

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 3

1998

ÅRGANG 27



Innhold

Leder: Samfunnsmedisinens kår når markedet rår	3
Fastlegeordningen sett fra fylkeslegehold. Intervju	4
Den store lekkasjen	7
Ja til en god fastlegeordning	10
De nye spesialistreglene og framtiden	14
Hvordan bedre rekrutteringen til samfunnsmedisinske stillinger?.....	18
Et nummer i kreftregisteret.....	22
Er lokalsykehus kostnadseffektive?	26
Tilbake til instinktene. Intervju	27

FASTE SPALTER

Bokanmeldelse – Den ensomme apen	29
Ord om ord.....	30
Det lyriske hjørnet	31
Historier i fra virkeligheten	32
Utpostens edb-spalte.....	34
RELIS.....	35
Les denne.....	37



UTPOSTEN

KONTOR:

RMR

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

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

E-mail: rmrtove@online.no

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: 35 05 21 21 • Fax: 35 05 23 61

E-mail: elswense@online.no

Gunnar Strøno

Skogv. 29

3660 Rjukan

Tlf: 35 09 22 28 • Fax: 35 09 06 40

E-mail: gunnars@telnett.no

Frode Forland

Herregårdsv. 2 F

1168 Oslo

Tlf: 22 75 05 61 • Fax: 22 24 88 68

E-mail: frode.forland@

helsetilsynet.dep.telemex.no

Erik Jesman Pedersen

Heskestadv. 13

4015 Stavanger

Tlf: 51 52 75 60

E-mail: ejped@online.no

Tone Skjerven

Stemnev. 40

5009 Bergen

Tlf: 55 32 65 67 • Fax: 55 58 61 30

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

Torgeir Gilje Lid (koord.)

Heskestadv. 11

4015 Stavanger

Tlf: 51 52 10 71 • Fax: 51 52 61 52

E-mail: giljelid@online.no

ABONNEMENT:

Årsabonnement 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

Samfunnsmedisinens kår når markedet rår

Mange har skrive mykje om samfunnsmedisinens kår dei siste 10 åra. I dette nummeret av Utposten fyller vi igjen fleire spaltmeter med meir av det same. Er det ikkje snart på tide å halde kjeft med denne ropinga i skogen som ikkje gjev svar? Kommunane etterspør ikkje samfunnsmedisinaren, og fylkeskommunane veit vel knapt at dei finst. På statleg hald er det nokre få stillingar, men leiande stortingspolitikarar har nyleg oppfordra legar til å kome seg bort frå byråkratiet og ut i praksis (som det heiter). Og ut i praksis betyr i praksis inn i klinikken. Der vil folket ha legar, og der betalar markedet godt for legar. Med halv inntekt i samfunnsmedisinske, i forhold til kliniske stillingar, vert rekrutteringa til samfunnsmedisinen svak og skeiv.

Redningsaksjonar og forsøk på nytenking av ulikt slag pregar debatten om samfunnsmedisinen. I dette bladet skildrar Sturla Gjesdal trygdemedisin som eit viktig arbeidsområde for samfunnsmedisinaren, og Fred Andersen foreslår interkommunalt samarbeid innanfor miljøretta helsevern som ein redningsplanke. Arild Bjørndal har i fleire artiklar i Tidsskrift for den norske lægeforening tatt til orde for ein meir kunnskapsbasert og sterkare akademisk forankra samfunnsmedisin (1), mens andre etterlyser samfunnsmedisinaren som den samhandlande aktøren i det tverrfaglege kommunale felleskapet (2).

Men dette er tilbod i eit marked utan etterspørsel. I eit stadig meir stykkprisfinansiert helsemarked er det ingen som svarar på desse ropa. Spørsmålet blir: skal vi godta at markedet rår og prøve å finne ut kva slags salstriks som må til for å få opp etterspørselen etter standen, eller skal vi gjere som Per Fugelli og argumentere for eit samfunnssystem der markedet ikkje får rå råt (3)?

Eg trur vi må satse på begge angrepspunkta. Når det er mogeleg å selje allverdas «unyttige» produkt, må det vere mogeleg å selje noko så fornuftig som samfunnsmedisinsk tenkning og handling til folket. Men det er eit faktum at fornuft og gråpapir aldri har vore særleg lett å omsetje. Kanskje må vi selje oss dyrare? Det er sjeldan det billegaste merket som sel best.

Artikkelen i dette nummeret av Utposten om den store lekkasjen viser at det er eit marked i lokalsamfunna for årvåkne samfunnsmedisinaren, i denne saka selt med høg medieprofil. Debatten om nedlegging av lokal-sjukehus i distrikta, viser og at det er behov for «moteekspertise» forankra i lokal samfunnsmedisinsk tenkning.

Så må vi og vere modige nok til å ta tyren ved horna; det nyttar ikkje å analysere forhold som påverkar folks helse utan å ta omsyn til økonomiske forhold og fordelingspolitikken i samfunnet. Det er ikkje det å vere rik som gjev god helse i eit samfunn, men det å ha rikdomen likeleg fordelt (4). Let vi markedet få styre samfunnets agenda vidare som det har gjort det siste tiåret, får vi større classeskilje både i vårt land og internasjonalt, og ein dårlegare allmenn helsetilstand i befolkninga.

Frode Forland

1. Bjørndal A. Samfunnsmedisinens kjerne. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118, 603-5

2. Petter Øgar: Hvordan vil samfunnsmedisinen være om 20 år? Tidsskr nor Lægeforen 1998; 118, 600-2

3. Per Fugelli. Med Rudolf Ludwig Karl Virchow som veiviser inn i den nye samfunnsmedisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1091-4

4. Wilkinson RD. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? BMJ 1997; 314:591-4.

Fastlegeordningen sett fra fylkeslegehold

- intervju med to av dem.

Noen temaer som for tiden er i fokus i fastlegedebatten er svært aktuelle for fylkeslegene. De sitter bl.a. inne med førstehåndskjennskap til legedekning i kommunene og mottar i økende grad klager på organiseringa av primærhelse-tjenesten slik den fungerer idag.

Utposten har intervjuet to fylkesleger for å høre hvordan fastlegeordningen fortøner seg fra deres synsvinkel.

Einar Vandvik er fylkeslege i Nord-Trøndelag, et fylke med både små og større kommuner, den største er Steinkjer med ca 20.000 innbyggere og den minste er Fosnes med ca 800 innbyggere.

Gerd Ersdal er konst. fylkeslege i Troms. Hun har vært helsesjef i Tromsø i 7 år, bl.a. under planleggings- og oppstartingsfasen av fastlegeforsøket. Troms fylke har to store byer, Tromsø og Harstad, og en rekke småkommuner som tildels har betydelige avstander til sykehus og større byer.

UTPOSTEN: Hvilke forventninger har dere som fylkesleger til fastlegeordningen?

VANDVIK: Intensjonene er jo en bedret og mer jevnt fordelt primærlegetjeneste i hele landet. Jeg tror vi på mange måter kan dra fordel av en bedre organisert legetjeneste hvor det skal være en forpliktende «kontrakt» mellom lege og pasient. Som fylkeslege opplever jeg stadig oftere at f.eks. rusmiddelbrukere og mennesker med kroniske sykdommer ringer og klager på at de ikke får tilbud om fast oppfølging fra en lege, men blir «ekskludert» fra legekonsultasjonene som ikke vil ta ansvaret for å følge dem opp.

Fastlegeordningen er et gedigent sosialt eksperiment som vi ikke kan forvente skal fungere optimalt fra første dag. Legene må nok den første tida akseptere endel ulemper, spesielt i de større kommunene, med at pasienten vil «vandre» litt mellom listene før ting går seg til.

Jeg forventer at fastlegeordningen organiseres slik at det blir mer attraktivt å jobbe i mindre sentrale strøk som jo egentlig hele Nord-Trøndelag nok må oppfattes å være. Dette er på mange måter en gjeninnføring av den gamle distriktslegeordningen vi hadde fram til 1984, og et av problemene vil som da være at leger i små kommuner har redusert inntjeningssevne sammenliknet med leger i større kommuner. Per capita tilskuddet må helt klart differensieres mellom små og store kommuner slik at legene ikke opplever at det blir lite lønnsomt å jobbe i små, perifere kommuner.

ERSDAHL: Sett fra pasientenes synsvinkel vil fastlegeordningen bli en svært god ordning i de store byene, i småkommunene vil det kanskje ikke bli så stor forskjell. I den grad det er leger der har jo pasientene stort sett en fast lege allerede. I de store kommunene vil endel mennesker som f.eks. rusmiddelbrukere og psykiatriske pasienter, få et langt bedre tilbud.

Dette vil nok endre noe på pasientmassen til legene, men jeg tror ikke dette vil øke legebehovet fordi det i store byer er en utstrakt «shopping» av leger blant endel pasienter og dette merarbeidet vil nå legetjenesten bli spart for.

Det kan bli et problem at det blir økte forventninger fra pasientene om kurative tjenester. Dette vil legene føle som et økt press som det kan bli vanskelig for dem å håndtere. Vi vil da få en konflikt mellom det pasienten opplever de har krav på, og hva legene føler de kan makte å innfri. Det må aksepteres at servicen som skal gis er tilpasset de ressurser som til enhver tid er der. Ubesatte legestillinger kan for eksempel ikke medføre at de gjenværende leger skal få øket sitt arbeidspress ubegrenset.

UTPOSTEN: Ser dere sider ved primærhelsetjenesten som bør få en annen organisering i fastlegeordningen?

