vanlige doktorer og andre interesserte til å delta i en «grasrot-debatt» våren 98?

– Ja vi ønsker en åpen debatt for å få en bred plattform å bygge reformen på. Jeg ser for meg i alle fall tre fora vi vil lese grundig for å fange opp hva som rører seg blant legene: Utposten (leses av mange sentrale personer i Helsenorge!), Eyr- og Kompass-spalten på Internett og selvfølgelig Tidsskrift for Den norske Lægeforening.

– Vi har vel en «besøkelsestid» i denne debatten?

Hovedtrekkene i fastlegeordningen må være på plass tidlig høsten -98, og da er det for sent å komme med nye innspill. Loven skal opp i Stortinget våren 1999. Regjeringen har bestemt at ordningen skal være i full drift i januar år 2000.

– Alle primærleger skal nå over i privat legepraksis. I forsøkskommunene var per capitatilskuddet 50% av næringsinntekten mens den nå er redusert til 30%. Mange frykter at de økonomiske betingelsene vil bli

dårligere enn i forsøksordningen – ja en del kolleger har vel en mistanke om at den positive evalueringen var farget av bedret økonomi sammen med generell styrking av primærhelsetjenesten i forsøkskommunene.

– De økonomiske betingelsene for fastlegeordningen er en forhandlingssak og ikke vårt anliggende. I 1999 må partene, dvs KS, Staten og Legeforeningen komme til enighet. Det er altså her de økonomiske rammene blir lagt.

– Kan du til sist nevne noen uløste problemer dere må jobbe spesielt med?

– Småkommuner med rekrutteringsproblemer vil være et sentralt tema for oss. Det var dessverre ingen slik kommune med i fastlegeforsøket, og det kreves nok endel særordninger for at disse kommunene ikke skal få sin legedekning ytterligere forverret. Jeg vil i den forbindelse spesielt nevne at Helsedepartementet har bestemt at dersom vi i tida framover får en flukt fra periferien til sentrale strøk av leger som oppretter avtaleløs praksis, kan de ikke regne med at de automatisk har rett på en fastlegestilling. Det kan med tilbakevirkende kraft vedtas å utelukke disse legene fra ordningen i de kommunene de har bestemt seg for å praktisere i.

Fastlegeforsøket har ikke gitt noe godt svar på hvordan en turnuslegeordning bør utformes. Distrikturnus er en viktig del av legeutdanningen i Norge, og denne tjenesten betyr mye for distriktene. Det er helt nødvendig å få en god og hensiktsmessig turnuslegeordning i fastlegeordningen.

Fastlegeordningen må også sikre en smidig rekruttering av nye primærleger i takt med økende behov, dette for å sikre befolkningens legetilbud, for at allmennleger ikke skal få ukontrollert økning av arbeidsoppgaver og fordi yngre kolleger ikke.....

Hva er EYR og Kompassspalten på Internett?

Jannike Reymert
Bakklandet legekontor
Sverresgt 23, 7800 Namsos

Eyr – epostliste for allmennpraktikere

En epostliste er en åpen debattspalte på Internett, som folk kan melde seg på (eller av), man kan lese andres innlegg eller selv ta del i debatten. Eyr er for tiden en aktiv debattspalte med ca 250 deltakere, og mange tema er blitt drøftet det siste året; fastlegeordningen, forsikringsattester, takstsystemet, legevaktsarbeid, data i allmennpraksis osv. Eyr har også sin egen helgelyrikkspalte der Sten Erik Hessling fra Skotselv bidrar med dikt relatert til liv og arbeid hver uke.

På nettet presenteres epostlisten på følgende måte:

Eyr var den norrøne gudinnen for legeskunsten. Eyr var også navnet på det første medisinske tidsskriftet i

Norge (1826-37). Hva er vel da mer naturlig enn at den første epostlisten har fått samme navn? Listen er åpen for alle som ønsker å diskutere spørsmål knyttet til allmennmedisin, det være seg om kliniske eller organisatoriske forhold. Eyr er likevel ikke en legespalte hvor pasienter kan stille spørsmål og få personlige råd.

Du melder deg på og melder deg av listen ved å sende en melding til:

majordomo@uib.no

subscribe eyr
eller
unsubscribe eyr

Innlegg til listen sender du til adressen eyr@uib.no

Listen administreres av NSAMs referansegruppe for informasjonsteknologi.

Kontaktperson er Hogne Sandvik @isf.uib.no

Kompass – epostliste for samfunnsmedisin

En samfunnsmedisinsk møteplass er også etablert på nettet. Denne administreres fra GRUK- miljøet i Skien, og Vegard Høgli er ansvarlig. De presenterer seg på følgende måte på nettet:

En elektronisk postliste for diskusjon, spørsmål og meningsytringer knyttet til samfunnsmedisinske problemstillinger.

Den samfunnsmedisinske møteplassen er et forum for diskusjon og meningsytringer, spørsmål og svar, og innspill som kan lede opp til nye kapitler i kvalitetshåndboken for samfunnsmedisin.

For å sende en melding til listen, trenger du kun å sende en melding til kompass@gruk.no.

Fastlegeordningen

Utposten vil i hvert nummer framover sette av spalteplass til denne saken som vel alle er opptatt av. Vil vår allerede belastede hverdag bli enda mer krevende, skal vi bindes på hender og føtter av pasientenes rettigheter, eller kan dette gi oss bedre og mer ordnete arbeidsbetingelser?

Utpostens dilemma er at vi aldri vil klare å presentere siste nytt, det tar over en måned fra vi sender fra oss stoffet til leserne sitter med bladet i hendene. Interesserte vil derfor finne de ferskeste nyhetene i media eller på Internett (EYR og KOMPASS-spalten). Vi satser derfor på «reflekterende» innlegg – gjerne forsøk på å sette ordningen inn i en realistisk ramme – hvordan vil ulike sider av ordningen fungere i DIN kommune?

Her har vi altså en utfordring til leserne: Vi vil ha innlegg – korte eller lange – som tar opp ulike sider ved fastlegeordningen, det være seg forsøk på å se helheten eller detaljer som DU har sett og har en mening om. I den grad det synes nyttig vil redaksjonen prøve å få noen til å svare på innleggene i samme nummer.

Undertegnede har pløyet innleggene på EYR i -97 og her er en kort oversikt over aktuelle temaer som har vært drøftet.

Listestørrelse

Skal det settes et tak (max antall pasienter) på lista? 2500 pr hele legeårsverk (500 pas pr kurative dag)?

.....skal stenges ute fra allmennmedisinen.

Rekruttering av samfunnsmedisinere som ønsker å kombinere dette med allmennmedisin i redusert stilling samt legevaktsorganiseringa i framtida vil også bli viktige temaer, bare for å neve noen uløste problemer vi ser idag.

En fastlegeordning vil gi allmennlegene økende plikter eller formalisering av plikter mange allmennleger idag føler at de har. Økt ansvar for listepasientene bør så langt det er mulig gi legene tilsvarende styring og kontroll over sin arbeidssituasjon.

Kan noen på forhånd egentlig si hva de kan klare? Erfaringer fra forsøket er at de f.eks. i Tromsø har måttet forhandle hardt for å få lov til å begrense lista si til 1500 pas pr lege-årsverk (300 pas pr kurative dag).

Det er i alle fall tre viktige argumenter for å sette en maxgrense på listestørrelsen. Vi bør unngå at noen blir såkalte *listebaroner* (leger som har stor liste og så ansetter vikarer som jobber under seg). Videre må det være tillatt å spørre om pasienten kan få et like godt tilbud hos en lege med lang liste som hos en med kortere liste.

Kommunene vil jo her se *sparemuligheter*. Hvis noen er villige til å gape høyt vil det bli mulig å ansette færre leger. (Vi må snart innse at en normal arbeiduke er 37,5 timer også for leger!!).

Legevaktsordningen

Dersom det blir færre leger i kommunen vil det gi hardere vaktbelastning. Her kommer nok de *små kommunene* spesielt dårlig ut. Det diskuteres om kommuner med f.eks. mindre enn 5000 innbyggere (dette vil gjelde 50% av Norges kommuner og 15% av Norges innbyggere) skal få særordninger (f.eks. høyere tilskudd per capita = pr person de har på lista) for å sikre legevaktsordningen og dermed rekruttering til småkommunene. Hvem har sagt at ikke kommuner med 5-8000 innbyggere også bør få slike særordninger?

Fastlønn over og ut?

Må alle drive *privat praksis* i fastlegeordningen? Hvem skal *eie legekontorene* – legene eller kommunene? Her kommer man igjen inn på viktige distriktspolitiske sider av helseformen. Hvor finnes den legen som vil etablere privatpraksis og eie et legekontor i utkantnorge? De som har sett dette problemet er allerede på god vei til å *posisjonere* seg i sentrale strøk – det vil si at de i skrivende stund etablerer seg i sentrale strøk i avtaleløs praksis og så regner de med å få en plass i fastlegeordningen der de bor 1. januar 2000 (se Stortingsvedtaket neste side). De-



partementet har kommet med et utspill om at det kan vedtas med tilbakevirkende kraft at disse legene ikke automatisk får dette, men hva hjelper det utkantnorge? Legene flytter neppe tilbake, tidligere erfaringer har vel vist oss at slaget er tapt idet legene flytter. Det hjelper lite med en fastlegeordning i kommuner legene forlengst har flyttet fra!!

Listenes «innhold».

Unge menn er drømmepersonene å ha på lista, de holder seg jo stort sett friske og ubesvangrede! Eldre, fremmedspråklige og kvinner kan faglig sett være mer interessante, men samtidig vil de belaste legen sin mer. Skal de *vektes*? Det vil si at legen får et høyere tilskudd for å ha dem på sin liste (og dermed rett til enda mindre liste). Eller skal lista *gjenspeile befolkningssammensetningen* i kommunen, dvs innholde 50% kvinner osv? Mange vil nok mene at det bryter med pasientenes frie valg av lege – men er vi leger villige til å ofre viktige faglige aspekter for dette

prinsippet? Mange kvinner vil jo f.eks. ha kvinnelig lege, som attpåtil i mange kommuner er i klart mindretall. De kvinnelige legene får da en «tung» liste og like alvorlig, en faglig slagside. En som stort sett driver kvinne-medisin (og av den grunn har liten liste) blir tilsvarende svak på alle de andre feltene vi skal beherske. Dette slår jo til syvende og sist tilbake på pasientene når de får en «kjønnsnøytral sykdom». Tilsvarende kan en oppleve mht. eldre og fremmedspråklige pasienter.

Legens eller legesenterets liste?

Skal det alltid være en lege som er ansvarlig for listen? Kan et legesenter ha en *fellesliste* for sine leger og så organisere det slik at pasientene stort sett får komme til «sin» lege, men i dennes fravær møte en annen lege på samme kontor? Dette vil jo gjøre det mulig å arbeide *deltid*. Det er en berikelse vi bør ta vare på at endel av oss har «foten i flere leire», idet noen forsker, innehar samfunnsmedisinske verv e. l. Familiehensyn tilsier også at det må være rom for å

jobbe deltid – det vil være avgjørende for rekruttering av primærleger!

Solopraktikerens endelikt?

Gruppepraksis kan synes å være gunstig (eneste muligheten?) i fastlegeordningen. Å drive solopraksis ser ut til å medføre store problemer når pasientene skal ha rett til å få kontakt med oss til enhver tid. Hvor skal solopraktikerens pasienter henvende seg når legen er syk, på kurs eller har ferie? Ingen har vel en vikar på gress som tropper opp på kort varsel?

Ubesatte stillinger

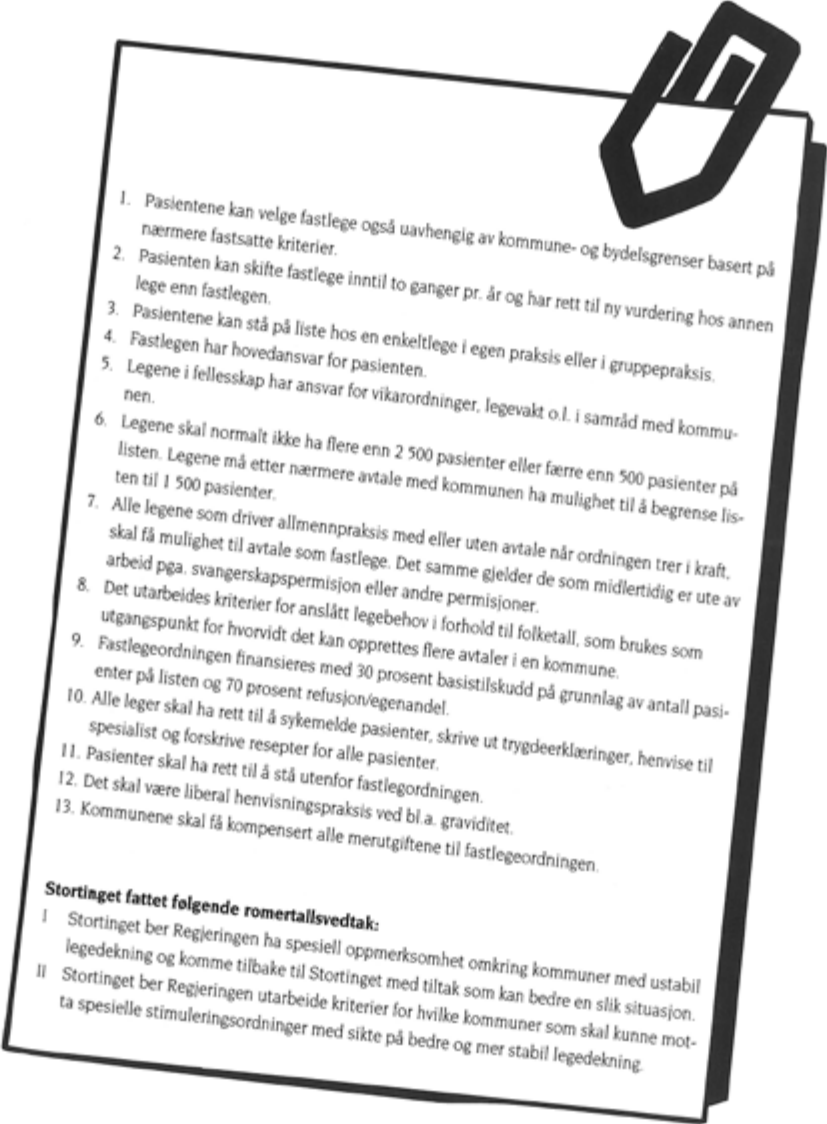
Når en fastlege slutter eller blir langvarig syk, hvem skal da ha ansvar for pasientene til denne legen? Vil legene som er igjen pålegges hele eller deler av denne lista uten hensyn til hva det blir av merbelastning? (Igjen: skal vi ikke kreve 37,5 timers arbeidsuke?) Vil i praksis kommunens innbyggertall være eneste øverste begrensning for hva vi kan pålegges? Vil ikke da økte pasientrettigheter være direkte årsak til legeflukt fra dårlig bemannede kommuner?

Betaler staten det de lover?

Stortingsvedtaket legger opp til at merutgiftene ved reformen (12% økning av utgiftene er nevnt) skal dekkes av Staten. Dette gir en ubehagelig assosiasjon: Blir dette «reprise» av HVPU-reformen og innføringen av 6-åringenes skolestart med for lite overføringer til kommunene som jo allerede har skåret sine budsjetter til beinet? Og blir det da vi som sitter med «Svarteper» – økte forpliktelser og lenger arbeidstid for mindre lønn?

Stortingets behandling

Et flertall i Storkingskomiteen gikk inn for at følgende hovedprinsipper skal legges til grunn i fastlegeordningen, jfr. Innst. S nr. 215:

- 
1. Pasientene kan velge fastlege også uavhengig av kommune- og bydelsgrenser basert på nærmere fastsatte kriterier.
 2. Pasienten kan skifte fastlege inntil to ganger pr. år og har rett til ny vurdering hos annen lege enn fastlegen.
 3. Pasientene kan stå på liste hos en enkeltlege i egen praksis eller i gruppepraksis.
 4. Fastlegen har hovedansvar for pasienten.
 5. Legene i fellesskap har ansvar for vikarordninger, legevakt o.l. i samråd med kommunen.
 6. Legene skal normalt ikke ha flere enn 2 500 pasienter eller færre enn 500 pasienter på listen. Legene må etter nærmere avtale med kommunen ha mulighet til å begrense listen til 1 500 pasienter.
 7. Alle legene som driver allmennpraksis med eller uten avtale når ordningen trer i kraft, skal få mulighet til avtale som fastlege. Det samme gjelder de som midlertidig er ute av arbeid pga. svangerskapspermisjon eller andre permisjoner.
 8. Det utarbeides kriterier for anslått legebehov i forhold til folketall, som brukes som utgangspunkt for hvorvidt det kan opprettes flere avtaler i en kommune.
 9. Fastlegeordningen finansieres med 30 prosent basistilskudd på grunnlag av antall pasienter på listen og 70 prosent refusjon/egenandel.
 10. Alle leger skal ha rett til å sykemelde pasienter, skrive ut trygdeerklæringer, henvise til spesialist og forskrive resepter for alle pasienter.
 11. Pasienter skal ha rett til å stå utenfor fastlegeordningen.
 12. Det skal være liberal henvisningspraksis ved bl.a. graviditet.
 13. Kommunene skal få kompensert alle merutgiftene til fastlegeordningen.

Stortinget fattet følgende romertallsvedtak:

- I Stortinget ber Regjeringen ha spesiell oppmerksomhet omkring kommuner med ustabil legedekning og komme tilbake til Stortinget med tiltak som kan bedre en slik situasjon.
- II Stortinget ber Regjeringen utarbeide kriterier for hvilke kommuner som skal kunne mota spesielle stimuleringsordninger med sikte på bedre og mer stabil legedekning.

Om euthanasi

Euthanasi betyr noenlunde direkte oversatt «den gode død». Spørsmålet om euthanasi dreier seg i dag om det enkelte menneskets rett til selv å bestemme når døden skal inntreffe og så få hjelp av samfunnet slik at dette skjer. Aktiv dødshjelp er et annet ord for saken. Tanken er at helsevesenet ikke bare skal helbrede, trøste og lindre, men også sørge for at folk kommer seg unna i tide når lidelsene blir for store og livet likevel ikke slipper taket.

Det følgende bygger på en underliggende forutsetning som ikke drøftes inngående, men snarere spiller rollen som et aksiom: Liv er bedre enn død. Dette betyr ikke at livet nødvendigvis alltid er lettere å forholde seg til enn døden. I sin sammensatt-het kan livet noen ganger forekomme langt vanskeligere å ta i mot enn den tilsynelatende enklere døden. Men likevel fremholdes påstanden at livet er bedre enn døden. Slik jeg ser det, kan vi som levende ikke annet enn ha ærefrykt for livet i all sin variasjon, kompleksitet og komplisierhet.

Jeg er en bortimot lidenskapelig avisleser. Høsten -97 var en av gjengangerne i avisspaltene rettssaken mot legen Christian Sandsdalen som hadde tatt livet av en kvinne med sykdommen Multippel Sclerose fordi hun ønsket det. Ett år tidligere, sommeren -96, var avisenes forsider særs brutale og direkte, idet flere av dem fortalte om hendelsen da den var nyhet ved å la et bilde av nevnte kvinne i rullestol pryde hele forsiden opp til flere ganger.

Jeg husker bildene godt. Hun så ut til å være en ganske vanlig kvinne omtrent midt i livet, og hun satt i rullestol. Innen i avisen ble hennes tragiske liv (det ble formidlet som et tragisk liv, hvordan det virkelig var er

ikke like lett å si) fortalt oss, trolig for at vi skulle forstå den avslutning livet hennes endte med å få. At menneskene ønsker å være herre over liv og død er ikke nytt, og i vår tid er det medisinen som fagområde som skal sikre oss begge deler. Religion og teologi er passé som vitenskaper om livets grensefaser. Legene og helsevesenet er dem vi sender våre avmaktsbønner til.

Jeg leser aviser. Jeg er kvinne. Jeg har MS. Jeg møter avisenes forsider, ser Bodil fra i fjor sommer, ser meg selv. Det er forståelig at et menneske opplever sitt eget liv som så vanskelig at hun ønsker seg vekk fra det. Det er ikke forståelig at et annet menneske, en institusjon, samfunnet, bekrefter hennes opplevelses av at livet hennes er verdiløst og dreper henne. Tenker jeg, samtidig som jeg tenker at man bør ta sitt eget liv mens tid er. Før man er hjelpesløst ute av stand til det.

Sagt med andre ord: Jeg anerkjenner menneskers mulighet til å avslutte livet for egen hånd, men jeg anerkjenner ikke at det å få livet sitt avsluttet ved andres hjelp skal være en rettighet.

Flere argumenter og momenter spiller inn her. Viktigst å nevne er den sperre de fleste av oss har i forhold til faktisk å ta sitt eget liv, altså gå lenger enn bare til å ønske det. Denne sperre skyldes bl.a. en uvilje overfor vold (ethvert mord, også selvmord innebærer vold), og respekt for det ved livet som har større konsekvens enn vi klarer å overskue, mer absolutt konsekvens enn noe annet vi kjenner, og som derfor setter oss i en tilstand av frykt og beven overfor å utføre den praktiske handling, faktisk gjøre det. Ta sitt eget liv. Begge deler anser jeg som et gode fordi de verner livet og lar døden være likeså

ukjent og voldsom og urørlig som den faktisk er.

Å forsøke å unnsnippe denne skjellvende nærhet med det uante, kanskje fryktelige ved å overlate handlingsutførelsen, det å la et ønske gli over i en handling til et annet menneske, en lege (det er stort sett alltid snakk om at det er leger som skal få oppdraget), blir feil i forhold til handlingens egen tyngde. Dette er en tyngde man ikke skal kunne slippe fra fordi den er så filtret inn i selve handlingen.

Livet kan oppleves meningsløst, det kan fortone seg som en uendelig lidelse hvor man våkner opp og finner seg selv i en torturcelle hvor lidelsene aldri opphører fordi de er livet selv for dette mennesket, og man kan ikke komme seg ut av cellen. Man er fanget i sin egen kropp, og denne kroppen er lidelse og smerte. Det er dette som kan kalles «forbannelsen i materien»: Man er fanget i sin egen kropp, kommer ikke noen steder hen, og det er kroppen som er syk. Det vil si, man kan ikke gå vekk noe sted fordi man ikke kan komme noen steder hen uten seg selv. Dette er en forholdsvis klaustrofobisk tilstand som nok de fleste kan gjenkjenne i større eller mindre grad. Det skal nok ikke mer enn et migreneanfall til for å kunne nikke gjenkjennende.

Problemet er hvis andre mennesker og samfunnet bekrefter opplevelsen av å være verdiløs og imøtekommer ønsket om å dø ved å ta livet av én. Eller ved å anerkjenne det som et legitimt ønske som man gjerne ville etterkomme hvis bare man kunne.

Allerede er det mer enn vanskelig nok å være syk i dette fortravlede samfunnet. Hele tiden oppleves det følte presset fra friske om at også jeg

burde være frisk. Livet danser av sted uten meg, som sitter på sidelinjen og venter på ingenting. Avstanden mellom eget og andres liv kan synes formidabel. Det er på ingen måte mulig å følge med i det liv som leves omkring av andre mennesker. Hvorfor skal man da leve?

Forakten for svakhet er noe som preger ikke bare samfunnet som en helhet, men også hver enkelt av oss. Og det er liten grunn til å tro at et menneske fordi det er sykt har mindre av denne forakten for svakhet i seg. Men i denne situasjonen vil forakten for svakhet kanskje primært vise seg som selvforakt fordi det er «jeg» som er svak. Jeg møter svakheten hver dag i mine egne begrensinger og må forholde meg til det. Og andre mennesker møter svakheten i møtet med meg. Det kan de kanskje i en viss forstand sette pris på; memento mori, jeg blir et symbol for livets skrøpelighet og endelighet for dem. Spørsmålet er om jeg selv kan bære dette å være syk og svak som en uavsluttet tilstand. Gå omkring uten håp om bedring i vår utviklings-optimistiske tid.

Er det en plikt å leve? Når du har fått livet skal du da værsågod fylle det helt ut i alle ender? Eller gjør man det for andres skyld? Eller handler det om hva den danske teolog og filosof K.E. Løgstrup kaller en metafysisk sannhet: Livets ukrenkelighet?

Og kan man forlange at hvert eneste enkeltmenneske skal være kvinne eller mann om å ta denne metafysiske sannhet på sine skuldrer alene? Mitt svar vil være et «nei», fordi til det er livets betydning for stor en byrde, glede, smerte, fryd – alt etter som. Betydningen krever at vi som samfunn og felleskap bærer den sammen både konkret og metafysisk. Derfor skjer det noe med oss både som individ og samfunn når vi gir oss til å diskutere dette som en sak som alle andre saker vi kan være enige eller uenige i. Det skjer noe med den enkelte syke som får nye muligheter og holdninger å speile seg i. Og det skjer noe med fellesskapet. Allerede har vi laget et slags innvandrerregnskap. Hvorfor stanse der, hvorfor ikke også lage et invalideregnskap? Hva holder oss tilbake?

Forakten for svakhet, materialisert som selvforakt eller forakt for det annerledes, vokser seg sterkere av muligheten for at samfunnet bekrefter den enkelte livstrøttes ønske om å få dø. Man vet som syk at man i mer enn én forstand er en byrde for sine omgivelser. Det vanskelige er å se at det også kan være en lykke for andre at man eksisterer, og så insistere på at denne lykke er god både for en selv og for andre. For ville det ikke være så mye lettere hvis alt var annerledes enn det er. Og hvis ikke det kan være annerledes, hvordan

forholder man seg da til det som er vondt?

Det er her jeg tror at vi trenger hverandre til å bære det den enkelte ikke selv kan bære alene. Livets betydning, det enkelte menneskets betydning, er som metafysisk sannhet paradoksalt nok for stor til å kunne individualiseres. Selv om den nettopp gjelder det enkelte individ. Opplevd fortvilelse som møtes med trøst, lindring, å bli satt mot i gjør det lettere å også kunne oppleve det som er godt som godt for meg.

Noen lever livet som pasienter med hva det innebærer av diagnoser, lidelse og håpløshet. Men det er jo ingen som har sagt at livet ikke også kan være slik. Det er ikke tvil om at god helse er bedre enn dårlig helse, og sykdom er et onde, noe man ikke ønsker. Dog er livet som vi kjenner det her i verden også fylt av risiki og tap. Og det som bryter livet og kroppen ned er også en del av livet vi må ta inn over oss.

Når mennesker bor sammen i samfunn er det bl.a. utfra en erkjennelse av at noen oppgaver er for store til at den enkelte selv kan bære og ta hånd om dem. Forståelsen av livet som et absolutt gode, og dermed også en vilje til å dra omsorg for det for oss alle sammen, er en slik oppgave.

«styx»

«En kjapp en»

Pasientflyt i praksis



Harald Sundby f. 1962.
Medisinsk embetseksamen fra
Trondheim i -90.
Kommunelege II i Selbu, Sør
Trøndelag siden endt turnus-
tjeneste.
Nå i sykehuspraksis 1 år ved
Kreftavd., Regionsykehuset i
Trondheim

Det var en travel dag ved kommunelegekontoret.

Ikke slik å forstå at den var helt spesiell travel, bare vanlig travel. Uten at han selv la merke til det, sukket kommunelegen ganske dypt i det han stakk hodet inn i ekspedisjonen, mellom to pasienter. Ikke slik å forstå at han sukket spesielt dypt denne dagen, bare et helt vanlig, travelt kommunelegesukk, og helt sikkert ikke mer enn 75 % av vitalkapasiteten. Han hadde brukt litt ekstra tid på gamle fru Aftret i dag, hun trengte til å få snakke litt fra seg. Så var det kommet til et rødt øye, et fingerkutt og en snørrete unge innimellom. Helt overkommelig, litt travel, og 44 minutter etter skjema. Kommunelegen syntes fortsatt han hadde kontroll.

At han allerede på dette tidspunktet sukket sånn passe dypt, hadde han altså ikke selv lagt merke til.

Undertegnede deltar for tiden i prosessanalysegruppe. I et prosjekt som kalles RiT 2000 skal nye visjoner for framtidens sykehus i Trondheim utvikles. Den såkalte «Nevroblokken» er først ut i planleggingsløpet. Et konsulentfirma har fått i oppdrag å føre en rekke forskjellige pasientgrupper gjennom «pasientforløpsanalyser» og «pasientflyt diagrammer».

Min gruppe kalles «diverse nevrologiske symptomer». Ikke alle disse pasientflytforløpene er like lett å leve seg inn i som allmennpraktiker.

Under presenteres en type prosess som i beste fall kan kalles flytende, selv om det til syvende og sist forløp bra.

Kontrollen glipper?

Kontrollfølelsen mistet han først når han kjente sin avholdte medarbeiders faste tak i skjorta.

«Snakk et par ord med denne pasienten, du.»

I luka stod fru Møllenberg, på ca. 45 år, litt blek, litt bekymret, hun hadde vondt.

«Æ ha forre ned kjellertrappa i natt, og nå har jeg så vondt i ene hofta og kjenner meg så hautullin!»

Som nevnt, først i denne stund merket nok kommunelegen at hans følelse av kontroll ble noe truet. Ikke veldig truet, sant og si var han ganske vant til å gjøre mange beslutninger på kort tid gjennom sine år i praksis, men vi kan iallefall trygt si det slik, at først i dette øyeblikk innså kommunelegen at det kanskje heller ikke i dag ville bli noen lunsj-pause.

For hvilke valg har egentlig en kommunelege som er 44 minutter etter skjema, som sukker halvdyppt uten å merke det selv, og som endatil presenteres for hautulline damer som har ramla i kjellertrappa? Helt utenom skjema?

Jeg tar støyen

Etter nærmere analyse ser vi at han hadde TO valg, som begge ville være fullgode alternativer.

Valg 1 kan vi kalle «jeg tar støyen» varianten. Ved å omdefinere dette fra «en vanlig, travel dag» til «en uvanlig travel dag», kunne kommunelegen i den foreliggende situasjon gjort følgende:

«Javel, fru Møllenberg, jeg ser du er forslått. Jeg skal undersøke deg litt nærmere, sett deg ned så lenge.»

Så kunne kommunelegen satt seg ned selv i 5 minutter, kanskje tatt en kaffekopp, tenkt litt løst og fast over situasjonen. Kanskje tenkt som følger: «Ja, ja, de blir vel lei av å vente på meg der ute på venterommet nå, men i Afrika venter de 1 uke på legehjelp, og det er nå engang slik det ble i dag, og det er iallefall ikke min feil.»

Vi skjønner alle at lunsjpausen på denne måten definitivt ville gått fløyten, men hva er vel en tapt lunsj-pause mot det å få tørt venterommet?

Nok er nok

Alternativ 2 kan vi kalle «nok er nok» varianten.

Fru Møllenberg var åpenbart ikke verre enn at hun kunne vente en liten stund, og strengt tatt var det turnuskandidaten som hadde «ø.hj.» i dag. Strengt tatt var dette altså ikke engang kommunelegens pasient! «Nok er nok» varianten etterlater, som vi skjønner, fortsatt et lite håp om lunsjpause for kommunelegen. Og turnuskandidaten hadde god tid etter lunsj. I sannhet et fullgodt alternativ, i sannhet et ansvarlig valg!

Med to så tilsynelatende gode alternativer for hånden, er det vanskelig å forstå hvorfor kommunelegen likevel valgte en tredje, og på ingen måte særlig smart strategi.

Turbo-diagnostikk

Men, i et øyeblikks heltemot så han for seg en løsning som ville kunne ivareta både ønsket om egen handlekraft, tomt venterom, lunsjpause, og fornøyd medarbeider og turnuskandidat. Kanskje, skjønt dette må vi få lov å tvile på, i noen grad også fru Møllenberg med vondt i hofta.

Kommunelegen koplet nå inn sin «ultraraske diagnostikk ved fall i trapp:»

«Gjør det veldig vondt?»

«Jau, det gjør bra vondt, ja»

«Hvor gjør det vondt?»

«Her like nea gumpa, og så stråler det lik-som rundt gumpa, og inn i veikryggin.»

«Gikk du fra bilen og hit?»

«Å, jau, æ mått' nå gå den biten ja.»

«Vel, vel, fru Møllenberg, du har nok slått deg, men noe brudd har du neppe. Du får ta deg hjem, det blir nok vondt noen dager, og ring hvis du blir verre.»

Fru Møllenberg var en lojal pasient, følte seg nok litt avvist, men gikk ut og dro hjem.

Alle med litt erfaring fra klinikk vil nok nå brenne inne med følgende spørsmål:

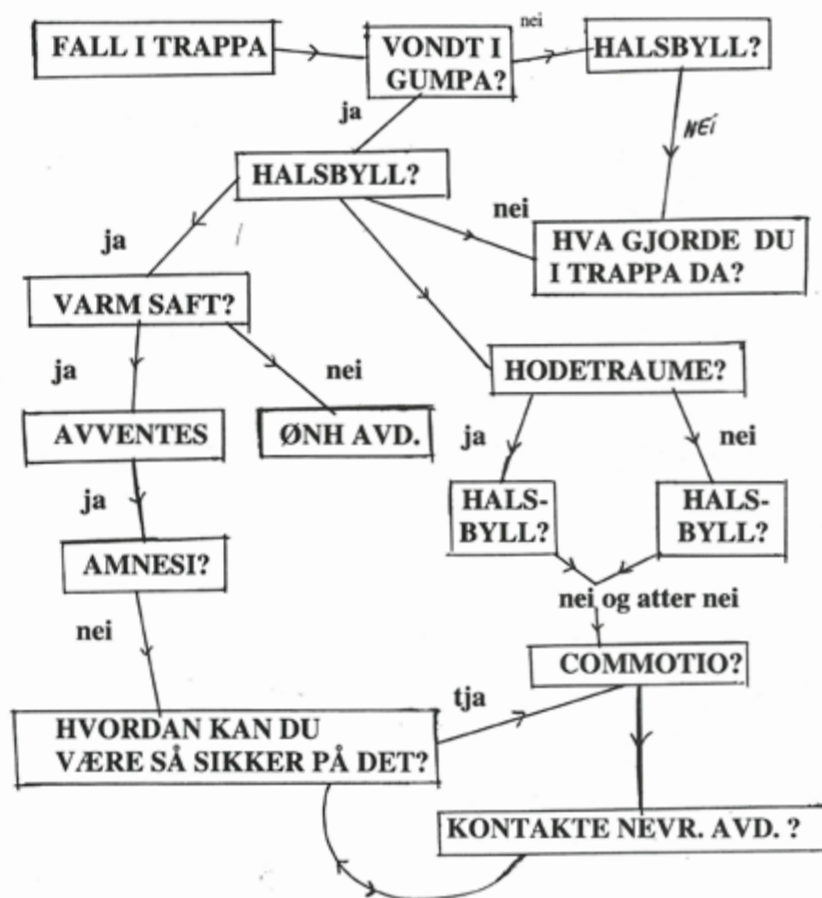
Hva skjedde så? Ble det noen lunsjpause?

Det ble det ikke likevel. Men det er en annen historie og en annen pasient.

Commotio uten hjernerystelse?

Fru Møllenberg ble litt verre hjemme

Kommunelegens flytskjema for hurtigdiagnostikk ved fall i trapp:



© J. H. S.

utover dagen. Hun kastet opp. Mannen ringte henimot stengetid, og da var saken grei. Henvendelse nummer to ble alltid tatt på alvor ved dette legekantoret, man kunne da sin allmennmedisin. Så før han gikk for dagen, gikk Kommunelegen inn til turnuskandidaten, som hadde vakta.

«Du må se på fru Møllenberg. Jeg så henne før i dag, hun har ramla i trappa. Nå er hun kvalm. Obs hjernerystelse!»

Hans turbodiagnostikk hadde riktignok ikke gitt holdepunkter for noe hodetraume, men hadde jo heller ikke utelukket det. Turnuskandidaten tok sin erfarne kollega og veileder på

alvor, og samme kveld ble fru Møllenberg innlagt neurologisk avdeling med mistanke om Commotio Cerebri. Det var fremdeles ingen stor mistanke om at hun hadde slått hodet, iallefall ikke i følge fru Møllenberg eget hode.

La oss allerede nå se på utdraget fra epikrisen derfra:

«Pasienten ble innlagt etter å ha falt i trappa natt til i dag. Mistanke om commotio cerebri. Stabil i avdelingen, ble natta over. Ved utreise i grei neurologisk status, og hun benekter fortsatt å ha slått hodet. TD: Commotio cerebri.»

Kvelden etter utskriving hadde kommunelegen vakta. Igjen var det ekte-mannen til fru Møllenberg (vi kan kal-le ham herr Møllenberg) som ringte.

«Kona blir verre. Nå kan hun ikke snakke heller!»

Kommunelegen var allerede innefor-stått med commotiomistanken, men nå luktet det av intracerebralt hema-tom!

«Kom ned til kontoret med én gang, så

skal vi se på saken. Kan hun gå selv?»
«Å jau, så galt er det ikke.»

Dette var fjerde gang på 2 dager at fru Møllenberg oppsøkte legehjelp etter sitt fatale fall i kjellertrappa. Pussig nok var det først nå, når hun ikke lenger greidde å snakke, at hun fikk fortalt oss hva hun feilte.

Denne gangen tok det nemlig ikke så lang tid å få stilt diagnosen. Fru Møllenberg hadde plommestore halsglandler, klassisk trismus og greidde knapt si et ord.

«Men du har jo halsbyll, fru Møllenberg!»
«Halsvondt, ja. Det har jeg hatt hele tida»
fikk fru Møllenberg presset fram med grøtet stemme.