VANDVIK: Legevaktene oppleveres som svært belastende i små kommuner pga hyppige vakter. Med økende andel kvinnelige leger og mannlige leger med familiære forpliktelser bør legevaksorganiseringa forandres. Bedre organisert legetilbud på dagtid vil lette trykket på legevakt etter ordinær arbeidstid.



I Namdalen er det nå et forslag om større vakt-distrikter på nattestid der en lege dekker mange små kommuner med legevakta organisert fra felles legevaktssentral på Namdal sykehus. Jeg ser dette som et godt eksempel på nytenkning for å lette legevaksbelastningen på de enkelte legene. Det interkommunale samarbeidet bør også kunne forbedres på flere områder. Mange samfunnsmedisinske oppgaver kan med fordel dekke mer enn en kommune slik det f.eks. er idag med det interkommunale næringsmiddeltilsynet.

ERSDAHL: Jeg kan ikke se at vi kan forandre legevaksorganiseringa i vårt fylke.

Avstandene er så store at vi neppe kan gjøre distriktene enda større for å avlaste legene. I de store byene bør man imidlertid se på hva slags daglegevakt man bør ha, det bør nok være slik at en lege til enhver tid har ansvar for de helt akutte problemene og de pasientene som av en eller annen grunn ikke har fastlege (tilreisende o.l.). I Tromsø har vi legevakta bemannet med en sykepleier på dagtid som da betjener legevaktsentralen samtidig.

VANDVIK: Sammen med muligheten til bedre økonomiske betingelser for primærlegene der det nå er fastlønn-

stillinger, bør kommunene selv bidra med å gjøre det attraktivt for legene å etablere seg i distriktene. Jeg tenker her på å tilby barnehageplasser, innlemme legene i kommunens organisering så legene ikke føler seg som et «ubehagelig, men nødvendig onde», men som en positiv ressursperson for kommunen. Vi må være klar over at den økende andel kvinnelige leger vil nødvendiggjøre endel nytenkning rundt organiseringa av legetjensten med bl.a. muligheten for reduserte stillinger, retten til fast arbeidstid og aksept for å styre lista med hensyn til antall pasienter og kjønnsfordelinga på lista.

ERSDAHL: Når vi snakker om småkommunene er det nok svært viktig at man i fastlegeordningen tar tilstrekkelig hensyn til deres spesielle stilling. I mange kommuner må vi pga legevaksdekningen ha flere leger enn innbyggertallet tilsier, slik at legen får kortere lister enn ønskelig. Dette må dekkes opp økonomisk slik at legene tjener like mye uansett hvor i landet de arbeider. Vi har i økende grad de siste årene fått to lønnsystemer med godt betalte driftstilskuddsstillinger i større kommuner og dårligere betalte fastlønnstillinger i småkommunene. Dette må rettes opp i den nye ordningen.

Jeg er helt enig i at man bør tenke

på å legge forholdene tilrette også på andre måter for å gjøre legestillingene i småkommunene mer attraktive. Jeg tenker her på å gi legene gode muligheter for å ta videreutdannelse, ryddige arbeidsforhold, bedret kollegial støtte samt å gi dem støtte med god ambulanse-tjeneste og legevaktssentraler. Kommunene må også se sitt ansvar med å finne vikarer når det er behov for det.

UTPOSTEN: Det virker som det blant landets primærleger nå foregår en «posisjonering» i sentrale strøk, har dere merket en tendens til at det er vanskeligere å besette kommunale stillinger i perifere strøk?

ERSDAHL: Nei, det har de siste årene gradvis vært vanskeligere å få slike stillinger besatt, men problemet har ikke økt nevneverdig siste året. Jeg kan ikke si vi har registrert at det er den kommende fastlegeordningen som skremmer legene bort fra distriktene. Det er nok helst andre årsaker til det, f.eks. de gode lønns- og arbeidsforholdene legene har oppnådd i sykehusene. Det som vi derimot har erfart er at det er mye vanskeligere å få tak i vikarer, og de vi får tak i som regel er av utenlandsk opprinnelse. Dette vil nok forverre legenes situasjon i fastlegeordning-

en som jo krever at legene selv betjener lista så lenge det ikke er tilfredstillende dekning med vikar. Vakante stillinger uten oppdekning av vikarer vil også være et problem i fastlegeordningen. Det er viktig at primærlegene og kommunene har en avtale om hvordan legetjenesten til personene på disse listene skal dekkes.

VANDVIK: Vi har heller ikke i Nord-Trøndelag registrert noen økning i antall ubesatte stillinger i primærhelsetjenesten siden fastlegeordningen ble vedtatt. Vi har i fylket 120 primærlegeårsverk hvorav 40 er fastlønnstillinger. I 1996 var 17,5 stillinger ikke besatt, de fleste av dem i småkommunene med fastlønnstillinger. I tillegg kommer at vi i de besatte stillingene hadde endel vikarer som kun var i stillingene sine i kortere perioder. Situasjonen har vært nokså stabil i mange år og er altså ikke endret den siste tida.

UTPOSTEN: Turnuslegene – ser dere noen problemer i å finne plass til dem i fastlegeordningen?

ERSDAHL: Nei, vi hadde dem med på fastlegeforsøket i Tromsø, og både turnuslegene og fastlegene var fornøyd med denne siden av ordningen. Det er nok slik at en turnuslege må jobbe i en gruppepraksis og så ta pasienter fra listene til fastlegene. Jeg forutsetter selvfølgelig at utgiftene dekkes opp av Staten f.eks. med et fastlønnstilskudd.

VANDVIK: Det er allerede godt innarbeidet at de kontorene som har turnuslege må sette av tid til veiledning. Jeg tror derfor det vil være naturlig at den legen som har ansvaret for dette vil kunne dele sin liste med turnuslegen og da eventuelt ha en noe større liste enn de andre legene i kommunen.

UTPOSTEN: Med erfaring fra Tromsø, Gerd Ersdahl, kan du si noe om erfaringene for de kvinnelige legene i fastlegeforsøket?

ERSDAHL: I Tromsø har vi erfart at kvinnene er på tur ut av primærhelsetjenesten. De har endt opp med lister som med sin «tyngde» er blitt for store, det vil si at selv om lista er liten har de mange «aktive brukere» som f.eks. kvinner, eldre og små barn (barn følger som regel sin mødre i legevalg). Når ordningen gjennomføres bør en tilstrebe å jevne ut listene slik at de i grove trekk er like belastende for alle leger. Dette strider jo mot prinsippet om fritt legevalg, men uten en slik organisering er jeg redd kvinnene forsvinner ut av primærhelsetjenesten. Det vil være et tap både for pasientene og primærhelsetjenesten.

I perioder ønsker mange kvinner å jobbe redusert med f.eks. vikar en dag pr. uke. I Tromsø har vi opplevd at trygdekontoet har gjort det vanskelig for legene å ta inn vikarer i slike tilfeller. Dette håper jeg at vil endre seg når ordningen innføres.

UTPOSTEN: Vi leger på «grasrotplanet» føler oss ikke sikre på om Stortinget til syvende og sist holder det de lover mht. full økonomisk dekning av de ekstrautgifter fastlegeordningen vil medføre. Vi har HVPU-reformen og skolereform 97 friskt i minne. Deler dere vår bekymring i så måte?

VANDVIK: Nei, jeg forutsetter at Stortinget virkelig dekker det de lover. Dette forutsetter at kommunene dokumenterer sine eventuelt økede utgifter i forbindelse med reformen. Denne siden av saken bør kommunene allerede nå begynne å arbeide med i forbindelse med en nødvendig planlegging av fastlegeordningen i hver enkelt kommune.

Målet må være å få til en arbeidssituasjon primærlegene kan trives i. For å oppnå dette må legene få styre endel av betingelsene selv bl. a. slik at arbeidstida og innholdet av tjenesten blir akseptabel. Vi kan jo her se på hva sykehuslegene har oppnådd de siste årene, med ordnete arbeidsforhold og gode lønnsbetingelser. Dette må vi ha som mål å få til for primærlegene også. Jeg

tror fastlegeordningen vil gi oss muligheten til å oppnå dette – og stabile primærleger er et aktivum for befolkningen og samfunnet!!

UTPOSTEN: Vil fastlegeordningen forandre primærhelsetjenesten på andre områder?

ERSDAHL: Ja, jeg er redd den økte servicen til publikum i form av økt kurativt arbeid vil ramme individuelt forbyggende arbeid, tilsynsarbeid og ikke minst utviklingsarbeidet i kommunene (det som samlet går inn under begrepet samfunnsmedisin). Det har lenge vært mindre interesse for slike arbeidsoppgaver i primærhelsetjenesten. Jeg tror dette skyldes stor etterspørsel etter kurative tjenester kombinert med relativt dårlig betaling og manglende verdsetting fra kommunens side av det samfunnsmedisinske arbeidet. Dersom betaling og verdsetting ble bedre ivaretatt, ville etter min vurdering legene også engasjere seg i dette arbeidet.

Alt i alt tror jeg fastlegeordningen vil være en positiv reform for befolkningen, men den må finpusses slik at den også vil fungere i de små kommunene. Dersom ikke de økte utgiftene ordningen medfører dekkes av Staten vil det bli disse kommunene som taper i form av redusert legedekning.

VANDVIK: Jeg tror fastlegeordningen kan være en positiv faktor til å bedre arbeidsforholdene til legene. Kanskje kan legene innenfor rammen av sine forpliktelser se muligheter til å drive med annet arbeid utover det rent kurative, noe som idag synes å være en mangelvare i primærhelsetjenesten. Eksempel på dette er forebyggende helsetjeneste, både individrettet og samfunnsrettet. Dette forutsetter at staten bygger dette inn i sine tilskuddsordninger.