«Det var jo derfor jeg gikk ned i kjelleren. Jeg skulle hente saft, for halsen var så sår.»

Fru Møllenberg fikk ikke beholde sin halsbyll lenge. Neste dag var den punktert og drenert ved ØNH-avde-lingen. Siden har hun troligvis holdt seg frisk. Hun har iallefall ikke vært observert ved Kommunelege-kontoret.

NSAM-seminaret 1998: «Troens bevis»

Tid: 16.-18.april

Sted: Utstein Kloster Vertshus (Rogaland)

Målgruppe: allmennmedisinere og samfunnsmedisine-re, andre med interesse for kunnskapsdebatten.

Søkes godkjent som emnekurs for spesialitetene all-mennmedisin og samfunnsmedisin.

Antall deltakere: inntil 50.

Antall kurstimer: 18.

Kurskomite: Elisabeth Swensen, Per Stensland, Andy Oxman, Anna Stavdal, Anette Fosse.

Påmelding: NSAMs sekretariat, Postboks 1130 Blin-derne, 0317 Oslo

Påmeldingsfrist: 15/3-98.

Kursavgift: 900,-

Kunnskap er makt og opptre liksom makten i et hierar-ki. Språklige konstruksjoner bidrar til å tydeliggjøre hie-rarkiet. Eksempler på dette er «kvalitetssikret kunns-kap» og «evidensbasert kunnskap».

Hva betyr slike størrelser for klinisk arbeid i en all-mennpraktikerhverdag som hverken er evident eller kva-litetssikret? Og hva gjør de med vår måte å tenke om kunnskap og om arbeidet vi utfører i allmennmedisin?

Hvor blir det av skjør kunnskap fra fortrolig samtale når den møter teknologisk medisin?

Gjennom kliniske handlingsprogrammer har NSAM levert kvalitetssikret kunnskap for allmennpraktikere. Det er tid for å revidere flere av programmene og even-tuelt utarbeide nye. NSAM ønsker å diskutere bruken av kunnskapsbegrepet med utgangspunkt i fremveksten av «evidensbasert medisin».

Det blir satt av rikelig med tid til gruppesamtaler og plenumsdiskusjoner hver dag.

Torsdag 16.april. «Kunnskap som grunnlag for kli-niske beslutninger»

Kl. 11.00: Velkommen, praktiske opplysninger, presenta-sjoner.

Etter lunsj: Professor Bengt Molander, filosofisk inst., NTNU, Trondheim: Profesjonell kunnskap og kunnska-pens kilder. Hvordan forholder de seg til hverandre: taus kunnskap, fortrolighetskunnskap, ferdighets- og påstandskunnskap.

Kommunelege Gisle Roksund, Skien, og professor Kirsti Malterud, Bergen: Hvilke problemer og spørsmål skal kunnskapen løse og besvare? Bruk av ulike kilder som grunnlag for beslutninger. Hva trengs av kunnskap/informasjon for at medisinen skal være etterrettelig?

Fredag 17.april. «Hva er gyldig kunnskap?»

Forsker Andy Oxman, Folkehelsa, Oslo, og forsker/all-mennpraktiker Signe Flottorp: Kunnskapshierarki versus kunnskapsmangfold. En presentasjon og kritikk av EvidensBasert Medisin (EBM).

Kommunelege Elisabeth Swensen, Seljord: Hvilke behandlingsråd er til å stole på? Dersom EBM ikke fan-tes, hva ville jeg be om da? Om behov for kvalitetssikret påstandskunnskap.

Førsteamanuensis Åge Wifstad, Inst.for samfunnsmedi-sin, Tromsø: Pasienterfaring som beslutningsgrunnlag. Pasientautonomi og legeautonomi som bakteppe for etiske valg i klinisk arbeid.

Lørdag 18.april: «Kunnskap og kliniske beslutninger»

Kommunelege Gunnar Strøno, Rjukan, og kommunele-ge John Nessa, Hjelmeland: Klinisk skjønn. Om grense-ne mellom vitenskap, legeskunst og moral.

Er det handlingsprogrammer vi trenger?



Synfase®

noretisteron/etinylostradiol

-lik men allikevel ulik.

Antikonsepsjonsmiddel

TABLETTER: Hver hvit tablett inneholder: Noretisteron 0,5 mg, etinylostradiol 35 µg. Lactose, hjelpestoffer. Hver gul tablett inneholder: Noretisteron 1 mg, etinylostradiol 35 µg. Lactose, hjelpestoffer. Fargestoff: Kinolingult (E 104).

Egenskaper: Klassifisering: Tretuftsikket østrogen-progestogenkombinasjon (kombinasjonspille) med økt progestogeninnhold i midtcyklus svarende til den postovulatoriske progestogendominante fasen i normalcyklus. De siste 5 dager av progestogendoseringen reduserer til utgangsdoseringen. Østrogendosen holdes konstant gjennom hele behandlingsperioden. Den totale merolbehandling pr. cyklus blir derved lav, samtidig som sikkerheten opprettholdes og cykluskontrollen er god. Noretisteron har gestagen effekt og etinylostradiol har østrogen effekt. Kombinasjonspillen er det sikreste antikonsepsjonsmiddel tilgjengelig i dag. I internasjonale statistikker og fra WHO er det oppgitt at ved bruk av kombinasjonspillen må man regne med fra 0,12 til 0,34 svangerskap dersom 100 kvinner bruker kombinasjonspillen i 1 år.

Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjonen. Dessuten påvirkes cervixsekret slik at spermiens passage vanskeliggjøres og endometriet påvirkes med redusert mulighet for sideeffekter. **Absorpsjon:** Hurtig absorpsjon med maks. serumkonsentrasjon for begge hormoner innen 2 timer etter inngitt. **Halveringstid:** Noretisteron: Ca. 19-72 timer (varierer i ulike studier), etinylostradiol: Ca. 26 timer. **Metabolisme:** Begge hormoner metaboliseres i leveren. **Utskillelse:** Metabolittene utskilles via urin og feces.

Indikasjoner: Antikonsepsjon.

Kontraindikasjoner: Venøs eller mistenkt cancer mammae og østrogenavhengige

tumorer (inkl. endometrialhyperplasi eller tilfelle i anamnese). Kardiokardiale eller cerebrovaskulære lidelser som tromboflebitt eller tromboemboli i akutt stadium eller i anamnese. Oppgett familier disposisjon for kardiokardiale sykdommer eller vaskulære. Leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dubin-Johnson syndrom, Rotor syndrom, graviditetsikter i anamnese (egenomgitt hepatitt med normalisert leverfunksjon er dog ikke kontraindisert). Sigdelflaemmer. Porfyri. Hypertensjon. Graviditet. Udiagnostisert vaginalblødning. Herpes gestationis i anamnese. Hyperlipoproteinaemi.

Bivirkninger: Tromboembolier (hjerne, hjerte, lunge, dype vener) forekommer. Blødningsforstyrrelser særlig initialt, vaskerterasjon, muskelt, kvalme, hodepine, migræne, humerforandringer, tyrforskyrrelser, claustra. Endring av vekt og libido. Hypertensjon kan oppstå. Oppgett tegn på ikterus ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal medikasjon straks opphøres. Tilfeller av leverforandringer (adenom, fokal nodulær hyperplasi) er beskrevet. Forandringer kan yte seg som akutte bukmermer eller tegn på intraabdominal blødning, og behandlingen bør da straks seponeres.

Forsiktighetsregler: For behandling initiert foretas grundig undersøkelse inkl. mammamammografi, blodtrykkmåling samt en grundig familianamnese. Kontrollen gjennomføres jevnt. Forskyrrelser i kugulajonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (føtt og framt hjerteinfarkt, slagelidelse). Cytologiske prøver skal tas etter screeningprogrammer. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte- og karykdom. Røking i kombinasjon med p-piller øker risikoen for blodpropp, hjerteinfarkt og hjernelag. Dette gjelder særlig kvinner over 35 år. Disse kvinner bør ikke ta røke boks de vil ta p-piller.

Friske ikke-røkende kvinner uten økt risiko for hjerte-karykdomer kan bruke p-piller opp mot overgangsalderen. Oppgett tegn på tromboemboli skal preparatet umiddelbart seponeres, og pasienten undersøkes nøye. Lidelser seponeres ved tegn på ikterus. Hvis mulig, seponeres minst 4 uker før kirurgiske inngrep, som kan trues å medføre økt tromboembolisk risiko. Kan redusere glukosetoleransen og diabetikere bør stå under streng legekonsult. Det samme gjelder pasienter som lider av sirkulasjon- eller nyresykdom, epilepsi eller migrene. Urge kvinner med ikke-stabiliserte sykder, samt kvinner med oligomenor eller sekundær amenor bør helst anvende annen form for prevensjon. Ved markant blodtrykkstigning bør preparatet seponeres. Ved utblitt bortfallblødning skal graviditetstest utføres. Effekten kan reduseres ved oppkast og diar. I slike tilfeller bør ikke-hormonelle antikonsepsjonsmidler anvendes i tillegg. Har 36 timer eller mer gått siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 14 dager. **Graviditet/fødsel:** Se Kontraindikasjoner. **Overgang i normale:** Røde østrogen og gestagener er pløst i motmøte. Bør ikke brukes under amming. **Interaksjoner:** 0,118e steroider, 119e antikonsepsjonsmidler, perorale (p-piller), 119e noretisteron.

Dosering: 1 tablett daglig. Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsetter med en tablett hver dag i 21 dager. Etter 7 tabletfrie dager stanses så en ny serie på 21 tabletter. I løpet av den tabletfrie pausen på 7 dager inntreffer en menstruasjonslignende blødning (bortfallblødning). Tablettenes bør tas på omtrent samme tid hver dag. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett.

Pakninger og priser: Datapakni: 3 x 21 stk. pris. 6 x 21 stk. pris.

Synarela®
nafarelin

Synfase®
noretisteron/etinylostradiol

Conludag®
noretisteron

SEARLE
SCANDINAVIA
Division of Monsanto Norge A/S

Fornebuun. 37, 1324 Lysaker.
Telefon 67 12 74 71. Fax 67 12 74 80.

Ein turnuskandidat går i land

Opplevelsar fra ein fornødde turnuskandidat som nettopp har øvelevert kontornyglane te den neste kandidaten. Hu va og svert spende. Me har adle hørrt historiane om å stå aleina med hjertestansen, følelsen av å vera totalt øvelatt te seg sjøl. Men enten du tror det eller ei, også i distrikt e det vanlige vanligst.



Erik Jesman Pedersen:
Cand. med. Tromsø 1996.
Utdannet homeopat ved
Norsk Akademi for Natur-
medisin 1988. Jobber nå
som vaktlege ved
Legevakten i Stavanger.

Forventningar

Eg kom med hurtigbåden fra byen der eg bor. Det va sommar og varmt, eg hadde mange tankar i håve. Kossen sko dette gå. 6 månedar med dagpendling fra byen te distriktet. Eg tror eg komme te et ekta distrikt, akkurat som i «Landsbylegane». Et distrikt bestående av gamle tullingar, primitive levekår, mye innavl og hjemmabrent på låven. De har sik-

kert mange rare sykdommer, – de så kun står med liden skrift i bøkene. Kan eg fiksa det? Eg va spende på kossen det sko bli å kjøra legevakt med båd i store bølger med live som innsats for å redda snøringer på den ytterste øy. Eg sko tjena gras med legevaktspengar på ein befolkning som heilt sikkert ikkje komme te på legekantoret på dagtid. Eg sko lera allmennmedisinen av ein lege som sikkert kan sin latin og som ikkje kan forstå at det komme ny turnuskandidat, – nå igjen.

Erfaringar

Det va ein brokete befolkning. Alt fra den feide fjerdeklassingen så ikkje får te å gå på do, kvisete 14-åringar, hu på 20 som glømde å ta p-pillen, – og nå... Eg møtte 19-årige premilitære menn som nettopp hadde fått vondt i ryggen, 50-årige kvinnfolk med hetebølger, og 80-åringar som aldri skjønnte at de bodde på sykehjemmet. Det ligna mōje på det eg hadde sett i byen. Så va det han såror i 2 timar for å få målt TT. Han som bor aleina på ei holma og som har så tette årer i beinā at sårene aldri gror, e litt spesielle. Smerten fra de åbne sårene betyr mindre enn omsorgen for de som betyr mest for ham, – nemlig de 10 sauene. De må han, uansett smerter, ud å passa på. Te slutt e hu som har så vondt i skulderen at hu bare kan strikka 20 par ullsokker i julapresanger og ikkje 40 som hu pleie.

Legevakt på båd i storm?

Aldri någon høst har sjøen vært fladare. Aldri har någon turnuskandidat sølt så lide kaffi ombord. Aldri har legevaktsbåden konkurrert så godt mod Norsk luftambulansē sitt helikopter. Men han på øynā rett her borte som fekk hjerteinfarkt, – han klarte me ikkje å hjelpa ligavel. Begravelsen va i går.

Det va egentlig lide å gjor på vaktane, adle fekk jo time i kontortiden. Ja dorr va jo folllt hos de faste legane, men de konne jo bare komma te turnuskandidaten, – han va jo bare glae for å få ein pasient ekstra i kvarteret for då konne han få læra ennā merr. De tenke nå på alt og de der medarbeiderane.

Den siste mohikaner.

Vaktā starta 15. 30. Itte ein lange kontordag håpte eg på litt kvile her på kontoret. Han komme sikkert ikkje i dag, – han va jo her i går. Eg hadde nettopp sovna, så sto han der igjen... Kommunelegen. Skulle han nå jobba igjen. I går hadde han pasientar te klokka seks. Har han ikkje ein hobby, familie eller i det minste ein TV. Eg har sitt han gjonā dørsprekken der han sidde foran pulten sin. Han lage skylappar med hende- ne sånn at han på ein måde lukke resten av verden ude. Eg tror brillene hans kun virke på lange avstand for han skyve de opp i pannen når han lese skriften på papiret fra det lokale vannverket. Han holde arket

på 3 cm. avstand. Det kan ikkje vera heldigt det der, kveld itte kveld. Eg diskuterte det med han mange ganger heilt te eg ein dag forstod at arbeidet var hobbyen hans, pasientene hans familie og TV, – ja det var bortkasta tid. Han e den siste mohikanar, ein goe mann for kommunen idag, men ein dag slutte han og ka ska pasientane gjør då?

Lunch

Vanligvis så spise me på legekonto-
ret for oss sjøl, men på tirsdager spi-
se de ansatte på legekonto-
ret nere
samen med de andre på kommune-
huset, – som heller ikke vil spise
nede. Det e nok ein gode måte å
spleisa oss samen på det. Me konne

jo alltids snakka samen om det som
adle e opptokne av her, ja eg meine
sånn så vere, Jesaja 42,4, ferjeforbin-
delser og litt diskret då, – hu med de
store dajjene. Adle trodde det måtte
vera silikon, men eg sa ingenting.
Inni håve mitt henviste eg te taus-
hetspliktå. De sko bare visst det eg
visste.

I går satt me oppe for oss sjøl
igjen. Då snakke de om turane sine i
fjelle. Om de hippaste stiane og de
mest groovy toppane. Sånt sette
dybe spor i ein bygutt som meg. Då
eg fortalte litt om ei gada i byen så e
litt spesielle, då va pausen øve.

Det faglige

Det e slutt nå. 6 månedar pluss 1 år

på sykehus. Eg vett ka eg kan, men
mest ka eg ikkje kan. De kan bare gie
meg pasientar med tonsiller så store
så egg, sure oppstod og stive skul-
drar, – eg fikse det. Men kom ikkje å
spør meg om ein nye salve itte du
har prøvd 15 salvar og 8 oljar for. Då
sende eg deg te homøopat, de kan
sikkert sånn. Treng du ein prat kan
du bare komma innom kommune-
legekontoret. Han komme nok i
kveld, Kommunelegen. Du treng
ikkje betala te han, – han bryr seg
ikkje om pengar så lenge det e
fagligt interessant.

Eg har ikkje tid, – eg ska te byen å
tjena pengar.

Developing Mental Health Services and Policies:

A two-week course for mana-
gers, policy makers and public
health specialists, at the Nord-
ic School of Public Health,
(Nordiska Hälsovårdshögsko-
lan) Göteborg, Sept 21 to Oct
2, 1998. Course leader: -
Professor John Øvretveit. For
application or detailed infor-
mation, please contact before
March 15, 1998: Rose Wesley-
Lindahl, phone
031-69 39 25, fax 69 17 77,
e-mail: rose@nhv.se.