DEN STORE LEKKASJEN

INTERVJU MED BYDELSEVERLEGE FRANK S. THRANA,
HELLERUD, OSLO

Vi har lest og høyrte mykje og undra oss kanskje enno meir om denne nye porten inn til Romerike det siste halvåret. Stakkars dei som sit med ansvaret for alt dette sølet, for budsjettsprekke og arbeidsfolk i streik, for lekkasjer og setjeskader, giftstoff og miljøødeleggingar i nærmiljøet.

Nokre namn sit att i minnet etter alle presseoppslaga:

Ueland, Puttjern, Roca-Gil og Thrana. Det siste namnet har vi huka tak i sidan det skjuler ein kollega som har stått i medievinden for ei vanskeleg og mykje omtalt sak innanfor det samfunnsmedisinske arbeidsfeltet den siste tida. Utposten var nysgjerrig på bydelslegen sine eigne erfaringar og vurdering av situasjonen.

v/Frode Forland som bur i ein bydel der det ikkje lek

Kan du gje oss kort nokre stikkord om kven du er og kor du kjem frå?

Eg kjem frå Brønnøysund der mitt først miljøengasjement var å gå rundt i gatene og plukke søppel. Byrja å studere medisin i 84, og var ferdig med turnus i 95. Har holdt på med mykje anna undervegs. Jobba mange år i psykiatrien, og har starta opp og er redaktør for HelseNett, helseinformasjon på internett og jobba som bydelslege i Oslo før eg gjekk inn i eit vikariat i stillinga som bydelsoverlege på Hellerud. Dette er mi første samfunnsmedisinske stilling, og eg er ikkje spesialist i samfunnsmedisin. Har sambuar og to barn, som det har blitt litt lite tid til å vere saman med siste tida. Eg har hatt stor interesse for forebyggjande arbeid og helseinformasjon, også i min tidlegare praksis som allmennlege. Eg kom til Hellerud bydel den 6. oktober 1997, den 8. oktober eksploderte saka om lekkasjane i Romeriksporten i pressa.

Korleis kjendest det som fersk samfunnsmedisinar å få eit heilt vatn i hovudet som fyrste sak?

Planane mine då eg kom til Hellerud var å setje meg godt inn i dei lokale forholda i bydelen, bli kjent med administrasjon, politikarar, problemstillingar og folk. Men eg skjønnte snart at den aktuelle saka kravde eit sterkt engasjement frå bydelsoverlegen, så det var berre å legge andre planar til side. Folk kjente seg usikre på om dette giftstoffet som dei sprøyta inn i fjellet (Roca-Gil, akrylamid) kunne hamne i drikkevassbrønnen, og lekkasjen truga brått både rekreasjonsområder og folks helse og eigedom. Det var stor forvirring om realitetane i saka.

Vi kalla inn til folkemøte i kyrkja den 15.10, der bl.a. den nye samferdselsministeren stilte. Møtet fekk brei mediedekning. Før møtet sendte vi ut eit brev for å få inn informasjon frå mange hald (Departementet, Folkehelsa, Helsetilsynet, NSB og fleire) og vi søkte aktivt etter informasjon bl.a. gjennom internett.

Var det etterspørsel etter bydelsoverlegen, eller måtte du trenge deg på mellom alle journalistar, forureningsstilsyn og anleggsarbeidarar?

Eg tok tak i saka sjølv, fordi eg opplevde at folk følte at dette var ein trussel for trivsel og helse. Når eg fyrst var på banen, var det få som stilte spørsmålsteikn ved det. Tvert imot opplevde eg at mitt engasjement i saka blei godt mottatt både blant politikarar i bydelen, publikum og blant fagfolk. Politikarane var glade for få fagleg oppbakking, publikum i bydelen opplevde og at eg blei deira talsmann og eg fekk stor støtte og oppmuntring i det faglege miljøet, både frå kollegar i Oslo, fylkeslegen, Helsetilsynet, Folkehelsa og OLL.

Fortel litt om korleis saka utvikla seg?

Saka blei lagt fram for bydelsutvalet (kommunestyret i bydelen, bydelen har ikkje eige helse og sosialutval) i samråd med administrasjonssjefen dagen etter folkemøtet. Frå fyrste stund brukte vi media bevisst for å få fram viktige sider ved saka til befolkninga. På den måten blei det og press for å få fram beslutningar.

Bydelsutvalet påla NSB/ Gardermobanen å lage ei konsekvensutredning (noko som sjølv sagt skulle ha vore gjort før arbeidet starta). Utbyggararen fekk og pålegg om opplysningsplikt og gransking etter Kommunehelselova, for at vi skulle kunne sikre oss løpande informasjon medan dei arbeidde med konsekvensutredninga. Det vart etterkvart omlag likelydande vedtak frå dei fire nabobydelane, og eg blei bedt om å koordinere utspela vidare. Vi såg det som viktig å ha mest mogeleg harmoniserte utspel.



NSB/GMB klaga på vedtaket. Dei ville forhalde seg til Oslo kommune sentralt, og ikkje til eit bydelsutval. Fylkesmannen innhenta uttale frå fylkeslegen som gjekk imot klagen. Kommunehelselova vert forvalta på bydelsnivå i Oslo, men dei fekk utsett fristen med å levere konsekvensutredninga to gongar (med god grunn). I dei fyrste analysene av vassprøver frå brønner i området, blei det påvist små mengder akrylamid i drikkevannet, og etter samråd med Folkehelsa, gjekk eg ut med advarsel i media. Dette blei sak både i radio og TV i fleire kanalar. I nye prøver 14 dagar seinare, blei det ikkje påvist gift i vatnet. NSB/GMB gjekk då ut i media for å undergrave min troverdighet, og dei slutta på eige initiativ å bringe drikkevann til brønneigarane i området. Dette melde vi så inn for fylkeslegen og Helsetilsynet, som tok opp saka med NSB/GMB. Psykologisk sett var nok dette ein klok manøver.

Det vi har prøvd å oppnå er ein open tovegs kommunikasjon med utbyggaren, og ikkje berre kommunikasjon ein veg, slik det var i starten. Informasjon dempar angst og spenning, og kan i seg sjølv vere god terapi for folk som var unødige redde for konsekvensane av denne utbygginga. No er bydelen meir med i dei prosessane som foregår i samband med utbygginga. Vi har faste møter, og prøver å overvake det som skjer på

ein betryggande måte. Det har vore ein viktig del av jobben min heile tida å prøve å skaffe motekspertise til det som utbyggaren har lagt fram av ekspertuttaler og data.

Korleis var det å stå åleine i media mot ein mektig kapitalsterk motstand?

Det handlar ikkje om å vere stor, men om å vere trygg i si sak på vegne av befolkninga. Eg kjende meg og trygg i rolla mi på grunn av den støtten eg opplevde frå fagleg hald.

Var det noko å hente frå kollegar, vi har høyrte rykte om eit kompass?

Saka blei sendt ut både på Kompass og Eyr, og eg mottok mange innspel, kanskje 20 – 30 tilsaman, men det var ikkje så mange som hadde hatt ei liknande sak! Eg fekk derimot mykje støtte for min måte å handtere saka på, og med mitt ønske om å drive ein kunnskapsbasert samfunnsmedisin, var det naturleg å innhente kunnskap frå dei tilgjengelege kjelder eg hadde.

For å kunne dokumentere mine påstandar om at folk blei urolege og engstelege av utbygginga blei det og gjennomført ei undersøking blant befolkninga i bydelen, som del av konsekvensutredninga. Denne blei utført av Diakonhjemmets Forsknings-senter og avsluttande kommentar kan lesast i ramma på neste side.

Var det noko å hente på internasjonalt samarbeid?

Det var faktisk lite å hente frå internett i den aktuelle saka, men vi blei kjent med at det pågjeikk ei liknande sak i Hallandsåsen, Båstad kommune i Sverige. Vi tok kontakt med kommunen, og har hatt stor nytte av å utveksle erfaringar, og gje kvarandre gjensidig støtte. Dei har besøkt oss her i Oslo, og vi har vore på besøk i Sverige. I Oslo arrangerte vi eit møte med tittelen: «Tunnelutbygging og miljøskader – lokalsamfunn møter lokalsamfunn». I Sverige blir miljøvern

og miljøretta helsevern behandla av ein og same etat i kommunen, og det har ikkje vore ein samfunnsmedisinar inne i saksbehandlinga. Likevel har dei klart å få ut store offentlege midlar for å råde bot på skade. Dei har blant anna oppretta to heile stillingar til informasjonsarbeid i samband med Hallandsåsutbygginga. I vår bydel har vi oppretta ein informasjons-telefon og lagt ut informasjon via internett og til lokalavis i Grorud-dalen. Som i klinisk praksis, er god informasjon god terapi.

Handla du som aktiv pådrivar, eller gjekk alt gjennom saksførebuing til politiske organ?

Eg er ein pragmatikar, har jobba i det private før eg kom til Oslo kommune, og har nok tatt ein del snarvegar stundom av praktiske omsyn. I Hellerud rapporterer eg direkte til administrasjonssjefen i bydelen, og vi har eit gjensidig tillitsforhold. Dette gjer at eg og har hatt kontakt med leiaren for bydelsutvalet (ordføraren) direkte ved fleire høve, utan at dette har skapt problem for administrasjonen i bydelen. I saka om Romeriksporten har vi jobba både administrativt og gjennom politiske myndigheter parallelt, og dette har fungert utan konflikt.