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin
The Norwegian College of General Practitioners

– Korttidsstillinger ved kreftavdelingene

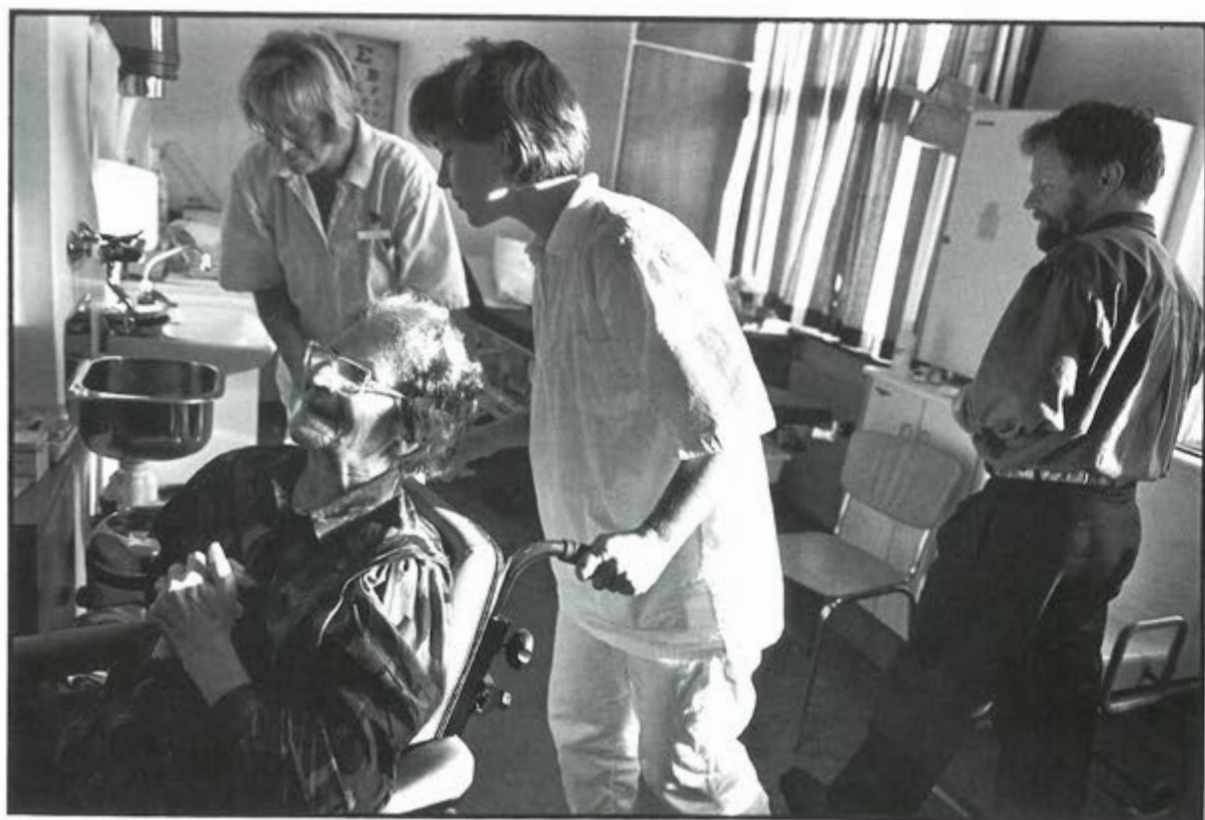
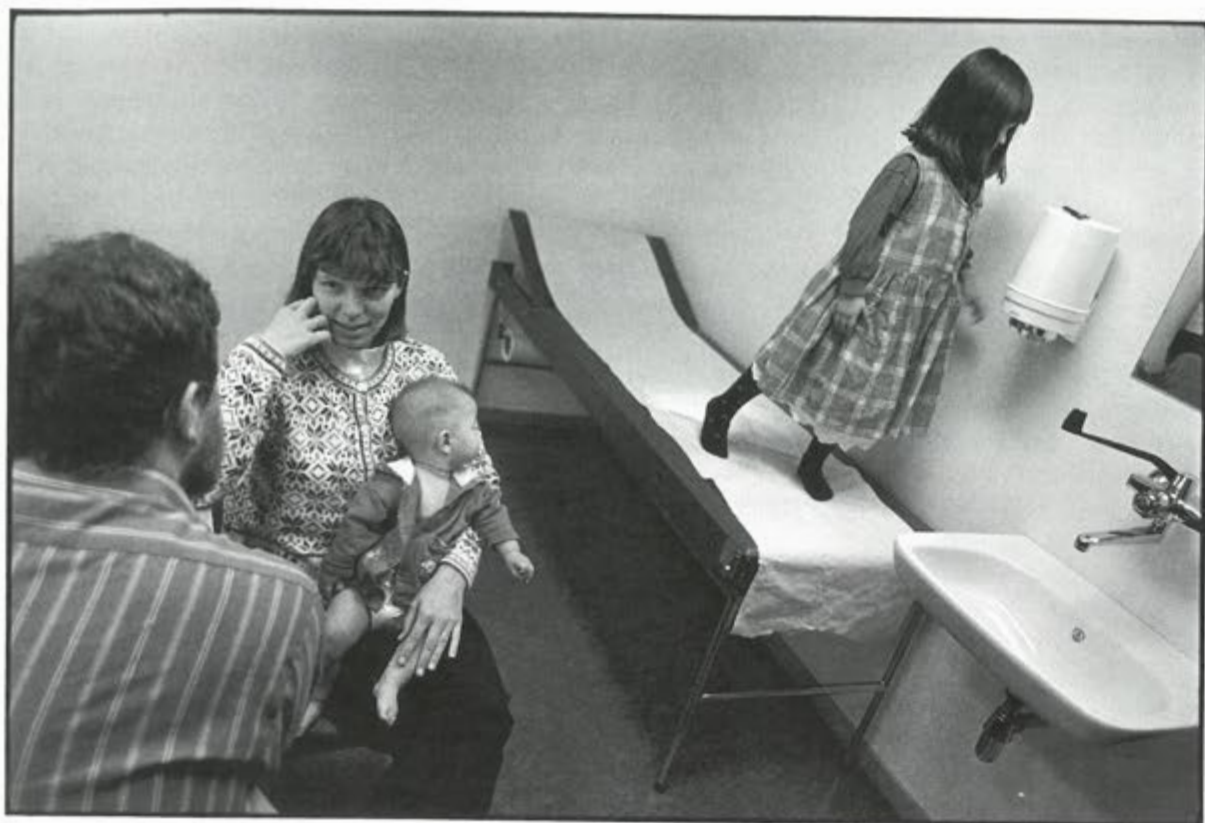
Den norske kreftforening har for 1998 bevilget lønnsmidler til 6 stillinger à 3 mndr. for allmennpraktiserende leger ved Det norske radiumhospital samt de onkologiske avdelinger ved Ullevål sykehus, Haukeland sykehus, Regional-sykehuset i Trondheim og Regionsykehuset i Tromsø. Hensikten med tjenesten er å gi den allmennpraktiserende lege innsikt i onkologisk virksomhet og å bedre samarbeidet mellom allmennpraktikeren og sykehuset innen dette feltet.

Tjenesten er delvis strukturert og det er utarbeidet egen målbeskrivelse. Stillingen er lønnet i ltr. 47. Tjenesten teller som sykehustjeneste for etterutdanning i spesialiteten allmennmedisin. Tjenesten kan utføres når som helst i løpet av kalenderåret etter nærmere avtale med den enkelte avdeling. Ved til-
deling vil det bli lagt vekt på motivasjon og klinisk behov for tjenesten. Søke-
re vil primært fordeles på sine respektive regionale onkologiske avdelinger. Nærmere opplysninger fås ved de respektive avdelingsoverleger.

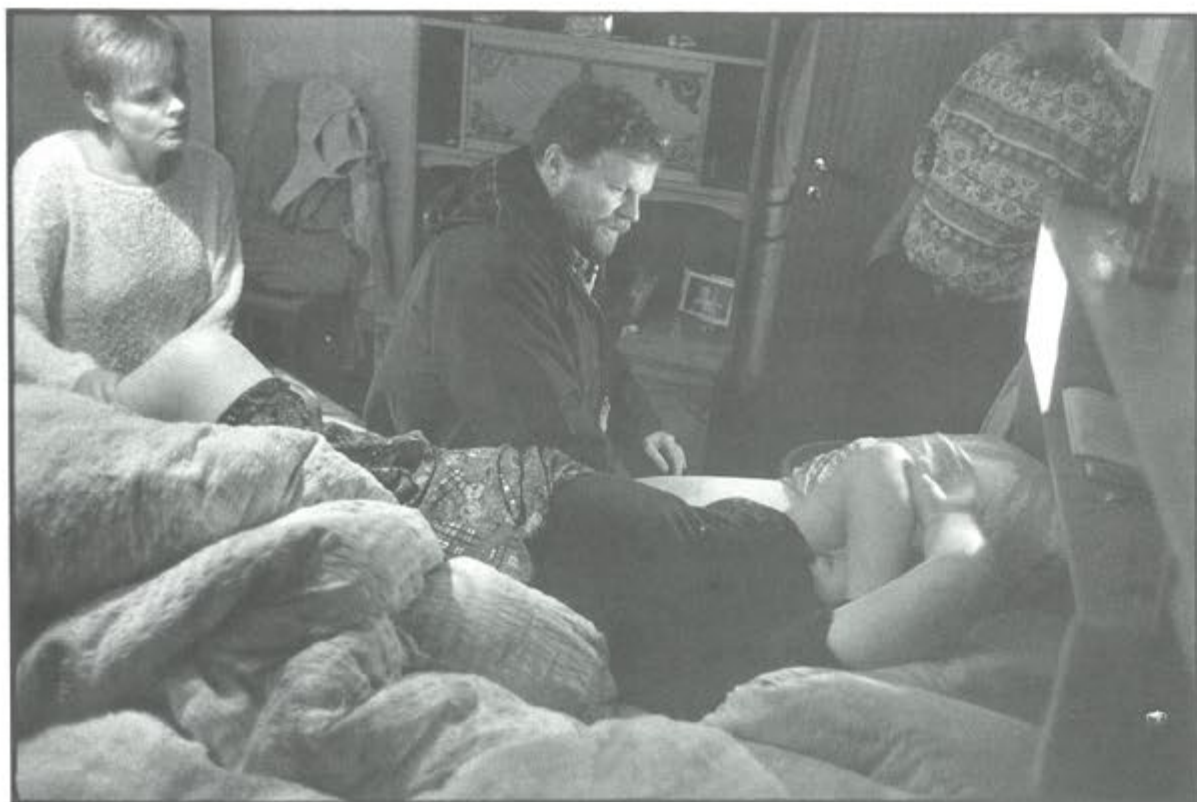
En kortfattet begrunnet søknad (på vanlig brevark) med påføring av eksamensår og angivelse av ønsket tjenestested sendes:

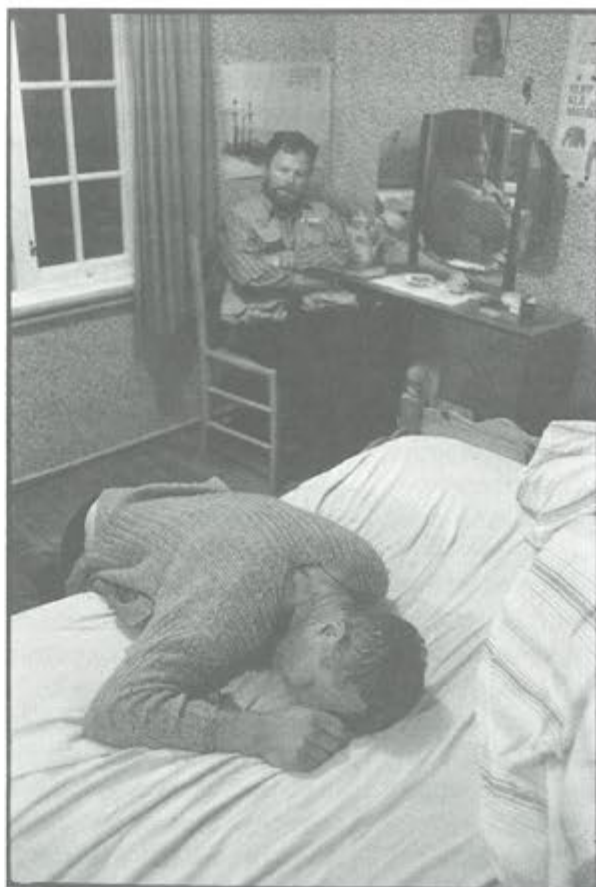
NSAM, Institutt for allmennmedisin, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo
innen 3 uker fra utlysningen.

«Bilder fra klinisk praksis»









Forsidebildet og denne billedserien er et gløtt inn i en legevirkelighet, selv om forskjellige betraktere vil se forskjellige versjoner. Fotografen har fanget et øyeblikk, et stykke fortettet virkelighet. Fotografiets styrke er at det har et mangfold av meningsinnhold, avhengig av hvem som betrakter bildet og sammenhengen det sees i. Det en leser inn i bildet vil ha farge og form fra egne opplevelser og erfaringer. Kanskje det også gir litt å spinne videre på og reflektere over.

Bildene er fra pilotprosjektet til «Bilder fra klinisk praksis», hvor tanken er å sette dokumentarfotografier fra flere leger inn i en faglig sammenheng. Bildene skal med andre ord brukes som utgangspunkt for kritisk refleksjon og diskusjon, i veiledningsgrupper og andre kollegabaserte grupper.

Legen på bildet er Aslak Bråtveit på Finnøy, han ble fotografert av fotografen i en drøy uke, på kontoret og på vakt. Forprosjektet ble muliggjort med støtte fra Rogaland legeforenings fond for forskning i primærmedisin, og ble første gang presentert på Utpostens jubileumsseminar på Primærmedisinsk uke 1996. Alle pasienter har godkjent bildet som brukes, samt fått skriftlig og muntlig informasjon på forhånd.

Prosjektleder Torgeir Gilje Lid,
fotograf Rune Eraker.

«Kampen om etikken»

– Norsk nyfødtkohort, en statusrapport



Anette Fosse, født 1962. Turnustjeneste og allmennpraksis i Bodø 1988-91. Allmennpraktiker i Mo i Rana siden 1991. Spesialist i allmennmedisin. Styremedlem i NSAM siden 1993. NSAMs representant i referansegruppen til Norsk nyfødtkohort siden høsten -96. Er også sterkt opptatt av primærhelsetjenestens rolle i planleggingen av framtidens sykehusstruktur.

Norsk nyfødtkohort (også kalt «Bedre helse for mor og barn») har vært omtalt i Utposten i to artikler i 1997. Den første var en presentasjon av prosjektet ved Leiv S.Bakketeig og Kjell Haug (1). Den andre omhandlet NSAM-styrets holdning til prosjektet (2). Prosjektet har også vært debattert i Tidsskrift for Den norske læge-

forening (3), og det har vært diskusjoner på Eyr og i Aftenposten de siste månedene.

I utgangspunktet ønsket ikke prosjektledelsen i Norsk nyfødtkohort en offentlig debatt. Prosjektet ble ansett som så stort og viktig at man ikke ville risikere at «den offentlige mening» skulle «forkludre» studien. Men så enkelt var det ikke.

Kort historikk

Planleggingen av Norsk Nyfødtkohort begynte i 1993-94. Denne gigantiske registerepidemiologiske studien skal omfatte 100 000 kvinner og deres barn, som skal følges inn i alderdommen med spørreskjemaer og blodprøver. De økonomiske rammene rundt prosjektet er uklare, men prosjektutgifter 1993-2000 er anslått til 60-70 millioner kroner. Prosjektledelsen var tidlig klar over at det knyttet seg etiske problemstillinger til studien, bl.a. til vurderingen av samtykke til å delta i registreringen.

I mars-95 konkluderte prosjektets interne etiske komité med at et presumptivt samtykke kunne aksepteres, forutsatt at prosjektet var godt kjent gjennom media.

I mai-96 sendte Helsetilsynet et brev til Sosial- og Helsedepartementet der de fremmet vesentlige motforestillinger i forhold til Norsk Nyfødtkohort, bl.a. når det gjaldt spørsmålet om informert samtykke. De skrev også: «Ut fra karakteren og omfanget av denne undersøkelsen ville Helsetilsynet finne det rimelig at saken ble forelagt Stortinget før en ev.

iverksettelse». Brevet ble aldri besvart.

I mai-96 ble NSAM, Aplf og OLL innkalt til et informasjonsmøte med prosjektledelsen. Dette var første formelle kontakt mellom Norsk nyfødtkohort og allmennlegeorganisasjonene. Sakspapirene ble delt ut på møtet, og det var ikke lagt opp til diskusjon. Det kom imidlertid opp mange vesentlige motforestillinger av både etisk og praktisk art. Prosjektledelsen tok dette tilsynelatende på alvor, men det har siden ikke ført til endringer i prosjektets utforming.

Allmennmedisinsk Forskningsutvalg (AFU) har vurdert Norsk nyfødtkohort to ganger (i april og oktober-97), og begge gangene funnet å ikke kunne anbefale prosjektet for norske allmennpraktikere. Vurderingene ble gjort etter vanlige retningslinjer, og hovedinnvendingene gikk på spørsmål om etikk, datakvalitet og risikofokusering, som prosjektbeskrivelsen ikke kunne besvare tilfredsstillende.

Informert samtykke

Regional komité for medisinsk forskningsetikk i helseregion II (REKII) godkjente i mars-96 et pilotprosjekt på Sotra, men med flere forbehold når det gjaldt bl.a. etiske problemer, personvern og datakvalitet. I oktober-96 slo Datatilsynet fast at «den enkelte deltakers (informerte) samtykke skal sette den absolutte norm for bruk av personopplysninger». Konesjonen fra Datatilsynet var strengere enn prosjektledelsen had-

de regnet med, men man fant det ikke umulig å fortsette studien nærmest uendret.

Med tillatelse fra både REKII og Datatilsynet skulle man tro at alt er ivarett på best mulig måte. Men flere innspill har ført til at prosjektet nå likevel har gått inn i en ufrivillig dvaletilstand.

Siste runde så langt begynte med kommunelege Gunnar Strøno kronikk i Aftenposten 24/11-97, «Mor, barn og helse – uetisk kartlegging» (4). Her problematiseres «det informerte samtykke». Strøno viser til internasjonalt aksepterte etiske retningslinjer for biomedisinsk forskning, nedfelt i Helsinkideklarasjonen, og hevder at «en redelig informasjon til mødrene vil se slik ut: «Vi vil kartlegge ditt og ditt barns liv i detalj fra nå til dere dør, og vi vil ta blodprøver av dere. Vi vet ikke hva disse opplysningene vil bli brukt til eller hvilke analyser som vil bli gjort av blodet. Vi vet ikke hvilke dataregistre som vil bli koblet sammen i fremtiden. Vi vet ikke hvilke belastninger dette vil påføre dere, eller hvilke skadevirkninger det vil ha for samfunnet. Vi håper og tror at vi skal fremskaffe kunnskap som kan komme senere generasjoner til gode. Vi i prosjektledelsen lover å være samvittighetsfulle og gjøre vårt beste, og vi håper at de kommende generasjoner prosjektledere vil gjøre det samme»».

Aftenposten fulgte opp denne kronikken med et intervju med direktør i Folkehelse, Bodolf Hareide, som mente at protestene mot Nyførtkohorten kom fra «en liten, perifer gruppe av allmennpraktikere». Dette ble imøtegått i intervju med medlemmer av NSAM-styret. Prosjektledelsen svarte på kronikken med et leserinnlegg i Aftenposten der de omgikk spørsmålet om informert samtykke. Gunnar Strøno kommenterte dette slik i et leserinnlegg: «La det være en utfordring til det norske epidemiologiske miljøet at de fortsetter å gi oss viktig viten, men at de gjør det gjennom studier som er designet på en etisk forsvarlig måte».

Stortinget griper inn

Samtidig som debatten gikk i Aftenposten og på Eyr, var det budsjettdebatt i Stortinget. Sosialkomiteén stilte spørsmål til Helseministeren vedrørende Norsk Nyfødtkohort, der de gjentok de etiske problemstillingene, og ba om en redegjørelse om både etiske og økonomiske sider ved prosjektet. Stortinget vedtok å stoppe alle bevilgninger til prosjektet i påvente av redegjørelsen fra Sosial- og helsedepartementet.

Reidun Førde er leder for en referansegruppe for etiske spørsmål knyttet til Norsk nyfødtkohort, samtidig som hun selv har tilmeldt et delprosjekt i studien som skal se på etiske problemstillinger ved spørreskjemaundersøkelser i graviditeten. I et intervju i TDNL nr.2-98 stiller hun spørsmålsteget ved at Stortinget kan stoppe et forskningsprosjekt, og sier videre: «At Stortinget griper inn i faglige vurderinger på denne måten, er en helt ny trend som bør diskuteres».

Proessen så langt åpner for en rekke spørsmål. Hva er en demokratisk prosess i forhold til et så stort og omfattende prosjekt? Har «vanlige folk» og «vanlige allmennpraktikere» noe de skulle ha sagt i vurderingen? Eller er det bare forskere og eksperter i etikk som skal kunne vurdere berettigelsen av prosjektet? Stortinget har bedt departementet om en redegjørelse av etikk og økonomi i prosjektet. Departementet arbeider nå tett sammen med prosjektledelsen i Norsk nyfødtkohort for å få redegjørelsen ferdig i vår. Kan man tenke seg at også andre instanser burde vært med på å kaste lys over problemstillingene?