Har ein samfunnsmedisinar noko han skulle ha sagt i slike store saker?

Ja, så absolutt, men ein må sjølv ta initiativ for å kome på banen. Det kjem ikkje mange og spør etter dei samfunnsmedisinske råda, men ein kan få stor påverknad i dei saker der ein sjølv tar initiativ. Dette kan gjelde både i saker med lokal eller nasjonal interesse. Dei sosiale miljøfaktorane er alt for lite vektlagt i den samfunnsmedisinske rådgjevinga. Trivsels-faktoren er viktig for folks helse, og kjensla av å bli offer for overgrep frå storsamfunn eller bedrifter kan påverke både fysisk og psykisk helse i negativ lei.

Er det behov og etterspørsel etter samfunnsmedisinske råd i ein bydel i Oslo?

Ja, det er stort behov, men etterspørselen er det ofte mindre med. Det trengst nokon som følgjer med i bydelen med helseperspektivet som det primære. Bustadutbygging, luftforurensing, sosiale miljøfaktorar og forebyggjande helsearbeid er viktige saker for ein samfunnsmedisin i Oslo. Dette er og saker som ein kan selje samfunnsmedisinen med på ein offensiv måte.

Kva er det å lære av denne saka for andre faglege brødre og søstre?

Ein må ha sjølvtrillit og våge å stå fram med det ein meiner. Bruk media og internett for å fram det ein vil ha sagt til publikum og for å spreie informasjon om ei sak. Plukk dei viktige sakene, ta initiativ og markedsfør dei godt. Saka om Gardermobanen er også eit verdispørsmål, og går rett inn i debatten rundt Verdikommisjonen. Undersøkinga som blei gjennomført i vår bydel viste at faktorar som angst, apati og identitetstrussel påverkar folks trivsel og livskvalitet. Verdide-

batten lokalt eller nasjonalt er også eit anliggende for samfunnsmedisinen.

Slik avsluttar den engasjerte bydelsoverlegen, og den debatten vil *Utposten* følgje vidare i dei neste nummer, så følg med!

I ramma gjengir vi hovudkonklusjonen frå konsekvensutredninga utført av Diakonhjemmets forskingssenter v/ Forskningsleder Einar Vetvik, Oslo 28.1.98.



Ill.: Per Dybvig Jr.

Resultater og konklusjoner i Konsekvensutredningen utført av NSB GMB etter pålegg fra Bydel Helle-
rud, Oslo Kommune

Til slutt noen konkluderende kommentarer fra vår side. En slik undersøkelse som den vi har gjennomført, vil i betydelig grad bli preget av den aktuelle situasjonen. Vi risikerer derfor selvsagt en viss overmåling av reaksjoner. Vi har pekt på noen eksempler på dette.

Mange vil i den foreliggende situasjon se på og bruke undersøkelsen som et talerør til omgivelsene, med særlig adresse til utbyggerne og myndighetene. Det enkle budskap som her trer frem er det følgende:

Marka er viktig for folks opplevelse av livskvalitet, den har stor betydning for hele befolkningen,

den er viktigst for de mest aktive brukerne og de er ikke få. Derfor må ikke skadene bagatelliseres.

Det har stor betydning for trivsel, utfoldelse og livskvalitet at avbøtende tiltak settes i verk. Informasjon, særlig om det som kan gjøres, og planlegges gjort, for å gjenopprette skadene er viktig.

Det er viktig her, tror vi, at utbyggerne signaliserer vilje til avbøtende tiltak og tro på at skadene vil bli leget. Det som kan gjøres for å minke befolkningens pessimisme og usikkerhet i så måte, bør bli gjort.

Skadene har utløst sterke følelser, aktivitet og engstelse. Men samlet sett kan en ikke tolke data som uttrykk for noen dramatisering fra befolkningens side. Nøkternheten i deler av datamaterialet viser det.

Når en ser på befolkningens reaksjoner på skadene og omtalen av disse og konsekvenser for trivsel m.v., vil vi peke på at hendelsene rundt Romeriksporten synes å ha fungert som en symbolsk reaksjon på mye som vanlige folk idag kan oppfatte som generelt negativt ved samfunnsutviklingen. Det gjelder uro over styrken i teknikkens og økonomiens premisser i forhold til natur og miljø og lokaldemokrati.

Dette er det ingen grunn til å overse, særlig for politikerne. Men de velorganiserte og sterke interessene bak teknologisk og økonomisk effektivitet som høyeste handlingskriterium, bør også se et varsku her. Den dag vernehensynene settes tilside for godt – er det mer enn folks trivsel som settes på spill.

JA til en god fastlegeordning



Signe Flottorp, født 1954.
Distriktslege/kommunelege
Vestvågøy 1980-1985. Ass. lege
psyk. avd. Ullevål sykehus
1985-86. Fra 1987 knyttet til
Søndre Nordstrand bydel i Oslo,
først som bydelslege, nå avtale-
lege. Bydelsoverlege/helsesjef
1989-91. Fra 1994 i deltids-
stilling ved Seksjon for helse-
tjenesteforskning, Folkehelse.
Leder i Nordland legeförening
1984-85, styremedlem i NSAM
1983-87 og styremedlem i OLL
1990-91.

Jannike i redaksjonen har sjekket Eyr. Jeg er «dame på Eyr». Det er en nokså sjelden rase. Dessuten har det vært sagt at fastlegeordningen kan bli tung å bære for kvinnelige kolleger. Derfor lurte Jannike på om jeg kunne skrive noe om fastlegeordningen i Utposten.

Hvorfor skal jeg mene noe om fastlegeordningen?

Det har vært mange innlegg på Eyr om fastlegeordningen. Jeg har ikke

ytret meg i den debatten. Det er mange viktige debatter både på Eyr og i andre fora. Det er spennende å lese og følge med. Å skrive selv krever mer. Jeg jobber ikke med fastlegereformen, og har ikke noe ansvar for den. Jeg har mer en nok med mine egne oppgaver, egentlig. Man kan ikke skrive om alt man har en mening om. Ikke er det så lett å mene noe om alt heller.

Men jeg falt for begrunnelsen for Jannikes utfordring. Dessuten har jeg meninger om fastlegeordningen. Jeg tar meg den frihet å skrive subjektivt, uten referanser til rapporter og evalueringer. Min ene referanse handler ikke om fastlegeordningen, men er et viktig innlegg om allmennmedisinens ideologiske fundament, som hører hjemme her.

Hvorfor ønsker jeg en fastlegeordning?

Fastlegeordningen er bra for de pasientene som trenger oss mest. Jeg hører til dem som lenge har sett til Danmark, England og Nederland, og ønsket innføring av et liste-pasientsystem eller en fastlegeordning i Norge. Erfaringene er gode, et stort flertall av befolkningen slutter opp om ordningen, og legene er fornøyde. I forsøkskommunene har pasientene og legene ønsket ordningen videreført. Tromsø har løst problemet med rekruttering av allmennleger.

Det er mye bra i norsk allmennmedisin. Mange leger gjør en solid jobb for «sine faste pasienter». Mange hevder derfor at fastlegeordningen er unødvendig, fordi pasienter i dag kan velge seg en fast lege om de ønsker det.

Min erfaring både fra utkantkommune (Vestvågøy i Lofoten 1980-1985) og bydel i Oslo (Søndre Nordstrand 1987-) er at dette ikke nødvendigvis er publikums opplevelse av situasjonen. Det er behov for en fastere tilknytning mellom legen og pasienten.

Både i Lofoten og i Søndre Nordstrand har vi hatt et kollegialt «sektoransvar», som stort sett har fungert bra. Folk i Stamsund gikk til doktor i Stamsund, de reiste ikke over Hagskaret til kontoret på Leknes. Men det var noen geografiske gråsoner, og det kunne hende at noen valgte en annen lege enn den de soknet til. Det var ikke lett å gå til lege i et annet distrikt.

I Oslo er problemene større. I storbyen er sektorprinsippet en hjelp (noen oppfatter det som en belastning) for oss som jobber i systemet. Vi føler ansvar for dem som bor i «vår» sektor av bydelen, og prioriterer disse først. Publikum er lite kjent med ordningen, og opplever nok at legesentrene i svært ulik grad føler seg forpliktet av sitt sektoransvar. Det er stor mobilitet i befolkningen, folk flytter både inn i og ut av bydelen. Mange har legekontakter andre steder i byen. Vi har noen faste pasienter som er «bare våre». Men vi har mange som også benytter andre leger.

De færreste bydeler i Oslo har forpliktende sektoransvar. Legene kan velge sine pasienter. Mange pasienter vil si det ikke er så lett å finne en lege. Flere legekontorer tar ikke nye pasienter. Inntrykket jeg sitter igjen med etter flere års legevaktkjøring i Oslo, er at det er mange eldre og andre pasienter med kroniske sykdommer som benytter legevakten for problemer som en fast lege burde ha tatt hånd om. Virkeligheten for mange pasienter i Oslo er slik: Legen er vanskelig å få tak i, legen har ikke tid til å snakke med meg i telefonen, legen har lang ventetid, legen reiser ikke i sykebesøk. Eller – det er umulig å få en fast lege.

Jeg tror fastlegeordningen kan være bra særlig for de pasientene som har mest behov for stabil legeskontakt, og som i dag ikke oppnår dette.

I dag bruker vi for mye tid på «de bekymrede friske», som ikke har

noen vansker med å komme til oss på kontoret. En fastlegeordning vil gjøre pasientenes behov tydeligere, og det kunne kanskje være mulig å prioritere annerledes? En psykiater i Tromsø forteller at det nå er enkelt å få kontakt med primærlegen til pasienter med tunge psykiske lidelser – fastlegen stiller opp. Tidligere var det ofte umulig å finne en lege som ville påta seg oppfølgingen av disse pasientene.

Jeg frykter ikke noen slavelivværelse

Mange kolleger er skeptiske til fastlegeordningen. Det er tegnet skrekkevansjoner av «fastlegehelvetet», der du sitter med eneansvar for kommunens innbyggere 24 timer i døgnet 52 uker i året.

En slik ordning vil ingen ha. Vi må ha vikarsystemer og gode legevaktordninger, og rett på ferie og fritid som folk flest. Det er et rimelig krav. Jeg er så naiv at jeg tror det ikke er vanskelig å få gehør for det. Det er mange som synes at leger tjener godt nok, men det er få som mener vi jobber for lite.

Det må være lov å sette tak på lista. I Tromsø kjempet legene hardt for å få et listetak på 1500 pasienter for 5 dagers praksis. Ingen har benyttet anledningen til å redusere lista.

Mange leger jobber mye. Det er lettere å jobbe mye om du velger det selv, enn om du føler du er tvunget til det. Det betyr mye å vite at du kan sette grenser om du skulle ønske det. Når noen har bruk for vår innsats, og vi tjener tilstrekkelig på det, jobber mange av oss lange dager. Men vi må vite at vi kan ha mulighet til å velge å gå hjem til ordinær tid.

Mitt legeideal er ikke KOPF alene. KOPF-idealet er endimensjonalt, og kan i sin ytterste konsekvens føre til utbrente leger og passivt avhengige pasienter. Mitt behandlerideal er skissert av Eivind Meland (1) som et dynamisk ideal for legerollen i spenningsfeltet mellom KOPF og det alternative idealet IAPP:

Kontinuerlig	—	Intermitterende
Omfattende	—	Avgrenset
Personlig	—	Profesjonelt
Forpliktende	—	Pliktdelegerende

Med et slikt ideal kan vi ivareta både plan og marked, omsorg og autonomi. Og vi reduserer risikoen for å føle oss som slaver av våre pasienter, enten vi arbeider i et fastlegesystem eller i andre ordninger.

Vi har hatt problemer både i utkantkommuner og i byene med ustabil legedekning. Mange av oss har i lange perioder tøyet oss langt for å dekke opp for vakante legestillinger. I utkantkommunene sliter mange kolleger med vaktordninger som oppleves plagsomt tyngende. Dette er problemer som eksisterer uavhengig av fastlegeordningen. En god fastlegeordning kan kanskje bidra til å lette på noen av disse problemene. En fastlegeordning som tapper utkanten for leger, kan verken politikere eller Legeforeningen leve med.

Jeg liker å vite hva jeg har ansvar for, og hvem som har ansvar for det jeg ikke har ansvar for

Jeg tror mange av oss lettere tar ansvar hvis vi vet at det er vårt alene. Alles ansvar er ingens ansvar. En pasient som oppsøker mange leger, risikerer at ingen riktig bryr seg skikkelig.

Med en definert pasientpopulasjon blir prioriteringen tydeligere. Det blir vanskelig bare å fylle timeboka og deretter sette på telefonsvarer og si det er fullt. Kanskje må vi si nei til førerkortattest og legeerklæringer på kort varsel, sykmelding fra første dag o.l., men vi bør ha kapasitet til å vurdere henvendelser som gjelder spørsmål om akutt sykdom. Vi blir nødt til å sette av nødvendig tid til øyeblikkelig hjelp og planlagte sykebesøk til egne pasienter.

Når jeg møter en pasient på legevakt som burde vært tatt hånd om i kontortiden av fast lege, har jeg nå ofte ingen lege å henvise til. I en fastlegeordning har jeg det. Det samme gjelder andre samarbeidende instanser som hjemmesykepleien, sosialkontoret, annenlinjetjenesten osv. Det bør ikke være tvil om hvor epikrisen skal sendes.

Fastlegeordningen løser ikke alle problemer – og kan kanskje skape noen nye

Kvalitetssikring og kunnskapsbasert medisin – gjør vi det rette på den rette måten?

Fastlegeordningen vil ikke kunne forandre vår arbeidsstil i vesentlig grad. Noen er kjappe – andre tar seg god tid. Faglig kvalitet varierer. Noen leger er bedre likt enn andre. Slik vil det fortsatt være, og det kan vi leve med.

En hovedutfordring i kvalitetssikringen av norsk allmennmedisin, er å arbeide for at vår praksis i større grad blir tuftet på den best tilgjengelige kunnskap. Det er på for mange områder for stor avstand mellom det vi burde gjøre, og det vi faktisk gjør. Det er umulig å holde tritt med medisinsk informasjon. Vi må lære oss å praktisere kunnskapsbasert medisin, det vil si: på en effektiv måte å kunne hente inn relevant informasjon, kritisk å vurdere informasjonen, og så applisere dette ved å hjelpe pasientene til å ta informerte beslutninger om egen helse. I kliniske beslutninger skal vi selvfølgelig ikke bare ta hensyn til vitenskapelig basert kunnskap, men pasientens verdier og preferanser, de ytre omstendigheter, praktiske forhold osv. Fastlegeordningen kan ikke hjelpe oss med dette. Men fastlegeordningen kan gi spennende muligheter for registrering, kvalitetssikring og forskning i allmennpraksis. Når nevneren er kjent, blir våre pasientdata mer interessante.

Utfordringer

Mange utfordringer må takles før fastlegeordningen er på plass. Vi må sikre turnustjenesten, og vi må sikre at nye leger kan komme inn i systemet. (Det kan i parentes bemerkt bli vanskeligere å få kolleger til frivillig å gi fra seg pasienter, tror jeg, enn til å få anledning til å begrense lista når man måtte ønske det. Konkurransen om å få pasienter er mer aktuelt enn konkurransen om å få slippe å ha pasienter.) Finansieringsordningen må sikre at legene ikke rømmer innbyggerfattige utkantkommuner.

Ikke-kurative oppgaver må sikres legetjenester. Samfunnsmedisinen må finne sin plass i systemet. Vakt- og vikarordninger må være akseptable. For å nevne noe.

Tom Christiansen som er prosjektleder i Helsedepartementet har fått en stor oppgave, og det er skjær i sjøen. Men ordningen er vedtatt, og Legeforeningen går konstruktivt

inn i forhandlingene, så vi må regne med at fastlegeordningen blir en realitet.

Det er all mulig grunn til å ønske dem som jobber med dette lykke til, slik at vi ender opp med en fastlegeordning som er god både for pasientene og for legene.

Signe Flottorp

Referanse:

1. Meland E. Menneskesyn mellom KOPF og pasientautonomi. Tidsskrift Norsk Lægefor 1997;117:3393-4.



Sekretariat for
allmennmedisinske kvalitetsindikatorer
(Apif - NSAM)

PROGRAMTILBUD FOR ETTERUTDANNINGSGRUPPER

SATS gir allmennpraktikere mulighet til å vurdere og utvikle egen praksis ut fra enkle registreringer. Sammenligning av praksis i kollegagrupper gir utgangspunkt for læring. SATS-opplegget har gitt kollegagrupper en god ramme for faglig og sosialt fellesskap.

Fire temaer er utviklet og utprøvd:

- Diabetesomsorg (mulighet for «benchmarking» i samarbeid med DiabCare Q-Net)
- Diagnostikk og behandling av migrene/hodepine
- Diagnostikk/behandling av sår hals
- Laboratoriebruk i allmennpraksis m/ praksisprofil i samarbeid med NOKLUS.

Dataregistrering og rapport kan kjøres gjennom EDB-journal. Infodoc A/S har pr. april 98 tilpasset program bare for laboratoriebruk.

En temagjennomgang tar 6-9 måneder og gir p.t. 30 poeng i etterutdanningen. Det vil kreves deltakeravgift etter bestemmelse i Dnlf Sentralstyre.

Informasjon/påmelding

Tor Carlsen
GRUK, Nedre Hjellegt 1
3724 Skien
Tlf. 35521900
Faks 35521915
E-post: torc@gruk.no

Tor Claudi
Skogsvn. 22, 8021 Bodø
Tlf. 75561670
Faks. do.
E-post: tclaudi@online.no

John Cooper
4130 Hjelmeland
Tlf. 51750569
Faks. 51750640
E-post:
john.cooper@isf.uib.no

ARTROSE



Ved behov!

Brexidol®

Piroxicam-β-cyclodextrin

C BREXIDOL «NYCOMED PHARMA»

Antiflogistikum, ATC-nr.: M01A C01

T DOSEPULVER 20 mg: Hvert dosepulver inneh.: Piroxicam - β-cyclodextrin, æq. piroxicam, 20 mg, Sorbitol 2,68 g, aspartam 15 mg, constit. q.s.