Kan vi lære noe av dette?

Man kan mene hva man vil om Norsk nyfødtkohort som sådan, men den prosessen prosjektet har gjennomgått viser at det er nødvendig å ta godt funderte innsigelser på alvor. De forsvinner ikke selv om man forsøker å lukke øynene for dem.

Hva skjer med Norsk nyfødtkohort etter at Stortinget har fått rede-

gjørelsen fra departementet? Fortsetter prosjektet uendret, vil det være med svekket troverdighet og tap av tid. Legges det dødt, betyr det at svært mye tid og ressurser har vært helt bortkastet. Gjenoppstår det i en ny, endret utgave der man har tatt hensyn til de problemstillingene som er reist i denne prosessen, kunne mye tid og penger vært spart dersom prosjektledelsen hadde tatt de mange meldingene på alvor helt fra starten.

Ny kunnskap er viktig og nødvendig, men hva slags kunnskap og til hvilken pris? Prosessen så langt når det gjelder Norsk nyfødtkohort har vist at det er nødvendig og riktig å stille spørsmål. Erfaringene viser at den frie, offentlige debatt er en forutsetning for å reise de viktige etiske spørsmålene.

Litteratur:

1. Kjell Haug og Leiv S. Bakketeig. Bedre helse for mor og barn. Utposten 1997: 26(2): 84-5.
2. Anders Bærheim. Nyfødtkohorten og bedre helse. Utposten 1997: 26(6): 242-3.
1. Bærheim A, Swensen E. Bedre helse for mor og barn? Tidsskr Nor Lægeforen 1996: 116: 2927.
4. Gunnar Strøno. Mor, barn og helse – uetisk kartlegging. Kronikk. Aftenposten 24.november 1997.

Kjære justisminister



Gunvor Launes
Cand.med.1984.
Vekselvis kommunelege II/I i
Helgelandskommune Lurøy
og Træna ca. 9 år. Ass.lege
akuttpsyk. avd. Vest-Agder
sentralsykehus 1992-93.
Spes. allmennmed. og sam-
funnsmed. -93. Veileder i all-
mennmedisin. Siste 2 år:
50-75% ass.lege V.O.P. Sand-
nessjøen sykehus og «resten»
rådgivende lege for Nord-
land fylkestrygdekontor.

Gratulerer med et godt valg og en veldig ansvarsfull og viktig jobb. Skal ikke legge skjul på at noen av oss har store forventninger til deg og hvordan du vil styre norsk flyktningepolitikk videre. Jeg har ikke for vane å skrive brev til rikspolitikere, dette er faktisk første gangen. Håper du tar deg tid til å lese dette midt i julestria.

Jeg er en helt alminnelig norsk kvinne på 38 år, jeg er gift og har 3 barn. Bor og jobber i Nordland fylke. Politisk har jeg ikke vært særlig aktiv, har stemt V ved noen valg og Ap ved andre. Jeg har aldri engasjert meg noe spesielt i asyl- eller flyktninge-

politikk, det var noe jeg tidligere viste veldig lite om.

Jeg er utdannet lege med eksamen fra Bergen i 1984. Har jobbet som allmennpraktiker i mange år og tatt videreutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Det er ikke sikkert at du kjenner så mye til hva det betyr, men i faget samfunnsmedisin er vi svært opptatt av hvordan faktorer i vårt samfunn påvirker folkets helse, positivt eller negativt. Det gjelder like mye det fysiske miljøet (drikkevann, støyp problemer, smittsomme sykdommer) som det psykososiale miljøet (barns oppvekstvilkår, rusproblematikk, psykiske belastninger, psykologisk krisearbeid ved større ulykker m.m.). Jeg er nå under utdanning i psykiatri og håper å være «utlært» psykiater om ca. 2 år. De siste 2 årene har jeg jobbet ved en psykiatrisk poliklinikk ved et lite nord-norsk lokalsykehus, nærmere bestemt Sandnessjøen. Har også en deltidsjobb som rådgivende lege for trygdeetaten og sitter derfor med noe erfaring som skriftlig saksbehandler i klientsaker.

I Sandnessjøen er det et asylmottak med omkring 100 plasser. Siste 2 årene har vi fått henvist over 30 saker til vår poliklinikk fra mottaket. Det dreier seg om asylsøkere med depresjoner, selvmordstanker og krisereaksjoner etter flukt og ikke sjelden også tortur.

Jeg vil fortelle om en afrikaner jeg har kjent siden august -96. Jeg har hans tillatelse til å skrive dette brevet.

Han kom til Norge i april -95. Etter et kort opphold i Oslo, kom han og hans familie direkte til mottaket i Sandnessjøen. Han kom sammen med kone og ei lita datter som da var ca. 2 år. Denne mannen har nå gjennom tilsammen 18 samtaler hos meg i løpet av halvannet år fortalt sin historie. Jeg glemmer aldri

den timen han fortalte hvordan hele hans familie i desember -92 ble utryddet. Det var hans far og mor, hans lillebror, og hans egen lille sønn. Slaktet ned alle sammen. Etter dette kunne han ikke slå seg til ro, han lette etter ansvarlige gjerningsmenn. Dette førte igjen til at han selv opplevde gjentatte fengslinger i årene 1993-94, tilsammen omkring 10 fengslinger. Alle gangene ble han grovt torturert før han fikk slippe ut. Han opplevde alle former for tortur; slag, spark, nærdrukning, skinnhenrettelser og seksuell tortur.

I dag har han store fysiske senvirkninger etter torturmetoden «phalanga». Den består i at fangen henges opp ned og gies gjentatte stokkeslag under fotsålene. Drives dette ofte nok og lenge nok, får fangen kroniske senskader med ekstrem instabilitet i fotsålen. Dette kan objektivt påvises ved at stortåen får en mye større bevegelighet enn vanlig og således kan brettes opp til den møter leggen. Dette er en svært smertefull tilstand, som kan lettes litt ved tilpasning av spesialsko. Dette har vi fått i orden, men stadig er det svært mye smerter, forsterket av mareritt og angst for framtiden, som gir mange søvnløse timer hver natt.

Min pasient har fått to avslag på asyl i Norge for både seg og familien. Hans psykiske tilstand har slett ikke bedret seg med jevn kontakt med vår poliklinikk. Han strever med selvmordstanker, er motløs og oppgitt. Han har fått antidepressiv medisin i opptappende doser, men har bare liten effekt av dette. Han har vært i en «kronisk krise» i over to år, og sitter altså stadig med en uavklart asylsak og frykter daglig for å bli sendt ut av landet. Det representerer for ham døden for både seg og familien.

Gjennom denne historien, som inneholder en god del mere grusomme detaljer enn dette, har asylpolitikken fått et ansikt i min bevissthet. Jeg sitter her som nordmann i Norge og samtaler time etter time med denne mannen, vi har snakket og tidvis grått; noen ganger han, noen ganger jeg og andre ganger begge. Vi har snakket oss gjennom snart to adventstider og en valgkamp. Vi har delt håpet om en annen regjering og en mere human tilnærming til dette problemkomplekset. Jeg har alltid tidligere vært stolt og glad for å være norsk, nå skammer jeg meg og føler det veldig lite bekvemt. Julegrana er tent, det er pyntet i gatene, vi er opptatt av koselige juletradisjoner, vi samler familien til fest og gir hverandre fine og dyre julegaver. Så sitter det altså noen i dette landet vårt, i dette landet med lange tradisjoner i humanitært hjelpearbeid, i et land hvor vi påberoper oss å være fredsforkjempere og menneskerettighetsforkjempere, og opplever sin situasjon som daglig tortur. Det blir en daglig repetisjon av torturopplevelsene, dette å ikke vite hva som

skjer i morgen. Så snakker vi om satsing på psykiatri og mental helse og har det til og med på dagsorden nasjonalt. Så er vi opptatt av rettsikkerhet og ventelistegarantier. Det må være nordmenns mentale helse det gjelder og nordmenns rettssikkerhet og krav på avklaring og hjelp innen tidsfrister på 3–6 mnd. Jeg føler meg maktesløs og ser at faren for å bli følelsesmessig avstumpet, utbrent og kynisk i forhold til denne typen problemstillinger er overhengende.

Jeg skjønner at ikke saksbehandlerne i UDI kan treffe alle asylsøkere og at det må foregå noe skriftlig saksbehandling. Jeg vet av erfaring som skriftlig saksbehandler at det er deilig å slippe å se søker i øynene når mann må tilrå et avslag man vet vil få store konsekvenser for søker. Jeg har bare erfart det i forhold til økonomi; trygd eller ikke trygd – attføring eller ikke attføring. Hvor mye mer påtrengende må det ikke være å sitte med andres liv i sine hender, slik som saksbehandlere i UDI. (Eller er det en måte å være bøddel på som man også kan venne seg til?)

Bare man passer seg for å bli følelsesmessig involvert så går det bra.

Hvorfor skriver jeg dette? Jo, fordi jeg er en alminnelig nordmann som føler at noe er veldig galt. Jeg forsøker å oppdra ungene til å stå opp for andres rettigheter, ta affære hvis kompisen mobbes eller de opplever andre urettferdigheter. Hvordan kan jeg da sitte og høre på dette uten å forsøke å påvirke et system. Dessuten er jeg samfunnsmedisiner og opplært til å tro at vi skal levere viktige faglige premisser til politikerne. Hvis jeg blir faglig overbevist om at måten samfunnet vårt er ordnet på, gir dårligere helse til folket, har jeg både et faglig og et etisk ansvar for å si noe om det. Og jeg har ingen steder lært at det kun dreier seg om ekte nordmenns folkehelse. Ja, hvem skal man si det til da? Jeg har ikke noen naturlig overordnet for denne type informasjon, synes jeg. Overlegen min kan ikke gjøre noe med det, ordfører, rådmann eller sykehusdirektør ikke heller.

Men du kan bidra til forandring. Min påstand er at asylsøkere som blir sittende med uavklart sak over

«Nyttårstanker» i etterkant av julebrevet til justisministeren

Jeg har opplevd mye positiv respons på julebrevet. En journalist i lokalavisen ga saken litt spalteplass 23.12.97 og jeg har fått mye støtte i etterkant av både innhold og framgangsmåte. Særlig har jeg satt pris på positive kommentarer fra kollegaer. Pasienten min fikk også mye støtte og sympati i lokalmiljøet etter avisoppslaget hvor han valgte å la seg omtale med sitt eget fornavn.

Hva som overrasket meg og gledet meg mest, var imidlertid den telefonen jeg fikk fra jusitsministeren på selveste julaften, hvor hun takket for brevet og lovet å vurdere de momentene som var fremkommet i brevet.

Den 6. januar 1998 fikk min pasient og hans familie oppholdstillatelse i Norge etter over 2 1/2 år i asyl.

Ingenting har gledet meg mere enn det i 1998.

Journalisten fra lokalavisen var raskt ute med oppfølging og gav meg hele æren for den avgjørelsen. Det er jo selvfølgelig smigrende, men tanken på at mitt brev evt. skulle ha spilt en vesentlig rolle i forhold til den avgjørelsen, gjør meg egentlig skremt. Jeg velger å tro at det tross alt eksisterer en større rettssikkerhet i dette systemet og at det lå flere nye avgjørende opplysninger i saken da den lille familien ble innvilget oppholdstillatelse. Jeg er tilsist mest opptatt av at det blir satt søkelys på de prinsipielle og generelle tingene i slike saker.

år, jevnt utvikler en dårligere psykisk helse, pga. en uforutsigbar situasjon, uansett hva jeg terapeutisk finner på. Etter flere år med uavklart situasjon, daglig frykt for eget liv og «kronisk krisesituasjon» vil det koste årelang psykiatrisk behandling å reparere disse skadene, om de i det hele tatt lar seg reparere.

Så min bønn, i tillegg til en generelt mere liberal flyktningepolitikk, må være at det innføres en maxtid eller en ventelistegaranti også for asylsaker, som det er det på trygdesaker og i helsekøer. Har f.eks. folk vært i landet vårt i et halvt år, uten at UDI har klart å skaffe nok opplysninger til å avgjøre saken, bør asylsøkeren få opphold uansett. Saksbehandlerne må få møte noen menneskeskjebner, slik at det ikke bare blir papir, faren for kynisme må være overhengende også for dem, skulle jeg tro.

Videre tror jeg at de obligatoriske 5 juristtimene som tilbyes asylsøkere, er altfor lite i forhold til den jobben som skal gjøres. Det virker som om alle asylsøkere får jurister fra Oslo, selv om de befinner seg i mottak i helt andre deler av landet. Det virker heller ikke særlig tilfredsstillende. Det å kunne få møte sin advokat i en så viktig sak, synes vel for oss andre nærmest som en menneskerettighet. Slik fungerer det ikke idag.

Noe som ellers forundrer meg er å oppleve at legeerklæringer for det første ikke etterspørres av systemet og i neste omgang, hvis man likevel skriver en sånn, ikke blir tillagt noen vekt i det hele tatt. Dette er i skarp kontrast til norsk helse- og trygdesystem igjen, hvor behandlende lege/spesialists erklæring veier svært tungt i klientens sak.

Slik regelverket og praksis er for tiden, kan en virkelig få følelsen av at «Norge er for nordmenn».

Ønsker deg tilslutt ei god jul og håper på et bedre nyttår!

Kopi: Helseministeren
Utposten, fagblad for allmenn- og samfunnsmedisin

Ledige stipendier

Med midler fra Den norske lægeforenings fond for videre- og etterutdanning av leger, utlyser Instituttgruppe for samfunnsmedisinsk fag i Oslo, Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim og Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 18 stipendiemåneder for 2. halvår 1998 forutsatt at sentralstyret bevilger stipendmidlene. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og/eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke. Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Hvis kvoten ikke fylles av søkere som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning. Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildelingen av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter. Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere, som kan fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Institutt for allmennmedisin, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo. Tlf. 22 85 06 55, fax 22 85 06 50. Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen **15. mars 1998**. Søknader som er poststemplet etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktning.

Tildeling av allmennpraktikerstipend for 1. halvår 1998

For 1. halvår 1998 var det 9 søkere som søkte om 27 måneder og

utvalget hadde 18 stipendmåneder til disposisjon.

På møtet i allmennmedisinsk forskningsutvalg 22. oktober -97 ble følgende søkere tildelt allmennpraktikerstipend for 1. halvår 1998:

Trondheim:

Malin Eberhardt-Gran, Oslo, fikk 4 måneder til prosjektet «Forekomst av postpartum depresjon i Nes og Sørums kommuner».

Harald Kamps, Bjugn, fikk 2 måneder til prosjektet: «Erfaringsbasert kunnskap – bruk av metaforer i medisinen».

Henrik Brochmann, Kolvereid, fikk 4 måneder til prosjektet: «Oppfølging av utvalg med unormale stoffskifteparametre ved HUNT 1995–1997».

Arne Opdahl, fikk 2 måneder til prosjektet: «Psykososial kriseberedskap, erfaringer med tiltak i kommunal selvmordsforebygging».

Oslo:

Baard Freberg, Drammen, fikk 1 måned til prosjektet «Måling av enkelte parametre under regatta-seiling».

Mette Horgen, Oslo, fikk 1 måned til prosjektet «Spiseforstyrrelser i allmennpraksis».

Katongola Hamba, Oslo, fikk 3 måneder til prosjektet «Screening for svangerskapsdiabetes og nedsatt glukosetoleranse i allmennpraksis».

Ole Rikard Haavet, Fetsund, fikk 1 måned til prosjektet «Er barns livserfaringer av betydning for somatisk sykdomsutvikling?»

UTPOSTENS annonsører

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

Tidsskrift nr.

1998

Nr. 2	27. februar
Nr. 3	27. mars
Nr. 4	8. mai
Nr. 5	21. august
Nr. 6	11. september
Nr. 7	9. oktober
Nr. 8	30. oktober

Materiellfrist:

27. februar	3. april
27. mars	8. mai
8. mai	12. juni
21. august	2. oktober
11. september	16. oktober
9. oktober	13. november
30. oktober	4. desember

Utsendelse

3. april
8. mai
12. juni
2. oktober
16. oktober
13. november
4. desember

BESTILLING:

RMR, Sjøbergveien 32,
2050 Jessheim.
Telefon: 63 97 32 22.
Telefax: 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,-

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.

Til alle turnuskandidater

Den nye redaksjonen ønsker med sitt første nummer å nå alle nye kolleger i turnustjeneste, både på sykehus og i distrikt. Ikke fordi vi mener at alle nye leger bør bli allmennpraktiker eller samfunnsmedisinere, men fordi vi tror at de som skriver i dette bladet har noe å fortelle, både om legegjerningens gleder og sorger, utfordringer og problemer.

Vi vet at alle turnuskandidater i løpet av tjenesten vil oppleve at de står alene, og slite med opplevelser og problemstillinger som er noen nummer for store. Vi vet også at endel kolleger, utslitt etter endt turnustjeneste, bare har én klar tanke i hodet: «aldri mer på allmennpraksis!». Kanskje kan vi bidra til et litt mer åpent syn på legeyrkets mange muligheter også etter turnustjenesten.

Utposten ønsker å vise noe av bredden i legegjerningen, peke på sammenhenger og paradokser, og inspirere til tankeflukt. Utposten skal også stimulere den kritiske tanke; i forhold til legegjerning og samfunn; og den gjensidige avhengighet mellom samfunn, helse og medisin.

Så, kjære turnuskandidater, Utposten nr. 1, 1998 er sendt deg gratis, til oppmuntring, vederkvegelse og inspirasjon, gakk derfor hen og tegn et abonnement til spesialpris, kr. 200,- pr år!

Redaksjon

Fyll ut slippen nedenfor og send den til:

UTPOSTEN

Sjøbergvn. 32 , 2050 Jessheim

Navn;

Adresse;

Postnr/sted;

Screening av gravide kvinner for toksoplasmainfeksjon – bør det innføres i Norge?



Anne Eskild, f. 1956
Lege/forsker, Seksjon for epidemiologi, Statens institutt for folkehelse. Har drevet med epidemiologisk forskning siden 1988 og skrevet doktorgrad om faktorer som kan påvirke utvikling av AIDS blant HIV positive. Arbeider nå blant annet med å studere om spesielle infeksjoner i svangerskapet kan være knyttet til uheldige svangerskapsutfall.