T TABLETTER 20 mg: Hver tablett inneh.: Piroxicam - β-cyclodextrin, æq. piroxicam, 20 mg, lactos, 102 mg constit. q.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Ikke-steroid, antiinflammatorisk middel med analgetisk og antipyretisk effekt. Piroxicam danner et kompleks med β-cyclodextrin i molart forhold 1:2,5. β-cyclodextrin er et syklisk oligosakkarid som gir substansen bedre løselighet og derved raskere absorpsjon. Virkningsmekanisme: Ikke helt klarlagt. Hemmer prostaglandinsyntesen. Hemmer hyperkontraktilitet i uterus ved dysmenore. Absorpsjon: Etter enkeltdose på 20 mg oppnås vanligvis plasmakonsentrasjon på 1,5-2 µg/ml i løpet av 15-30 min, for dosepulver og etter 30-60 min, for tablettene. Forsøk viser at 75% av forsøkspersoner oppnår fullstendig absorpsjon henholdsvis etter 15 min, for dosepulver og 30 min, for tablettene. «Steady-state»: Med 20 mg daglig vanligvis stabilisering på 3-8 µg/ml etter 7-12 dager. Gis startdose på 40 mg første 2 dager, nås ca. 76% av «steady-state» etter annen dose. «Steady-state» konsentrasjon, AUC og halveringstid er for øvrig tilsvarende de som følger etter 20 mg daglig. Proteinbinding: Ca. 99%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 120 ml/kg legemsvekt. Halveringstid: Ca. 50 timer. Effektive serumkonsentrasjoner opprettholdes hele døgnet med en dose daglig og er stabile ved langtidsbehandling. Metabolisme: I stor grad. Særlig ved hydroksylering og konjugering. Utskillelse: Mindre enn 5% er uforandret i urin og fæces.

INDIKASJONER: Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, mb. Bekhterev, artroser, Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet. Primær dysmenore.

KONTRAINDIKASJONER: Aktivt ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet for preparatet. Krysreaksjon med acetylsalisylsyre eller andre antiflogistika mulig. Skal ikke gis om disse har forårsaket symptomer på astma, nesepolypper, angioneurotisk ødem eller urticaria. Kontraindisert i 3. trimester. Dosepulver: Pasienter med fenyketonuri pga. aspartam.

BIVIRKNINGER: Gastrointestinale (vanligst): Dyspeptiske plager som kvalme, epigastriske smerter, fordøyelsesbesvær, stomatitt. Gastrointestinal blødning, perforasjon og ulcus forekommer. Fatale tilfeller er rapportert med piroxicam. Sentralnervøse: Svimmelhet, hodepine, søvnløshet, depresjon, hallusinasjoner og parestesier er sett. Kardiovaskulære: renale: Palpasjoner, ødem, spesielt ankelødem, reversibel forhøyelse av BUN og kreatinin er rapportert, hematuri. Dermatologiske: Kløe, utslett, fotoallergisk reaksjon, alopecia. Meget sjelden: Onycholyse, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse (Lyells syndrom), vesicobullose reaksjoner. Hypersensitivitet: Anafylaktisk reaksjon, bronkospasme, urticaria/ angioneurotisk ødem, vaskulitt og «serum sickness» er sett sjelden. Hematologiske: Reduksjon i hemoglobin og hematokrit ikke-relatert til synlig gastrointestinal blødning. Trombocytopeni, ikke-trombocytopenisk purpura (Henock Schönlein), leukopeni og eosinofili er rapportert. Meget sjelden aplastisk og hemolytisk anemi. Lever: Enkelte tilfeller av forhøyet transaminase-niva. Ikterus og hepatitt er rapportert. Øye/øre: Tinnitus. Hørselsnedsettelse i sjeldne tilfeller. Takesyn og øyeyritasjon. Andre: Hypo- og hyperglykemi, neseblødning, dyspné er rapportert. Sjeldne tilfeller av positiv ANA-test.

FORSIKTIGHETSREGLER: Pasienter som har hatt peptisk mavesår eller alvorlig dyspepsi, må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Doser på 30 mg daglig eller høyere over lengre tid øker risikoen for gastrointestinale bivirkninger. Pga. nedsatt plateaggregasjon, samt interaksjon med ev. antikoagulantia og risiko for forlenget blødningstid, må piroxicam anvendes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Antiflogistika kan forårsake reversibel nedsattelse av nyregjennomblodning og nyrefunksjon. Forsiktighet må utvises ved nedsatt nyrefunksjon og/eller hjertefunksjon, samt ved høy alder. Pga. piroxicams renale utskillelse bør lavere dosering vurderes ved nedsatt nyrefunksjon, og pasienten overvakes. Bør søponeres ved vedvarende økning i leverfunksjonsprover eller kliniske tegn på leversykdom. Ved synsforstyrrelser anbefales undersøkelse hos øyespesialist. Anbefales ikke til barn. Kan maskere infeksjon. Ut fra teoretiske betraktninger og studier over virkningsmekanismen for antiflogistika er det en mulighet for at behandling over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser, inklusive frakturtilhelning. Det er videre mulig at artroser kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antiflogistika.

GRAVIDITET/AMMING: Kontraindisert i 3. trimester. Teratogen effekt er ikke vist i dyreforsøk. Anbefales ikke til gravide eller kvinner under amming da sikkerheten under graviditet ikke er dokumentert. Overgang i morsmelk. Konsentrasjon i melken ca. 1-3% av konsentrasjon i serum.

INTERAKSJONER: Preparater med høy proteinbinding, f.eks. orale antidiabetika og antikoagulantia. Økte litiumkonsentrasjoner er rapportert. Cimetidin kan gi lett økning i absorpsjon, AUC og C-max av piroxicam. Interferens med diuretika natriuretiske effekt. (I 50e anti-reumatika)

DOSERING: Doseringen er den samme for tabletter og dosepulver. Dosepulveret utføres i et 1/2 glass vann. Reumatoid artritt, mb. Bekhterev og artrose. Startdose og vanlig vedlikeholdsdose er 20 mg daglig, tatt som 1 dose. Noen pasienter kan forsøksvis få dosen redusert til 10 mg daglig, mens enkelte kan ha behov for opptil 30 mg daglig, som 1 eller 2 doser. Ved artrose bør behandlingen ikke gis kontinuerlig, men intermitterende, avhengig av pasientens plager (se Forsiktighetsregler). Juvenil Reumatoid artritt: Personer >46 kg: 20 mg. Dosen tas 1 gang daglig. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet: Første 2 dager 40 mg daglig som enkelt eller delt dose. Deretter 20 mg daglig i 5-12 dager. Primær dysmenore: Første 2 dager 40 mg tatt som 1 dose, senere om nødvendig 20 mg daglig. Behandlingen startes ved begynnende menstruasjonsbesvær.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Behandling: Symptomatisk. Aktivt kull kan redusere absorpsjon og reabsorpsjon av piroxicam.

PAKNINGER OG PRISER: (Pr. 1.3.96) Tabletter: Enpac: 7 stk. kr. 45,20. 20 stk. kr. 92,80.

Boks: 100 stk. kr. 370,90. Dosepulver 20 stk. kr. 92,80. T: 3, 17, 35.

NYCOMED PHARMA

DE NYE SPESIALISTREGLENE OG FRAMTIDEN FOR FAGET SAMFUNNSMEDISIN

Paradigmeskifte eller «more of the same»?



Sturla Gjesdal (45år) er cand med fra Bergen 1982. Erfaring som allmennlege, kommunelege 1, ass. fylkeslege, fagsjef i Statens helsetilsyn, rådgivende lege ved Bergen Sentrum trygdekontor. MPH fra London 1991, spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Nå universitetslektor i sosialmedisin ved Universitetet i Bergen, og legevaktslege i Bergen. Medlem av spesialitetskomitéen i samfunnsmedisin 1994-1997, og i den nye komitéen som skal sitte i 1998-1999.

Hvordan skal faget samfunnsmedisin defineres?

Petter Øgar starter med å hevde at Sjur Agdestein (og spesialitetskomitéen) bruker en «feil» definisjon av faget. (og «når utgangspunktet er som galest, blir ...»)

Som den rette definisjon nevner Petter Øgar en formulering som finnes i «Definisjonskatalog for allmennlegetjenesten», som skal være «velsignet» av Helsedepartementet.

Fra 1.1.98 gjelder de nye spesialistreglene i samfunnsmedisin fullt og helt. Spesialitetskomitéen i samfunnsmedisin har de siste årene arbeidet med å få konkretisert de nye spesialistsreglene, og med å få disse satt ut i livet.

Et viktig tema har vært hvordan man i praksis skal sikre en bredere basis for faget, også utenfor kommunehelsetjenesten. Spesialitetskomitéens leder Sjur Agdestein har redegjort for dette i en grundig artikkel i Utposten (1). Det har også vært flere andre innlegg i Utposten som diskuterer fagets framtid (2).

Petter Øgar, en frontfigur i norsk samfunnsmedisin, hadde i Utposten nr 3/97 et tilsvarende svar til spesialitetskomitéens leder (3). Artikkelen er nokså bastant negativ i formen og uventet konservativ i innhold, særlig med tanke på at forfatteren i det siste har bekjent seg til '68 versjonen av Bob Dylan (4).

Faget samfunnsmedisin har opp gjennom tidene blitt definert på mange måter. Det finnes både korte og fyndige, så vel som lange og detaljerte definisjoner. Skogland-komitéen, som la grunnlaget for spesialiteten i Norge, hadde i sin første innstilling, «Samfunnsmedisin i Norge» (5), et helt vedlegg kalt «diverse definisjoner av faget samfunnsmedisin». Den definisjonen som spesialitetskomitéen har lagt til grunn er som følger:

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

Denne definisjonen, som første gang ble formulert i 1920, har en lang tradisjon i norsk samfunnsmedisin (6) og internasjonalt (7-8), og er «velsignet» bl.a. av Verdens helseorganisasjon. Den blir også lagt til grunn i en samfunnsmedisinsk «bibel» som Oxford Textbook of Public health, (jfr bl.a. s. 12 og s. 240) (9).