Toksoplasmose er en parasittsykdom forårsaket av *Toxoplasma gondii*. Smittekildene er rått kjøtt med parasittcyster og avføring fra infiserte katter. I Norge er det vist at smitte er assosiert med inntak av rått eller lite behandlet kjøtt, inntak av uvaskede rå grønnsaker og frukt, dårlig vask av kniver etter tillaging av kjøttvarer og med rengjøring av katte-

avtreder (1). Hvis en gravid kvinne blir smittet, kan parasitten overføres til fosteret. I noen tilfeller kan føtal smitte forårsake mental retardasjon som følge av skader i sentralnervesystemet (hydrocephalus, intrakraniell kalsifikasjon) og svekket syn som følge av chorioretinit. Siden infeksjon med *T. gondii* vanligvis er asymptomatisk hos voksne mennesker, kan nysmitte under svangerskapet lettest diagnostiseres ved gjentatt testing for antistoffer. Gravide som får diagnostisert nysmitte med *T. gondii* tilbys antiparasittær behandling med tanke på å forebygge transmisjon til fosteret og redusere skade som følge av eventuell smitte.

I flere land, deriblant Norge, Danmark og Finland diskuteres det om screening av gravide kvinner for toksoplasmaantistoffer bør innføres. I andre land, som Storbritannia og Nederland, konkluderte man på begynnelsen av nittitallet med å avvente screening inntil mer kunnskap om konsekvensene av et screeningprogram var tilgjengelig (2-4). I Frankrike og i Østerrike screenes alle gravide for antistoffer mot *T. gondii*.

Nytteverdien av antistoffscreening er avhengig av helseproblemets størrelse og av andelen av tilfeller som kan forebygges. Antall skadede barn som følge av *T. gondii*-smitte bestemmes av hvor mange gravide kvinner som smittes, transmisjonsraten (sannsynligheten for at et foster smittes når mor er smittet) og av andelen av de smittede fostrene

som blir skadet. Antall tilfeller som kan forebygges avhenger av screeningstestens sensitivitet (evne til å fange opp de sanne positive), effekten av behandlingen og oppslutningen om alle deler av screeningprogrammet. For å beregne nytten av screening, er det nødvendig å kjenne verdien til så mange av disse faktorene som mulig.

Hva er omfanget av toksoplasmoserelatert fosterskade?

Det har i løpet av de siste årene vært utført prevalens- og insidensstudier av toksoplasmasmitte blant gravide i Norge (5), Danmark (6) og Finland (7). Disse studiene har alle vist at antallet gravide som smittes i løpet av svangerskapet er mindre enn 5 av 1 000 smittemottakelige, det vil si personer som ikke tidligere har gjennomgått infeksjon (antistoffnegative). Omtrent 90% av norske (5), 70% av danske (6), 80% av finske (7) og 25% av franske gravide (8) er smittemottakelige.

Det er få studier av transmisjonsraten til fosteret hos ubehandlede smittede mødre. Beregninger av transmisjonsraten varierer fra 10 til 60% (9,10). Bortsett fra en positiv sammenheng med gestasjonstid (10), er det lite kunnskap om faktorer som påvirker transmisjonsraten. Andelen smittede barn som har skader ved fødselen er usikker, fra 7 til 20% er rapportert (10,11). Dette spriket kan skyldes ulik utvelgning av stu-

diepopulasjonen, ulik praksis med hensyn til induserte svangerskapsavbrudd og ulike rutiner for oppfølging og diagnostisering. Det har også vært rapportert om progredierende sykdom etter fødsel (12). Det har imidlertid ikke vært utført populasjonsbaserte oppfølgingsstudier av smittede barn. Det er derfor ikke sikkert kjent hvor stor andel smittede barn som får varig funksjonsnedsettelse.

Hvor mye kan forebygges?

Behandling kan forbedre barnets prognose enten ved redusert transmisjonsrate eller ved redusert grad av skade hos fosteret når transmisjon av parasitten har funnet sted. Det er ikke utført randomiserte, kontrollerte studier av effekten av antiparasittær behandling til mor med hensyn til smitteoverføring til fosteret. Studier hvor behandling er gitt i svangerskapet, gir ulike tall for transmisjonsraten fra 7 til 33% (8,13,14). Studier av behandlede kvinner sammenliknet med ikke-behandlede (historiske kontroller) viser ulike resultater, fra en redusert transmisjonsrate til fosteret på 50% (9) til ingen behandlingseffekt (8). Det finnes heller ingen gode studier av behandlingseffekten med hensyn til alvorlighetsgrad av fosterskade.

Et vellykket screeningprogram er avhengig av stor oppslutning. Screening for smitte av *T. gondii* forutsetter gjentatt antistofftesting av seronegative kvinner samt testing av smittede kvinners fostre og levende fødte barn. Antiparasittær behandling bør igangsettes så snart som mulig etter diagnose. I Frankrike anbefales seronegative gravide kvinner testing hver måned. I den norske toksoplasmosestudien ble det anbefalt at kvinnene skulle testes tre ganger i løpet av svangerskapet. Et slikt omfattende testprogram krever motivasjon og kunnskap både hos gravide kvinner og helsepersonell, samt et helsevesen som kan ta hånd om smittede uavhengig av bosted.

Siden det er usikkerhet knyttet til omfanget av skade som kan tilskri-

ves toksoplasmosen og til forebyggingspotensialet, er det vanskelig å beregne nytteverdi av screeningprogrammer.

Ulemper ved screening

I tillegg til de økonomiske kostnadene ved toksoplasmascreening, kan screening også medføre psykologiske og etiske kostnader. I et lavinsidensland som Norge vil man, selv med en spesifisitet av antistofftestene på 99%, initialt diagnostisere flere falske enn sanne positive tilfeller. En falsk positiv test kan medføre engstelse selv om diagnosen avkrefte. Noen kvinner kan tenkes å velge provosert abort som følge av screeningresultatet. I så fall kan friske fostre aborteres. For gravide kvinner som med sikkerhet er smittet vil avgjørelser om svangerskapsavbrudd være vanskelige, blant annet fordi vi i liten grad kjenner de kliniske konsekvenser av fostersmitte. Også risikoen for bivirkninger av behandlingen hos fosteret og hos den gravide må vurderes. I tillegg kan fostervannsprøver som tas for toksoplasma-diagnostikk av fosteret være forbundet med risiko for spontanabort.

Konklusjon

De fleste mennesker ønsker at de barna de får, skal være friske. Helsevesenet bør i den grad det er mulig, bidra til å forebygge medfødte misdannelser. Screening for en sykdom bør likevel bare innføres hvis den samlede nytteverdi er større enn ulempene. Det finnes foreløpig for lite kunnskap til å kunne beregne både nytteverdien og ulempene ved toksoplasmosescreening. Derfor mener jeg at det ikke er tilrådelig verken å innføre generell screening eller utføre tilfeldig individuell testing av gravide.

Litteratur

1. Kapperud G, Jenum PA, Stray-Pedersen B, Melby KK, Eskild A, Eng J. Risk factors for *Toxoplasma gondii* infection in pregnancy. Results of a prospective case-control study in Norway. *Am J Epidemiol* 1996;144:405-12.

2. Hall SM. Congenital toxoplasmosis. *BMJ* 1992;305:291-7.
3. Multidisciplinary Working Group. Prenatal screening for toxoplasmosis in the UK. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 1992.
4. Conyn van Spaendonck MAE. Prevention of congenital toxoplasmosis in the Netherlands. Bilthoven: National Institute of Public Health and Protection, 1991.
5. Forebygging av medfødt toksoplasmosen i Norge. Prosjektrapport. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1996.
6. Lebech M, Petersen E. Neonatal screening for congenital toxoplasmosis in Denmark: presentation of the design of a prospective study. *Scand J Infect Dis* 1992;84 (Suppl):75-9.
7. Lappalainen M, Koskela P, Hedman K, Teramo K, Ämmälä P, Hiilesmaa V, Koskinen M. Incidence of primary toxoplasma infections during pregnancy in Southern Finland: A prospective cohort study. *Scand J Infect Dis* 1992;24:97-104.
8. Jeannel D, Niel G, Costagliola D, Danis M, Traore BM, Gentilini M. Epidemiology of Toxoplasmosis among pregnant women in the Paris area. *Int J Epidemiol* 1988;17:595-602.
9. Henri T, Senterre J, Rene L. Twenty-two years screening for toxoplasmosis in pregnancy: Liege-Belgium. *Scand J Infect Dis* 1992; 84(Suppl):84-85.
10. Desmond G, Couvreur J. Congenital toxoplasmosis. A prospective study of the offspring of 542 women who acquired toxoplasmosis during pregnancy. pathophysiology of congenital disease. In: Thallhammer et al. Perinatal medicine: sixth European Congress. Stuttgart: G.Thieme, 1979:51-60.
11. Guerina NG, Hsu HW, Meissner HC, Maguire JH, Lynfield R, Stechenberg B et al. Neonatal serologic screening and early treatment for congenital toxoplasma gondii infection. *N Engl J Med* 1994;330:1858-63.
12. Koppe JG, Loewer-Sieger DH, De Roever-Bonnet H. Results of 20-year follow-up of congenital toxoplasmosis. *Lancet* 1986;101:254-5.
13. Daffos F, Forestier F, Capella-Pavlovsky M, Thillies P, Aufrant C, Valenti D et. al. Prenatal management of 746 pregnancies at risk for congenital toxoplasmoses. *N Engl J Med* 1988;318:271-75.
14. Hohlfield P, Daffos F, Costa J-M, Thulliez P, Forstier F, Vidaud M. Prenatal diagnosis of congenital toxoplasmosis with polymerase-chain-reaction test on amniotic fluid. *N Engl J Med* 1994;331:695-9.

Kjære Utposten-lesere!

Noen av dere kjenner jo til helge-lyrikk fra Skotselv på Eyr – allmenn-medisinernes diskusjonsforum på internett – (eyr@uib.no). Interessen for lyrikk har vist seg å være en meget smittsom tilstand, og da Tone Skjervén i den nye redaksjonen i UTPOSTEN spurte om jeg kunne være førstemann ut i en lyrikkspalte, ble jeg jo både glad og beæret. Klart jeg ville det!

I dag er det søndag, det er sen søndag morgen, det er høy himmel ute, ti grader kaldt, og holkeglatt uten mulighet for skitur. Solen skinner inn gjennom det isolerende glassvinduet og blottlegger en stjer-netåke av husstøvmidd på sin ferd gjennom kjøkkenet bort til den lunende flammen i ildstedet.

Frokostbordet er dekket på lang-bordet, levende lys, og den arm-kroken jeg har tydd inn i «gjennom alle de ti-år» og jeg deler denne stunden med den dagligdagse sam-talen, med refleksjoner over kom-mende ukes gjøremål både på jobb og i fritid.

Men så er det som vi stopper noe opp og lytter. Brahms C-Dur symfoni har plass i lydrommet, og idet 3.satsen klinger ut med den vakre fiolinsoloen, søker hender over bordet, vi kjenner hendenes innsi-der, og vi blir oss bevisst varmen og nærheten der og da som gjør at stunden blir noe utover den vanlige frokoststunden. Hvorfor blir det slik? Ja, si det. Vi har vel alle opplevd slike gyldne øyeblikk uten helt å vite hvorfor det blir slik. Lyrikkvalget gir seg da på en måte selv. Olav H. Hauge har skrevet et skjellsettende dikt som har betydd mye for meg gjen-nom både gleder og sorger, der han håper «at noko vedunderleg skal skje».

Diktet heter

Det er den draumen

og ble utgitt i «Dropar i austavind», 1966.

Det er den draumen

*Det er den draumen vi ber på
at noko vedunderleg skal skje,
at det må skje –
at tidi skal opna seg,
at hjarta skal opna seg,
at dører skal opna seg,
at kjeldor skal springa –
at draumen skal opna seg,
at me ein morgenstund skal glida inn
på ein våg me ikkje har visst um.*

Det vil bli en fin søndag!

Beste hilsen fra Sten Erik i Skotselv

Stafetten sendes videre til

Aileen Opdahl i Tromsø. Som

den lyrikkelsker du er, blir

det vel mer et spørsmål om

valgets kval enn det å finne

et egnet dikt.

Lykke til!

En lyrisk stafett

Vi i den nye redaksjonen i Utposten er blitt smittet av lyrikkbasillen og oppretter der-for en lyrikkspalte i bladet. Smittekilden er nok først og fremst kollega Sten Erik Hessling og hans «Helgelyrikk fra Skotselv», det ukentlige høyde-punkt for alle som følger med på Eyr – allmennlegenes disku-sjonsliste på Internett. Her har han ukentlig forsynt oss med dikt vakkert innhyllet i små his-torier fra arbeid og fritid.

Ved opprettelsen av en lyrikkspalte i Utposten håper vi å få flere lyrikkelskere ut av skapet. Vi starter derfor lyrikk-stafetten. Og hvem andre enn Hessling skulle vi invitere til å ta første etappe?

Vi vil, i god Hesslingsk ånd, at stafettløperne skal presente-re stemninger, tanker eller assosiasjoner rundt et dikt som har relasjon til livet og livet som doktor – noe som har rørt ved en streng, noe som har fått litt ekstra betydning eller oppmerksomhet og som en ønsker å dele med andre. Slike stemninger kan gi oss innsikt vi ikke har hatt før, en opplevelse av gjenkjennelse, en ny erkennelse. Eller som Inge Eidsvåg skriver sin bok «I livets labyrint»: «Poesien er til-værelsens guddommelige smil, som spenner en regnbue over grå dager og gjør livet til å holde ut».

Poesiens kall, skriver Milan Kundera, er å sørge for at et øyeblikk av tilværelsen blir uforglemmelig og verdig en uutholdelig lengsel.

Velkommen!

Tone Skjervén – lagleder.

En ny måte å bruke edb-journalen og andre edb-program på?

Radio-baserte nettverk har vært tilgjengelig i noen år – slik at brukere med bærbar PC kan bevege seg i en radius på noen hundre meter fra nærmeste sende-mottaker-stasjon i nettverket (LocalAreaNetwork). Tanken med slike radiobaserte nettverk har vært å slippe ny nettverkskabling når vegger flyttes og kontorinnredningen forandres. Radionettverkene har hatt ord på seg for å være litt trege i responstid.

Et nytt konsept og videreutvikling i denne teknologigata er «Winterm Wireless 2930» – en trådløs bærbar terminal uten tastebord. Terminalen er tynn, veier 1,5 kg og har en LCD VGA-skjerm med oppløsning på 640x480 med 256 farger.

Første gang jeg hørte om denne trådløse terminalen var på et heldagsseminar om sykehusjournaler. Der ble en tidligutgave av systemet såvidt nevnt. En fylldig omtale av en ferdigutviklet løsning kom jeg over i Windows NT Magazine Desember 1997 (www.winntmag.com).

Primært er dette en løsning som passer for sykehjem og sykehus, men også på primærlegekontoret kan en slik løsning være et alternativ til stasjonære PC'er på alle arbeids-

plasser. Alle på kontoret kan ha sin bruker-terminal i lommen eller under armen og bruke den på sin arbeidsplass og på skadestuen, laboratoriet, i resepsjonen, på venterommet, lunshrommet og andre nevnelige og unevnelige plasser – nesten på samme måte som vi «i gamle dager» tok A4-papir-journalmappene med oss – og være pålogget lokalnettet hele arbeidsdagen. E-post, epikriser, labsvar, henvisningsbrev – alt.

Winterm Wireless 2930 har batterikapasitet for 8 timers sammenhengende arbeid før den må lades. Den har trykksensitiv skjerm og programvaren kan klare skriftgjenkjenning, peking med finger eller pekepenn («pekepin»?), og skjermen kan også illudere et tastebord. Alternativt kan et vanlig tastebord kobles til.

Det må installeres egen server-programvare: WinFrame som kan håndtere 16 og 32-bitsprogrammer (Dos, Windows 3.1, Windows 95 og Windows NT), videre en eller flere trådløse «hub»-er – avhengig av hvor stort område brukerne skal bevege seg på og et programverktøy som kalles «CruiseConnect» som tar seg

av forbindelsen mellom Winterm terminalen og serveren og også holder styr på forbindelsen når brukeren beveger seg fra området til en hub til den neste i lokalområdet.

Redskapen beskrives som spesielt flott til arbeidsoppgaver i browsermiljø. Går utviklingen slik som en del ønsker vil vi få journalløsninger med browsergrensesnitt om ikke så alt for lang tid.

Et nettverk med tilkobling for en eller flere Winterm Wireless-terminaler kan parallelt også betjene vanlige PC'er og bruker IPX og TCP/IP nettverksprotokoll. Selve installasjonen og oppstarten sies å være like enkel som å installere en Windows NT-server. I USA selges en startpakke bestående av server-program for Intelbasert server + en hub + CruiseConnect + en terminal for \$ 2700. Hvorvidt det finnes noen som forhandler systemet i Norge vet jeg ikke, men mer informasjon finner du på: <http://www.wyse.com>.

Til sist: Husk at hele Utposten kan leses på: <http://www.uib.no/isf/utposten/utposten.htm> – alt i søkbar tekst.

John Leer

Når nettene blir lange...

UTPOSTENS edb-spalte

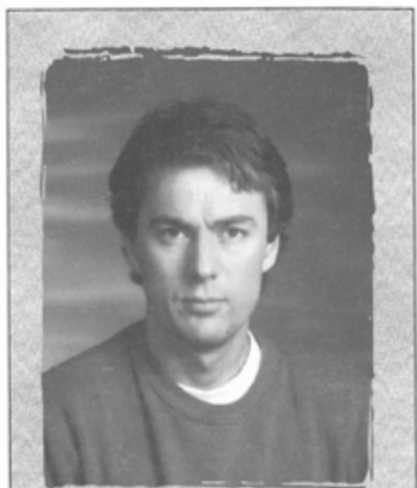
med spørsmål, svar og synspunkter om edb og relaterte emner.

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

Om den tyrkiske legen ... og oss



Harald G. Sunde
Født i Oslo 1957, legeutdanning fra Dublin 1983. Sendt til Finnmark på dårlig turnusnummer i 1984, og har bodd i Kirkenes siden den tid (med unntak for tre år i Tromsø, der han ble en evig og tro entusiast av fastlegesystemet). Spesialist i allmennmedisin 1992. Deltaker på Sør-Varangers vinnerlag i Finnmark Legeforenings skilassostafett 1997 (1). Lokalpatriot og hissigpropp.

Broder Knut på telefonen fra Oslo: «Hei, nå står vi på reisefot til Tyrkia, skal ha en ukes etterlengtet ferie der nede, kona og alle tre barna gleder seg, har du noen gode råd når det gjelder forholdsregler mot sykdom i Syden og evt behandling?»

Legebror Harald: «Hvis noen av ungene får reksjuka så ikke la noen leger prøve seg med antibiotikabehandling! God tur!!»

Fire dager seinere: Broder Knut på en sprakende telefonlinje fra Tyrkia: «Eldstejenta Nora begynte å kaste opp to dager etter ankomst her, og etter at hun hadde kastet opp i ett i to dager og vært i ganske dårlig form, kontaktet vi hotellets lege, en myndig kvinne i 50-årene. Nå har

jeg fått to flasker med medisiner her hvorav den ene er mot kvalme og den andre er antibiotika. Jeg sa til legen at jeg ikke ville at Nora skulle bruke antibiotika, men legen var svært myndig og gav meg klar melding om at det var hun som var legen og at det var hun som satt med ansvaret. Hvis Nora ikke er frisk imorgen, bærer det inn til sykehuset, ifølge legen. Hva skal jeg gjøre?»