Det er tankevekkende og kanskje

litt bekymringsfullt at en norsk definisjonskatalog – riktignok for allmennlegetjenesten – lager sin egen formulering av et begrep som har anerkjente definisjoner internasjonalt. Jeg synes ikke det blir bedre om det «velsignes» på politisk hold.

Hva skal barnet hete?

På samme måten som spesialiteten er blitt definert på ulike måter, er det også brukt ulike navn opp gjennom tidene (8,10). Samfunnsmedisin er den norske oversettelsen av betegnelsen «community medicine», som kom i bruk i 1970-årene. Dette navnet er nå i stor grad forlatt internasjonalt, til fordel for Public health/ Public health medicine/ Public health science (7). Dette kan oversettes med folkehelsearbeid eller folkehelsevitenskap, men også med uttrykket «offentlig helsearbeid», som var mye brukt tidligere.

Karl Evang brukte betegnelsen «Sosial og administrativ medisin» som oversettelse av begrepet Public health, da han åpnet Nordiska

Helsovårdshøgskolan i 1955 (5). Dette er også en god formulering, som sier mye om kjernen i faget samfunnsmedisin/ Public health

Faget samfunnsmedisin og kommunehelsereformen.

Den røde tråd i Petter Øgars innlegg, slik jeg leser det, er at kommunalt basert samfunnsmedisin er det grunnleggende og genuine, og at det livslange ekteskapet mellom den praktiserende allmennlege og samfunnsmedisineren er et «hellig» og overordnet prinsipp.

Han går så langt som å hevde at problemene i norsk samfunnsmedisin skyldes *realitetsbrist* hos mange kommuneleger/ samfunnsmedisinere! De (vi) har ifølge Petter Øgar ikke evnet å tilpasse seg «den forvaltningsmessige virkelighet og de spille-regler som gjelder». Etter hans mening bør spesialistutdanningens primære målsetting være å gi kandidatene kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør at de «bedre kan fungere i det kommunale system».

Dette dreier seg bl.a. om en evaluering av kommunehelsereformen, og hvilke konsekvenser den har hatt for faget samfunnsmedisin.

Mange norske samfunnsmedisinere har uttalt seg om dette og i Rønsløsmeldinga (11) fikk vi også en offentlig innrømmelse av tingenes tilstand. Stortingsmeldingen beskriver kommunenes nedprioritering av samfunnsmedisin, medisinsk faglig rådgivning og forebyggende arbeid. I stedet har vi fra 1984 fått en massiv satsing på omsorgs- og sosialbyråkrater med dårlig faglig styring, ofte med ressurs-sløsing til følge.

I den kommunale sektor har profesjonsinteressene i de paramedisinske yrkesgruppene langt på vei oppnådd det de ennå ikke har klart på sykehusene, nemlig å få plassert den medisinsk-faglige ekspertisen på sidelinjen.

I Einar Gerhardsens tid het det: «*Sosialisme er det som til en hver tid er vedtatt i Sentralstyret i Det Norske Arbeiderparti*». Man bør vokte seg vel for å la faget samfunnsmedisin bli avhengig av de til en hver tid rådende

kommunalpolitiske konjunkturer, og det som etterspørres av sentralstyret i KS, med tilhørende lokale forgreninger. I et hefte om legetjenestene i kommunene som nylig er utgitt av KS, er faget samfunnsmedisin overhodet ikke omtalt (12). Om dette skyldes *realitetsbrist*, eller andre anomalier innen KS, skal være usagt...

Det gjenstår å se om KS og myndighetene i forbindelse med innføring av fastlegeordningen er villig til å gi samfunnsmedisinere en sentral plass i det kommunale systemet, om samfunnsmedisin skal bli en interkommunal 2.linjetjeneste, slik noen har foreslått (2), eller om de siste 10-15 årenes forfall skal få fortsette.

Faget og spesialiteten samfunnsmedisin må ikke la seg prisgi utfallet av denne prosessen. Vi vil uansett ha en viktig rolle å spille innen norsk helsetjeneste.

De nye gruppene i norsk samfunnsmedisin, hvem er viktigst?

Petter Øgar slutter seg ellers til den skeptiske linjen overfor trygdelegene, og stiller spørsmål ved om de driver med samfunnsmedisinsk virksomhet. Denne diskusjonen kommer jeg tilbake til nedenfor. Han bruker imidlertid det merkelige argumentet at Sjur Agdestein og lægeforeningen ikke har definert sjeflegestillingene ved landets sykehus som samfunnsmedisinske stillinger og sjeflegene som naturlige medlemmer av OLL. I følge Petter Øgar burde disse i alle fall prioriteres før trygdelegene.

Han har et poeng her, men det er åpne dører som blir slått inn. Spesialitetskomitéen har i sin målbeskrivelse for faget omtalt sjeflegene som en gruppe som driver samfunnsmedisinsk virksomhet. Problemet er vel at sjeflegene, stort sett, rekrutteres internt i sykehusene, og at sjeflegene selv definerer seg som klinikere. Mange sjefleger har heller ikke samfunnsmedisinsk skoleing. Dette er et problem som også har konsekvenser for styringen av sykehusene og samarbeidet med primærhelsetjenesten. Mangel på samfunnsmedisinsk innflytelse og kompetanse er en generell svakhet i fylkeshelse-

tjenesten, og det er derfor spesialistutdannelsen nå i større grad er utformet slik at det også kan utdannes kandidater som vil ha slike oppgaver.

I dag har omlag 350 av 520 spesialister i samfunnsmedisin dobbeltspesialiteten allmenmedisin/samfunnsmedisin. I framtiden bør det tilstrebes flere dobbeltspesialister med samfunnsmedisin + en sykehusspesialitet. Dagens spesialistregler krever at 1 år av i alt 3 år i samfunnsmedisinsk veiledningsgruppe skal foregå mens man jobber i kommunehelsetjenesten. Kommende samfunnsmedisinere som har fast stilling i fylkeshelsetjenesten eller på fylkeslegekontor, må i dag ta et års permisjon for å jobbe i KHT for å få veiledningen godkjent. Dette gjelder også de som allerede har det ene året i primærhelsetjenesten som kreves i hovedutdanningen. Spesialitetskomitéen har fått en del dispensasjonssøknader på dette punktet.

Samfunnsmedisin – sosialmedisin – trygdemedisin ?

I debatten om de nye spesialistreglene har de rådgivende leger i Trygdeetaten kommet i fokus. Blant trygdelegene har mange små deltidstillinger, men et økende antall har dette som *hovedstilling* d.v.s mer enn 20 timer pr. uke. Trygdemedisinsk rådgivning består i å gi medisinsk-faglige, *kunnskapsbaserte* råd som vedkommer bruk av Folketrygdens midler.

I 1996 brukte Folketrygden 11,3 milliarder til sykepenger, 23,5 milliarder til uførepensjon og 6,8 milliarder til attføring. Til sammenlikning kan nevnes at Folketrygdens utgifter til all allmennlegetjeneste, fysioterapi og psykologtjeneste i Norge til sammen utgjorde knapt 2,3 milliarder. Utgiftene til medisin på blå resept beløp seg til 4,1 milliarder (13).

I den grad økonomi er et kriterium på viktighet har de medisinsk-faglige rådene til trygdelegene sannsynligvis langt større konsekvenser enn tilsvarende rådgivningsvirksomhet i kommunehelsetjenesten.

Det blir spurt, bl.a. av Petter Øgar, om den medisinsk-faglige rådgivningsvirksomheten som trygdele-

gene driver, både internt i trygde-etaten og i forhold til behandlende leger og annet helsepersonell, er *genuin samfunnsmedisin*. Den trygde-medisinske rådgivningsvirksomhet baseres på mange av de tradisjonelle elementene i samfunnsmedisin: Jus, forvaltningslære, helseøkonomi og epidemiologi. I tillegg har trygde-legene sin basis i klinisk medisin. Trygdemedisin har utviklet seg til en egen akademisk disiplin innen det samfunnsmedisinske fagfelt, med egne professorater.

Sentralt i det daglige rådgivnings-arbeidet står en kritisk vurdering av gehalten, «evidence», i fremlagte erklæringer fra allmennleger, privat-praktiserende spesialister, sykehus-leger og psykologer. Ofte er det svak dokumentasjon både for diagnoser og funksjonsvurderinger og det er ikke alltid like populært å bli kikket i kortene. Kravet til dokumentasjon, (evidence), vil i større grad bli stilt også på andre områder av helsetjenestens virksomhet, selv om det virker forstyrrende i en travel hverdag. Mange mener at dette i framtiden blir en helt sentral oppgave for faget samfunnsmedisin (14): «In God we trust, from everybody else we demand proof».

Attføring, oppfølging av langtids-sykemeldte og vurdering av behov for ulike trygdeytelser er hovedområder innen tradisjonell sosialmedisin. Disse problemstillingene står også sentralt i arbeidet til trygdelegene. Trygdekon-torenes «basisteam» er et av de få faste sosialmedisinske fora som finnes for tverrfaglig samarbeid i kommunene, og her deltar ofte trygdemedisnere.

Forholdet mellom samfunns-medisin og sosialmedisin er riktignok omdiskutert både i Norge (14) og internasjonalt (15). Særlig i USA har man ment at de to disiplinene over-hodet ikke bør blandes sammen. I Norge mener de fleste at sosial-medisin bare kan overleve ved å få en eksplisitt og viktig posisjon innenfor faget samfunnsmedisin (14,16). Dette bør tale i favør av å gi trygdelegene en plass i det «gode samfunnsmedi-sinske selskap».