Legebror Harald: «Bruk kvalmetablettene hvis hun er kvalm, ikke bruk antibiotikaen!»

Broder Knut på dårlig telefonlinje neste dag: «Nora er blitt bedre idag selv om vi ikke gav henne antibiotikaen. Vi hadde en ny konsultasjon og samtale med hotellets lege idag. Hun fortalte at hun vanligvis ikke gav tyrkere antibiotika mot omgangssyke, men siden hun var vant med at turister alltid krevde umiddelbare tiltak i form av antibiotika, hadde hun gitt dette også til Nora.»

Broder og jeg avsluttet telefonsamtalen felles hoderystende over denne tyrkiske legen som skrev ut medisin ut fra hva hun trodde pasientene forventet, framfor å holde på det hun mente/visste var god medisin.

Innlegget til Utposten kunne her ha vært avsluttet med en festtale om den Nord-Europeiske korrekte medisin (med geografiske gradienter over antibiotikaresistens som bevis), etterfulgt av et arisk fnys over udugelige Sør-Europeiske leger eksemplifisert ved denne tyrkiske kollegaen. Men så kom tankene etterhvert inn på vår egen kliniske hverdag – hva gjør vi norske leger når kundenes/pasientenes forventninger stilles opp mot våre egne faglige kunnskaper?

Når den kvinnelige pasienten kommer med sin onde nakke og sine onde skuldre og ønsker rekvisisjon til

fysioterapi – tar vi da en grundig prat med henne og ventilerer mulighetene for at plagene kanskje kan være forårsaket av stress, unger, sjef og ektefelle og neppe av fysisk hard belastning som må knas opp av fysioterapeut?

Når pasienten kommer for nyutskrivning av resept på sine B-preparater – får han/hun da en samtale om alle ulempene og potensielt farlige bivirkningene ved langvarig benzosiazepinbruk (særlig hos eldre) og en plan for nedtrapping?

Når fibromyalgipasienten kommer og forteller at hennes jobb gir henne smerter og at hun må over på langtidssykemelding og uføretrygd – legger vi oss da i selen for å skissere alternativer (siden de fleste av oss vet at lykken neppe ligger i uføretrygd i en alder av 40 år)?

Og når foreldrene kommer med sitt øresting-barn der du ser en moderat injisert trommehinne og vet at dette bør behandles med paracetamol og ekspektans, bruker vi alltid tid på å forklare foreldrene at dette barnet ikke trenger antibiotika?

Eller skriver vi ut fysioterapireskvisjoner, resepter, sykemeldinger, B-preparater, antibiotika og uføretrygd fordi konsultasjonen går raskest og greiest unna når kundene får det de forventer (– eller det vi tror at de forventer)? (I tillegg til at konsultasjonen går raskt unna får vi jo også «spin-off»-effekter slik som tilfredse kunder, god omtale på bygda, og vi kommer tidnok hjem til middag og fotballkampen på TV.)

Den tyrkiske legen og hennes norske kolleger – jeg tror dessverre at vi har mye til felles.

Litteratur:

1. P Prydz. Ny kursform prøvd i Finnmark. Utposten nr. 5 1997.

Zantac (ranitidin) og effekt på sæd

Henvendelse fra en allmennpraktiker til RELIS 3, 22. oktober 1997

Legen har en pasient som er odels-gutt, og som bruker Zantac (ranitidin) 150mg x 2 som langtidsbe-handling. Pasientes far er bekymret for denne behandlingen med tanke på slekten videre på gården.

Svar fra RELIS 3:

Gynekomasti og impotens kan opp-tre ved langtidsbehandling med store doser cimetidin (1). Slike bivirkninger regnes som reversible, doseavhengige og mindre vanlige (2,3). Dette er foreslått å skyldes antiandrogene egenskaper ved medikamentet og medieres sannsynligvis via binding til androgene reseptorer. Redusert antall sædceller og høyt nivå av pro-laktin er også rapportert ved bruk av cimetidin (4).

Sjeldne tilfeller av impotens er rapportert ved bruk av ranitidin, men incidensen har ikke vært forskjellig fra den man finner i den generelle

befolkning. Medikamentet har i tillegg blitt brukt med god effekt hos pasienter med gynekomasti og impotens etter bruk av cimetidin, uten at symptomene kom tilbake (5). Sammenlignet med cimetidin hevdes ranitidin ikke å være antiandrogen (4). Ranitidin har også vist å ha små eller ingen effekter på serumkonsen-trasjoner av testosteron, LH, FSH og østradiol (6). Stoffet har vist å ha liten effekt på motilitet, morfologi og antall sædceller, seksuell opp-hisselse eller ejakulasjon (6). I dyre-studier fant man ingen tegn til ned-satt fertilitet i rotter av begge kjønn som fikk ranitidin i doser opp til 1800 mg/kg daglig (tilsvarer 18 gan-ger anbefalt human dose basert på en kroppsoverflate på 1.46 m²) (6).

Konklusjon:

Ranitidin har liten eller ingen effekt på sædkvalitet.

Referanser:

1. Norsk legemiddelhåndbok for helse-personell 1996-97:551.
2. Felleskatalogen 1996/97:1291-2.
3. FASS. Läkemedel i Sverige 1997:1043-4.
4. Dukes M.N.G., editor. Meyler's Side Effects of Drugs 1992:12th. ed.:941-3.
5. Drugdex. Drug Evaluations. Ranitidi-ne. Micromedex database 1974-1977:vol.94.
6. McEvoy GK. American Hospital For-mulary Service (AHFS) Drug Informa-tion 1997:2304-12.

Jan Schjøtt, dr. med

RELIS 3

Regional legemiddel – informasjonstjenesten

Haukeland Sykehus Apotek

Pb. 1, 5021 Bergen

Regionalt legemiddelinformasjons-senter (RELIS) er et tilbud til helsepersonell og skal formidle produsentuavhengig lege-middelinformasjon. RELIS besvarer spørsmål om legemidler fra bl.a. leger, tannleger og farmasøyter. Foreløpig er det opprettet RELIS i helseregionene 2 og 3, i samarbeid med henholdsvis Riks-hospitalet/Rikshospitalets apotek og Haukeland sykehus/Haukeland syke-husapotek. Nedenfor er det gjengitt et spørsmål til RELIS som kanskje kan være av interesse for Utpostens lesere.

? RELIS

FLYPROSJEKTET

Regin Hjertholm
Født 20.05.60
Spesialist i allmennmedisin
Medisinsk embedseksamen i
Bergen 1986
Allmennpraksis siden 1988
Eidsvåg legekantor i Bergen
siden 1990.

Arbeidet med kunstnerisk foto-
grafi siden 1979.
Medlem av kunstnerorganisa-
sjonen; Forbundet Frie Foto-
grafer
Flere separatutstillinger og en
rekke kollektivutstillinger
Bilder til flere konserter og
egne TVprogrammer.
Innkjøpt av Norsk Fotografisk
Museum.

Flyprosjektet er en **kunstutstilling**
med 18 store bilder (2x2 meter) av
svevende mennesker i et mørkt vis-
ningsrom fylt med musikk.

Flyprosjektet er en vandrestil-
ling. Den er vist under kulturdagene
i Sauda i en kraftstasjon i fjellet, i
Fredrikstad kunstnersentrum og
Tromsø Kunstforening. Den kommer
til Stavanger kunstforening mars-



flyprosjektet

fotografi regin hjertholm + svein ove kirkhorn + bjørn-eivind årtun
musikk nils petter molvær

april 1998 og Ber-
gen kunstforening
høsten 1998.

Flyprosjektets
bilder er laget av
Bjørn-Eivind
Årtun, Svein Ove
Kirkhorn og Regin
Hjertholm, og bil-
dene er signert av
alle tre. Musikken
er laget av Nils
Petter Molvær.

Flyprosjektet er
mere enn den

endelige utstillingen. Det er også et
prosjekt hvor prosessen har vært
svært viktig. Det er utforsking av
uttrykk som oppstår når mennesker
faller og svever fritt i virkeligheten
(1800 hopp og like mange negati-
ver). Det er brukt flere år på å finne
metoder som gir modellene frihet og
trygghet i luften uten fare. Det er
gjort tester med strikkehopp, korset-
ter, klatreutstyr, trampoline, fritt
hopp fra stillas, brannseil, turngro-
per, akrobatbelter o.l. før en fant den
endelige teknikk. Flyprosjektet er
realisering av ønsket om at flere



bygge på den enkelte persons kvaliteter den dagen det enkelte bilde ble tatt.

For meg personlig som allmennpraktiker, er prosjektet en måte å reflektere over alle pasientkontakten jeg har hatt. Jeg synes stadig pasientene viser meg ulike kvaliteter og variasjoner ved oss mennesker, jeg fascineres av personene og deres historier, noe av dette håper jeg går igjen i bildene.

**styrte
rase
tumle
drive
suse
sveve
stige**

kunstnere med erfaring fra ulike teknikker skal kunne samarbeide og inspirere hverandre i arbeidet for et felles produkt. Flyprosjektet prøver også ut om kunst som ikke er bestilt kan brukes i kommersiell sammenheng og overleve økonomisk uten at det ødelegger den kunstneriske ver-

di. Vi har opplevd Flyprosjektet som et sterkt møte mellom fire kunstnere og 70 amatører i et «rart rom» hvor det er lagt til rette for spontanitet og improvisasjon innenfor gitte rammer. Vi har søkt å



BOKANMELDELSE:

Øivind Ekeberg

DET ER IKKE FARLIG Å FLY

Om behandling og forebygging av flyskrekk

Universitetsforlaget 1997
Pris 108 NK

Ikke det ?!

En gang for noen få år siden oppdaget jeg et stort hull i siden på kveldsflyet fra Trondheim til Oslo idet jeg gikk ombord. Heldigvis fikk jeg sagt fra til flyvertinnen som i sin tur varslet teknisk personell. Slutten på historien er bare kjedelig og skal ikke røpes her. Flyet kom frem i bes-

te velgående – selvsagt – uten andre hull enn de som skal være der.

Denne boken er altså skrevet for sånne som meg. Som gjerne vil delta i det moderne livet – flyreiser forutsatt – men som får litt av moroa ødelagt fordi det er så intenst skummelt å ta av fra bakken. Det hjelper lite at vi (beskrevet i avsnittet «De flyredde personlighet», s 62) «har et livlig og rikt fantasiliv, og er ganske ressurssterke» når vi likevel skal dø.

Vi er mange. I følge forfatterens egne undersøkelser er 46% av alle nordmenn av og til redde for å fly, 24% er alltid litt redde mens 5% aldri flyr på grunn av redsel. 14% av kvinnene og 3 % av mennene har det som kan klassifiseres som flyfobi. At kvinner er redde enn menn tolkes hypotetisk velvillig av forfatteren som en slags genetisk ansvarlighet. (Det antydes videre at en tilleggsforklaring – forsåvidt konsistent med det foregående – kan være at damene ikke drikker seg like drita på gratis flysprit som mennene...)

Øivind Ekeberg er overlege i psykiatri ved Klinikk for akuttmedisin, Ullevål sykehus, og professor i medisinske atferdsfag ved Universitetet i Oslo. Siden 1983 har han i samarbeid med Braatens SAFE drevet kurs for flyredde passasjerer. Boken bygger

på erfaringer fra dette arbeidet og beskriver inngående de metoder som tas i bruk ved behandling av flyskrekk.

Boken er liten – 100 sider – og stramt redigert. Forfatteren redegjør for statistisk risiko for å falle ned, tekniske forhold ved fly og aerodynamikk, litt om flypersonellets kompetanse, om psykologiske mekanismer bak redsel og trygghet og endelig gjennomgang av metoder som kan tas i bruk for å mestre angsten. Det er mye fagstoff – medisinsk og flyteknisk – og Øivind Ekeberg skal ha ros for sin evne til å skrive forståelig norsk uten at det svekker inntrykket av faglig tyngde – snarere tvert om. Alfa og omega for en bok som dette er å beholde troverdighet hos den mistenksomme leser. (Her er min innledende mistanke: Er forfatterens egentlige ærend å skaffe Braatens SAFE flere passasjerer ?) Min tillit til forfatteren vokste i alle fall løpet av lesingen.

Om fire dager skal jeg og mine fire barn – som jeg elsker høyt – fly sammen for første gang. Til det forjettede Syden. Det gleder jeg meg til. Syden. Ikke flyturen. Men det var fint for meg å lese denne boken nå, og jeg anbefalte den varmt til min (surprise !) flyredde eldstedatter på 15 år. Hun sa etterpå anklagende: «Mamma. Eg blei enda reddare av den boka. Det står at det dett ned eitt fly kvar måned...» Med andre ord: En bok for den voksne opplyste redde allmennhet.

Elisabeth Swensen



Ny fast spalte: LES DENNE !

UTPOSTEN har mange leseglaude lesere. Redaksjonen vil gjerne at bladet skal gi inspirasjon og kunnskap i vid forstand. Så i tillegg til vanlige bokmeldinger vil vi åpne for at kolleger kan fortelle hverandre om en bok de har lest og blitt glad i, opprørt av, grått over... Og her er det fritt valg i alle hyller: romaner, poesi, fagbøker, tegneserier. Spalten blir organisert som en stafett. Det betyr at du som blir utfordret og skriver også tar ansvar for å utfordre neste bokelsker.

Stig Claesson På palmlblad och rosor

Bokgaver er en egen form for kommunikasjon: betydningsfull i dobbel forstand, personlig og ikke uten en viss risiko.

Jeg hører til de heldige som har det fint med folk på jobben, noen er jeg blitt svært glad i. En av disse ga meg min første Stig Claesson-bok: «Vem älskar Yngve Frej» for et par år siden. Ganske enkelt fordi han fikk lyst til det, tror jeg. Lesingen ble en sann svir. Så ga jeg boken videre til en venn som begeistret ga den videre til en venn – Pluss at han kvitterte med en ny Claesson til meg: «På palmlblad och rosor».

Jeg tenker meg at det er akkurat slik disse bøkene blir kjøpt, lest, gitt videre, elsket. For ingen skal påstå at han er blitt særlig markedsført på denne siden av kjølen. Gyldendal sluttet å oversette ham sent på 70-tallet, men du kan få kjøpt originalutgavene på Norli og Tronsmo i Oslo til spottpris enn så lenge.

Stig Claesson – svenskenes folkelige kulturfatter «Slas» – er en sky person. En av de få som har fått intervjuet ham er journalist i Klassekampen, Anders Ericson, som besøkte ham hjemme på småbruket i de øde grensetraktene mellom Västergötland og Småland i fjor høst. I sin introduksjon til uinvidde norske lesere beskriver Ericson forfatteren slik: «En blanding av Kjell Askildsen og Arild Nyquist, med innslag av fol-

kelivsskildrerer Kjell Aukrust.» Claessons hovedreferanser er «barnrikehuset» på Söder i Stockholm der han vokste opp, og skomakerhuset på landet der familien hadde sine røtter. Han har skrevet mange bøker (noenogseksti). Et gjennomgangstema er den brutale omstruktureringen av Sverige etter krigen, med en systematisk nedbygging av svenska gläsbbygden. «Morfaren min fikk verdsatt bruket sitt til sjuhundreogfemti kroner. Året etter ga han det dobbelte for et flyfoto av kåken.»

«På palmlblad och rosor» handler om eldreomsorg, distriktpolitikk og kjærlighetens vilkår i videste forstand. Hovedpersonen – Proppen Oskarsson – er en typisk Claessonsk antihelt. En dag finner han en gammel kone liggende alene i en liten stue langt ute på landet, lam og stum. Hans ærend er å levere en skjøteledning til fjernsynet. Problemet er ikke at den gamle er vanstelt. Tvert imot. Hun har vært stelt av noen som elsker henne. Noen som har hatt tid til å kjempe hennes lange hår og gitt henne «kalvsylta, aprikoskräm och brännvin». Har vært stelt. Med Proppen Oskarsson og skjøteledningen innhentes gamlemor av moderniteten, fjernsynet («Stackars alla lama jävlar som sitter inlåsta i små mörka rum med en påslagen teve vars

ljud är för högt och vars bild är suddig, och programmet totalt obegripligt!») og den barmhjertige død.

Mens jeg skriver, tenker jeg plutselig at stemningen i Stig Claessons bøker minner meg om den norske filmen «Budbringeren». De som har sett filmen skjønner nok hva jeg mener, de andre får godta at jeg ikke finner brukbare ord.

Elisabeth Swensen



Jeg utfordrer kollega Anna Stavdal ved St.Hanshaugen helsesenter i Oslo til neste nummer av UTPOSTEN.

Turnusutdannelsen i allmennmedisin

Sammendrag:

Turnusutdannelsen i allmennmedisin er for dårlig. Den er ustrukturert og av sterkt varierende kvalitet. Det finnes ingen håndbok for turnuskandidatene og intet fast undervisningsprogram. Forslaget til forbedring av turnusutdannelsen fremsettes.

Den medisinske turnusutdanning har i lange tider vært avsluttet med 6 måneders tjeneste i allmennpraksis. Denne del av legeutdannelsen er ment å gi kandidatene en innføring i den allmennmedisinske hverdag med sine særlige arbeidsteknikker og sine spesielle vilkår.

Allmennmedisin er et vanskelig og krevende fag. Sykdomspanoramaet er formidabelt – fra banalitet til livstruende tilstander. Allmennlegene ser ofte sykdommene i tidlig fase hvor presis diagnose ikke er mulig og hvor pasientene ikke er i stand til å gi symptomene navn. Mulighetene for å bli villedet er mangfoldige, og det kan være vanskelig nok selv for erfarne leger å håndtere mange av de problemer som man konfronteres med i allmennpraksis.

Enda verre er det for turnuskandidatene

Fra en hospitalverden med konkrete og veldefinerte sykdomstilstander, kastes de ut i en verden med diffuse plager, uløselige problemer og byråkratiske prosedyrer. Den faglige og menneskelige hjelp de får varierer sterkt (1), (2). Enkelte turnuskandidater står alene med store legedisrikter og med lite støtte. De faglige kurs turnuskandidatene tilbys er fylkeslegekurs med foredrag om legelov og paragrafer. Alle mine turnuskandidater har gjennom årene vendt

frustrerte og hoderystende tilbake fra disse fylkeslegeseanser.

Turnusutdannelsen i allmennmedisin bør forbedres, og det må være DNLf og de allmennmedisinske instansers oppgave å etablere en forbedring. Johnny Mjell i APLF foreslo allerede i 1994 at Legeforeningens utdanningsavdeling skulle styre turnustjenesten, og bl.a. etablere gruppeveiledning for turnuskandidater (3).

Ved å forbedre enkelte deler – og etablere nye elementer i turnusutdannelsen, kan turnuskandidatene få en tilfredsstillende og strukturert utdanning i allmennmedisin, og følgende forhold foreslås styrket, henholdsvis utarbeidet:

1. Turnuslegepraksis
2. Utdanningshåndbok i allmennpraksis for turnuskandidater
3. Gruppebasert undervisning av turnuskandidater
4. Intensive kurs i allmennmedisin for turnuskandidatene

Ad. 1. Legepraksis med turnuskandidater bør oppfylle særlige krav til tutorlege, personale og praksisorganisasjon. Det bør være en kvalitet i seg selv å være tutorlege. I praksistiden bør turnuskandidater følge et teoretisk og praktisk rammeprogram.

Ad. 2. En utdanningshåndbok for turnuskandidater bør utarbeides på bakgrunn av de mest sentrale temaer i Linn Getz' og Steinar Westins håndbok for spesialistutdannelsen i allmennmedisin. En arbeidsgruppe bør utvelge og tilpasse de mest sentrale emner av boken (4).

Ad. 3. Den fremtidige Utdanningshåndboken for TK bør gjennomgå i grupper av 5–8 turnuskandidater på samme måte som i veiledningsgruppene til spesialistutdanningen.

Ad. 4. Turnuskandidatene bør gjennomgå to intensive ukekurs i allmennmedisinsk teori og praksis etter 1–2 mnd. og etter 4–5 mnd. Det første kurset bør supplere og understreke vesentlige arbeidsprinsipper i allmennmedisin og inkludere det vaktlegekurs som er under forberedelse (5). Dette første kurset bør være på 5 døgn og legges så tidlig i turnustiden at kandidatene har noe praktisk erfaring å «henge» kurset på. Det andre kurset bør plasseres etter 4–5 mnd. Det bør repetere sentrale temaer og suppleres med temaer om lege-pasientforholdet og legens forhold til samfunn og rettsvesen.

De nåværende fylkeslegekurs bør avskaffes i sin nåværende form. Disse kurs er beryktede blant turnuskandidater for sin kjedsommelighet i innhold og presentasjon. Fylkeslegekursene er i dag plassert på et tidspunkt hvor kandidatene er motivert for å lære klinikk – og ikke å høre på byråkraters gnåling om legelov og kvalitetssikring. Turnuskandidatene kan oppleve sosionomer og sykepleiere lese opp av rundskriv og lov-bøker. Deretter kommer byråkrater og jurister som påfallende ofte synes å være mest interessert i å skremme turnuskandidatene med legelov og paragrafer. Erfarne leger bør nå stå sammen og gå til frontlangrep på byråkratenes og skrivebordslegenes undergraving av turnuskandidatenes glede over faget. Unge legers forhåpninger skal ikke ødelegges av mørke krefter og sure byråkrater.

En forbedring av turnusutdannelsen i allmennpraksis er primært et spørsmål om allmennmedisinsk fagutvikling og pedagogikk, men det er også et spørsmål om menneskelig støtte til våre unge kolleger på et vanskelig tidspunkt. Det er dypest

sett et spørsmål om kollegialitet og alminnelig anstendighet.

Nils Carl Lønnberg

Kommunelege i Sandøy
P.b. 124, 6427 Harøy

Ref.

1. K. Løtveit & E. Straume: Bildet av legen... Utposten 1993;4,147-149
2. T. Hagestad: Finnes det en fremtid for turnuskandidaten. Utposten 1996,258-259
3. Jo Heldaas: Gruppeveil. for turnuskandidater Tidsskr.Nor.Lægefor 19, 1996,2361
4. L. Getz & S. Westin: Håndbok for spesialistutdanningen i allmennmedisin 1996
5. A. Østensen & N.C. Lønberg: Forslag om vaktlegekurs, Utposten 1996,206-207.

Spesialistkurs i samfunnsmedisin Kommunelegekurset 1998

Årets kurs blir arrangert på Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa) i Oslo **mandag 24. august – fredag 27. november 1998 (14 uker)**. Kurset dekker kravene til teoridelen av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin, og teller også som spesifiserte kurs i spesialistutdanningen i allmennmedisin med i alt 175 timer innen videreutdanningen eller 180 timer innen etterutdanningen.

Som kjent har man arbeidet med planer om et masterstudium i folkehelsearbeid ved Universitetet i Oslo hvor første semester kunne godkjennes som spesialistkurs i samfunnsmedisin. Dette har Universitetet nå sagt nei til. Folkehelsa vil fortsatt ta ansvar for dette kurset. Styringsgruppen for kurset har representanter fra Statens helsetilsyn, Den norske lægeforening (Dnlf) og samarbeider nært med Kommunenes Sentralforbund. Kommunelegekurset teller som tre måneders utdanning ved Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg, som tilbyr utdanning til Diploma, Master, Master of Science og Doctor of Public Health.

Kommunelegekurset skal formidle og utvikle kunnskap om forebyggende, helsefremmende og kurativt arbeid med det siktemål å bedre folkehelsen. Studentene skal spesielt oppøve sin kompetanse i å legge til rette og kommunisere kunnskaps-

grunnlaget for administrative og politiske vedtak med konsekvenser for folkehelsen.

Kurset har som mål å dyktiggjøre leger for samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver:

- overvåking og analyse av helse-tilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne, og formidle slik kunnskap til befolkning og myndigheter
- overvåking og analyse av helsevesenet og formidle slik kunnskap gjennom rådgivning og ledelse
- planlegging, gjennomføring, kvalitetssikring og evaluering av tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom.

Kurset omhandler følgende emner:

- befolkningskunnskap, bl.a. demografi og medisinsk historie
- helsetjenestekunnskap, bl.a. administrasjon, ledelse og helseøkonomi
- helsefremmende, sykdomsforebyggende og sosialmedisinsk arbeid
- miljørettet helsevern og smittevern
- vitenskapelig metodikk, bl.a. epidemiologi og statistikk, kri-

tisk vurdering og prosjektarbeid. Kurset tar opp inntil 25 leger, som alle må ha full permisjon fra arbeidsgiver. Inkludert et skriftlig arbeid regnes kurset som ett semesters studium. Andre yrkesgrupper kan også tas inn på ledige plasser.

Søkerne anbefales å informere sine arbeidsgivere om søknaden og tidlig søke om permisjon med lønn. Beskjed om opptak gis i begynnelsen av april. Dnlf delfinansierer kurset med fondsmidler og har fastsatt kursavgiften til kr. 10.000,-. Fondet gir også litteraturstipend på inntil kr. 2.500,- og borteboerstipend på kr. 20.000,-. Kurssekretæren gir råd om bolig.

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

**Søknadsfrist er
mandag 22. mars 1998.**

Søknaden sendes direkte til Seksjon for informasjon og dokumentasjon, Folkehelsa, Postboks 4404 Torshov, 0403 Oslo.

How to practice Evidence Based Health Care

Det tredje nordiske ukeskurs om hvordan man kritisk vurderer og bruker kunnskap om effekt av helsetjenester

2.-6. juni 1998

Statens institutt for folkehelse
Oslo, Norge

- Bør du foreskrive steroider til en 35 år gammel mann som behandles for forverrelse av astma, for å forhindre tilbakefall og for å redusere forbruk av beta-agonister?
- Hva bør du fortelle en 65 år gammel kvinne om mosjon med tanke på å oppnå optimal bedring i hennes claudicatio-symptomer?
- Hva bør du fortelle en 30 år gammel kvinne med brystimplantater av silikon som er bekymret for å få bindevevssykdom?
- Bør du bestille et røntgenbilde for en 35 år gammel kvinne med en ankelskade?
- Bør samfunnet refundere utgiftene til behandling av osteoporose med bifosfonater?
- Er det kostnadseffektivt å senke kolesterolnivået med statiner hos pasienter uten tidligere kjent koronar hjertesykdom?
- Bør du bruke edb-baserte påminnelser for å øke effektiviteten i det forebyggende arbeidet i konsultasjonen?

Daglig konfronteres klinikere og andre beslutningstakere med spørsmål som dette. De handler om effekten av forebyggende og terapeutiske virkemidler i helsetjenesten, fortolkningen av diagnostiske undersøkelser, muligheten for skade pga. eksponering for ulike agens, sykdommers prognose og kostnadseffektiviteten av bestemte tiltak. For å treffe vel informerte beslutninger trenger klinikere, beslutningstakere og forbrukere å kunne

- identifisere relevant kunnskap
- bedømme om kunnskapen er holdbar og oppdatert
- bruke informasjonen som en del av grunnlaget for å treffe beslutninger.

Med en kunnskapsbasert helsetjeneste mener man en bevisst bruk av den beste, tilgjengelige kunnskap for å treffe beslutninger om behandlingen av enkeltpasienter eller tilbudet av helsetjenester. Den beste tilgjengelige kunnskap er oppdatert informasjon fra relevant, gyldig forskning om effekter av ulike typer av helsetjenester, potensiale for skade fra eksponering fra bestemte stoffer, nøyaktigheten av diagnostiske tester og den prediktive verdi av pronostiske faktorer.

Det som er nytt med kunnskapsbasert medisin er

praktiske strategier for å trekke kunnskapen nærmere beslutningene. Denne strategien hviler på en blanding av basale vitenskapelige prinsipper og sunn fornuft. Vårt helsekurs er en anledning til å lære disse strategiene og begynne å applisere dem på helseproblemer som du møter i ditt eget arbeid.

Kurset baserer seg på smågruppeundervisning og problemorientert læring. Deltakere med sammenfallende interesser organiseres i små grupper. Der vil de lære prinsippene i kunnskapsbasert medisin ved å applisere dem på eksempler på praktiske problemer i helsetjenesten. Hver gruppe vil ha en tutor og en co-tutor. Forut for kurset vil deltakerne få tilsendt kursmaterieell som illustrerer fokus for smågruppesamlingene. Materieellet inkluderer beskrivelser av ulike typer problemstillinger, eksempler på kunnskap som kan kaste lys over dem og retningslinjer for hvordan man kritisk vurderer ulike typer av kunnskap. Ved å fokusere på problemer fra din egen praktiske hverdag vil du etter hvert bli i stand til å finne pålitelige svar på viktige kliniske og samfunnsmedisinske spørsmål. Du vil få hjelp til å skille mellom løsninger som er basert på kritisk vurdering av den beste tilgjengelige kunnskap og svar som er basert bare på meninger.

De strategiene du lærer på kurset vil hjelpe deg til å:

- Bestemme hva du vil lese på grunnlag av de behov pasientene dine har, i stedet for på grunnlag av hva postbudet eller legemiddelrepresentanter tilfeldig leverer til deg
- Hjelpe deg å benytte din begrensede tid bedre ved raskt å bestemme hva du ikke bør lese når du leter etter svar på praktiske spørsmål om helsetjenester
- Supplere (ikke erstatte!) gode kliniske vurderinger og god klinisk kommunikasjon.

For mer informasjon ta kontakt med

Hilde Aassved Hellan
Seksjon for helsetjenesteforskning
Statens institutt for folkehelse
Postboks 4404 Torshov 0403 Oslo
Telefon 22 04 26 75
Fax 22 04 25 95
E-post: h.a.hellan@labmed.uio.no

DISKUS™ – trygghet i all enkelhet!

Lisa ble tett under kampen. I slike situasjoner er det en fordel at det er enkelt å bruke inhalatoren, og at det er lett å inhalere gjennom den, selv om man er tett.

DISKUS™ – den ENESTE inhalatoren for astmamedisin som har ALLE disse egenskapene:

- En del – opereres med to enkle håndgrep
- Telleverk – viser antall gjenværende doser
- Smaksstoff – slik at pasienten kjenner medisin
- 60 nøyaktige doser i blistere – slik at dosene ikke påvirkes av hvilken vei pasienten holder inhalatoren ved fremtrekking av dose
- Liten indre motstand!



GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Glaxo Wellcome AS,
Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo
Telefon: 22 58 20 00 – Telefax: 22 58 20 03

C Ventoline "Glaxo Wellcome"
Adrenergikum. ATC-nr.: R03A C02

T INHALASJONSPULVER 0,2 mg/dose i Diskus:

Hver dose inneh.: Salbutamol sulf. æq. salbutamol, 0,2 mg. lactos. q.s. R03A C02

Egenskaper: Klassifisering: Selektiv beta₂-stimulator. Virkningsmekanisme: Virker i terapeutiske doser hovedsakelig på beta₂-reseptorene i bronkialmuskulaturen. Virketid: Ved inhalasjon bronkodilerende effekt etter få minutter. Virkningens varighet minst 4 timer. **Absorpsjon:** God fra gastrointestinaltraktus. Mat reduserer absorpsjonshastigheten kun i ubetydelig grad, slik at biotilgjengeligheten av salbutamol ikke påvirkes. **Proteinbinding:** Lav proteinbindingsgrad. **Halveringstid:** 3-5 timer. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Ved inhalasjon kan den bronkodilerende effekten ikke relateres til absorbert mengde stoff idet virkningen inntreffer før det er målbar konsentrasjon i serum. **Metabolisme:** Omdannes delvis til en inaktiv polar metabolitt. **Utskillelse:** Gjennom nyrene som omdannet og uomdannet salbutamol. 40-60% som uomdannet salbutamol, avhengig av administrasjonsmåte. Mindre mengder utskilles i fæces.

Indikasjoner: Bronkospasme ved bronkialastma, kronisk bronkitt, emfysem og andre lungesykdommer hvor bronkokonstriksjon er en kompliserende faktor.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Bivirkninger: Overfølsomhetsreaksjoner. Tremor. Hyperaktivitet hos barn har vært rapportert i sjeldne tilfeller. Forbigående muskelkrampor er rapportert i meget sjeldne tilfeller. Potensielt alvorlig hypokalemi kan forekomme ved behandling med beta₂-agonister. Økt puls-frekvens sekundært til perifer vasodilatasjon kan forekomme. Takykardi. Anspenhet og hodepine er rapportert. Irritasjon i munn og svelg kan forekomme ved inhalasjonsbehandling. Ved inhalasjonsterapi, foreligger mulighet for paradoksal bronkospasme.

Forsiktighetsregler: Thyreotoksikose. Hypertensjon og hjerteinsuffisiens. Dose og doseringshyppighet bør bare økes i samråd med lege, da overdosering vil kunne være assosiert med bivirkninger. Potensielt alvorlig hypokalemi kan opptre ved beta₂-agonist terapi, i hovedsak etter bruk av forstøvervæske. Samtidig behandling med xantinderivater, steroider, diuretika og hypoksi kan forverre hypokalemien. I slike tilfeller bør serum-kaliumnivået følges. Beta₂-agonister kan inducere en reversibel metabolsk forandring, f.eks. økning i blodsukkeret. Diabetikere kan være ute av stand til å kompensere for denne endringen og utvikling av ketoacidose er rapportert. Samtidig administrasjon av kortikosteroider kan forverre denne effekten. Dersom pasienten må øke forbruket av beta₂-agonister med kort virketid for å kontrollere astmasymptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen. Plutselig og tiltagende forverring av astmasymptomene er potensielt livstruende og man bør vurdere å starte eller øke kortikosteroidterapi. **Inhalasjonsaerosol og inhalasjonspulver:** Hvis effekten varer mindre enn 3 timer, kontaktes lege.

Graviditet/Amming: Forsiktighet utvises under graviditet og amming. Hvis behandling er nødvendig, må nytten for moren veies mot mulig risiko for fosteret. Økning av fosterets hjertefrekvens er påvist ved i.v. administrasjon av beta₂-stimulatorer i behandling av astmasymptomer. Salbutamol vil kunne hemme uterus-kontraksjonen hos fødende. Denne virkningen kan oppheves av oxytocin. Da salbutamol sannsynligvis utskilles i morsmelk, bør bruk hos ammende mødre bare skje etter at morens fordel er vurdert i forhold til mulig risiko for barnet. Det er ikke kjent hvorvidt salbutamol i morsmelk kan ha skadelig effekt på nyfødte.

Interaksjoner: Ikke-kardioselektive betablokkere vil redusere eller blokkere effekten av salbutamol.

Dosering: Inhalasjonspulver i Diskus: 0,2-0,4 mg ved behov. Ved bruk av inhalasjonspulver både fra dose-skive og Diskus kan det ved anstrengelsesutløst astma gis 0,2 mg 10-15 minutter før anstrengelse. Ved allergi-utløst astma kan det gis 0,2 mg 10-15 minutter før eksposisjon for det aktuelle allergen. Inhalasjonsteknikken må kontrolleres (se Andre opplysninger).

Overdosering/Forgiftning: En kardioselektiv betablokker er foretrukket antidot. Betablokkere må brukes med forsiktighet til pasienter som har eller har hatt bronkospasme.

Andre opplysninger: **Inhalasjonspulver:** Administreringsmåte: Til inhalasjon ved hjelp av en Diskus eller en Diskus. Administrasjonsmåte: Se pakningsvedlegg.

Pakninger og priser: **Inhalasjonspulver:** 0,2 mg: Diskus: 60 doser kr 103,80. Pris av 6,1,97. Felleskatalogtekst av 26.8.97. T: 2,30

Referanser:

1. A. Malton & al. A comparison of in vitro drug delivery from two multidose powder inhalation devices, Eur. J. Clin. Res. 1995; 7: 177-193.

Fukt for tørre øyne:



Viscotears® CIBA Vision, Kunstig tårevæske. ATC-nr: S01XA20

Øyegel: 1 g inneholder: Polyacryl syre (Carbopol 940) 2,0 mg, certrimid 0,1 mg, sorbitol, dinatriumdetat, natriumhydroksid, sterilt vann. **Egenskaper:** Klassifisering/virkningsmekanisme: Viskøs, vandig oppløsning av polyacrylsyre som lar seg administrere som dråper. Etter lokal applikasjon sprer den seg raskt over konjunktiva og kornea. Den danner en beskyttende film med lang kontaktid på kornea. En bil tårefilm kan bestå opp til 6 timer. **Indikasjoner:** Nedsatt tåreproduksjon. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for innholdsstoffene. **Bivirkninger:** I kliniske forsøk er følgende bivirkninger rapportert leilighetsvis: Mild, kortvarig svie og/eller stikkende følelse i øyelokket og/eller sløret syn etter instillasjon av øyegelen. **Forsiktighetsregler:** Kontaktlinser må ikke brukes under behandlingen. Bilførere og førere av maskiner må være oppmerksomme på at preparatet forbigående kan påvirke synsskarpheten. **Svangerskap/Amming:** Det er ingen erfaring med hensyn til preparatets sikkerhet ved svangerskap og amming. Under slike forhold bør preparatet derfor bare brukes under tilsyn av lege. **Interaksjoner:** Dersom pasienten samtidig med Viscotears® behandlingen står på annen lokal øyebehandling skal det gå minst 5 minutter mellom behandlingene. Viscotears® skal alltid være det siste medikamentet som instilleres. **Dosering:** 1 dråpe 3-4 ganger daglig eller oftere om nødvendig. Tuben holdes vertikalt og dråpen som dannes instilleres i konjunktivalsekken.

Pakninger og priser: 10 g kr. 45,50.
(Pris pr. des. 96)

Viscotears®