Mange av de som stiller spørs-målstegn ved om trygdeleger i

hovedstilling driver samfunnsmedisin, har ikke problemer med å karakteri-sere en kommunelege 1 med 4 dagers allmennpraksis og en dag adminis-trativ tjeneste på Rådhuset, som en «genuin» samfunnsmedisinere.

På dette punktet har det vært ulike syn i spesialitetskomitéen. Noen mener det vil bli nødvendig å kreve at et minimum antall timer pr. uke skal brukes til samfunnsmedisin for å kunne godkjenne en stilling som tellende til spesialiteten. Andre er av den oppfatning at en hver stilling som kommunelege 1/ MFRL bør anerkjennes fullt ut som samfunns-medisinsk stilling, uavhengig av for-delning mellom kurativt og samfunns-medisinsk arbeid, slik det har vært siden samfunnsmedisin ble opprettet som egen spesialitet i 1984.

Vi trenger nytenkning.

Lægeforeningen og Sosialdeparte-mentet har gjennom de nye spesia-listreglene staket opp en ny kurs for norsk samfunnsmedisin. I tillegg har Lægeforeningens satsing på akade-misering av anvendt samfunnsmedi-sin begynt å gi resultater etter en viss ørkenvandring.

Betyr dette at norsk samfunns-medisin kan stå foran et paradigme-skifte? *Faget* etterspørres i økende grad (men kanskje ikke først og fremst på de kommunale rådmannskontorene). Et velfundert, kunnskapsbasert medisinsk-faglig råd har i dag høyere verdi på markedet enn noen gang. Dersom samfunnsmedisinene lærer seg mer om hvordan man skal gi et kunnskapsbasert medisinsk-faglig råd, kan spesialister i samfunns-medisin i økende grad bli en etter-traktet gruppe i helsetjenesten, på alle nivå. Hvis tingene gripes an på rett måte, kan faget, og spesialiteten, gå fra en frustrerende situasjon som «askepottspesialitet» (16) i norske kommuner til å bli en «rygggrad» i norsk helsetjeneste (17).

1. Agdestein S. Den nye hovedutdanning-en i samfunnsmedisin Utposten 1997; 26: 48-50
2. Bergesen E. Kamøy MJ. Vige V. Folkvord L. Korleis styrkje det samfunnsmedisin-ske arbeidet i kommunane ? Utposten 1997;26: 136-8
3. Øgar P. Ny hovedutdanning i samfunns-medisin. Utposten 1997;26:124-5
4. Øgar P. The times they are a-changing. Utposten 1997;26:
5. Innstilling om videreutdanning i sam-funnsmedisin og i administrasjon for leger. (Skoglandutvalget) Den norske Lægeforening. Oslo 1983
6. Evang K. «Public health» - social og administrativ medisin. Tidsskr. Nor Lægefor 1953;767-77.
7. DHHS: Public health in England. (The Acheson Report). London HMSO 1988.
8. Kähler L. (red) Samhallsmedisin - en larobok for medicinsk og social perso-nell. Lund: Studentlitteratur, 1983
9. Detels R. Holland WW. McEwen J. Omenn GS. (red) Oxford Textbook of Public health, 3.edition. New York, Oxford, Tokyo: Oxford University Press, 1997.
10. Holland WW. Changing names. Scand J Soc Med 1994;22:1-6
Røysler med lova om helsetenesta i kommunane (Stortingsmelding nr.36 1989-90)
12. Kommunal sektor og legetjenestene. Oslo 1996: Kommuneforlaget.
13. Trygdestatistisk årbok 1997. Oslo: RTV
14. Muir Gray JA: Evidence-based healthca-re. London Churchill Livingstone, 1997
15. Mæland JG. Fra sosialmedisin til folke-helsevitenskap. Tidsskr.Nor lægeforen 1990;110:394-5
16. Roemer MI. The meanings of Social medicine and Public health. Scand J Soc Med 1993;21:63-65
17. Smith A. Vi må styrke den sosialmedi-sinske dimensjonen samfunnsmedisi-nen. Utposten 1997;26:121-2
18. Gjesdal S. Samfunnsmedisin - «annerle-dessspesialitet» eller «rygggrad i helseve-senet» Utposten 1994; 23: 260-3
19. «Et ustyrlig helsevesen uten rygggrad». Intervju med F.Mellbye. Tidsskr.Nor Lægefor 1991;111:1874-6

En gang var jorda flat

*I dag er jorda rund,
fjæren er blitt til fem høns
og journaler føres med
Profdoc Vision Allmenn.*



*Profdoc Vision Allmenn
er et windowsbasert
system som gjør det
mye enklere å føre journal.
Med selvforklarende ikoner,
mange valgmuligheter
og rask tilgang
på hver funksjon.*



SYSDECO

SYSDECO PROFDOC

Schwabesgt. 5, Postboks 440, 3601 Kongsberg.
Telefon 32 77 16 77. Telefax 32 72 02 81.

Hvordan bedre rekrutteringen til samfunnsmedisinske stillinger?

Bakgrunn, utfordringer og strategier



Fred Andersen, 55 år,
cand.med i Bergen i 1969.
Spesialist i allmennmedisin og
samfunnsmedisin.
Særskilt interesse for epidemi-
ologi, smittevern og akuttmedi-
sin.
Godkjent veileder i allmenn-
medisin fra 1991
26 års praksis i allmennmedi-
sin. Distriktslege i Steigen
frem til 31. mars 1984. Kom-
munelege I samme sted fra 1.
april 1984.

Utviklingen av samfunnsmedisinen i Norge

Erkjennelsen av miljøfaktorenes betydning for befolkningens helse og leveutsikter har øket gradvis gjennom historien. Klinisk epidemiologi som vitenskap kan spore sine røtter tilbake til England ved midten av forrige århundrede. Den industrielle revolusjon var på rask fremmarsj, nye kommunikasjonssystemer var

under utvikling, og interessen for vitenskap var stor. Midt i dette tøværet i en fordomsfri opplysningstid står også vår egen helselovgivnings røtter. Sundhetsloven av 1860 var et barn av sin tid.

Sundhetsloven var et fremsynt storverk i norsk folkehelsearbeid. Den formaliserte struktur og fordelte oppgaver og ansvar på en helhetlig og innsiktsfull måte. Den rommet både det vi i dag kaller oppgaver innenfor miljørettet helsevern og oppgaver innenfor smittevernet. Fra århundreskiftet av kom etterhvert flere nye lover og forskrifter som supplement til- eller med hjemmel i Sundhetsloven. Disse bidro til å sementere strukturen i det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet. Særlig var tuberkuloseloven og lovgivningen for kontroll og behandling av kjønnsykdommer viktige. Med tiden økte antallet nye lover, forskrifter og rundskriv som omhandlet forebyggende helsearbeid betydelig, og til slutt forelå det omkring hundre ulike skrifter som hjemlet de forskjellige sidene av helserådsarbeidet. Mot slutten av 1970-tallet var tiden faglig sett moden for en harmonisering og forenkling av lovverket. I tillegg hadde den demokratiske samfunnsutviklingen gjort Sundhetsloven foreldet. Det siste var kanskje den viktigste politiske drivkraften bak vedtaket om Lov om kommunehelsetjeneste av 1982.

Fra autonomi til styring

Intensjonene med den nye Lov om kommunehelsetjeneste var i første rekke å gi kommunene bedre styring

med utviklingen av helsetjenesten på lokalplan. Man mente at kommunene selv var best i stand til å definere sine behov og sette mål for tjenesten som var tilpasset lokale forhold. Dette medførte en desentralisering og overføring av lovhjemlet myndighet fra Staten til kommuner og fylkeskommuner. Kommunene ønsket en slik løsning, men det store flertallet av leger i offentlige stillinger vegret seg.

For den offentlig ansatte lege førte iverksettelsen av Lov om kommunehelsetjeneste 1. april 1984 til endringer på flere områder. Ny arbeidsgiver var isolert sett relativt uproblematisk, men den nye arbeidsgiveren stilte krav som medførte endring av arbeidsstruktur og omlegging av driften i tjenesten. Distriktslegen ble underlagt kommunale forvaltningsrutiner og reglement. Han hadde fått en arbeidsgiver som var nær og tilstede og hadde et uttrykt ønske om å styre, også helsetjenesten. Denne omstillingsprosessen ble det vanskelig for mange å forholde seg til. Organisasjonsmodellene varierte sterkt fra kommune til kommune. Kommandolinjene var uklare. Faglig høy kompetanse ble ofte underlagt en svak og uprofesjonell administrativ ledelse. Dette var en ny erfaring for den offentlige lege, som gjennom flere ti-år hadde utviklet stor faglig autoritet i et liberalt yrke. Arbeidsgiverens utgangspunkt i prosessen var et ønske om lege med fast lønn, regulert arbeidstid og en detaljert arbeidsinstruks som ivaretok kommunens samlede behov for lege-

tjeneste. For en stor del av legene utløste dette skisma mellom tilvant faglig autonomi og den nye arbeidsgivers styringsrett et nærmest unisont ønske om overgang til privat kurativ legetjeneste med driftstilskudd. Mange kommuner ble derved henvist til å kjøpe eller avtalefeste tilsynsfunksjoner og andre samfunnsmedisinske tjenester hos den privatpraktiserende legen. Selv om Lov om kommunehelsetjeneste prioriterte nettopp det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet, lå det i denne utviklingen en risiko for at de samfunnsmedisinske oppgavene likevel kunne bli nedprioritert både av legene og arbeidsgiverne. Man sitter da også igjen med et inntrykk av at grupperettet helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i for liten grad er blitt etterspurt i kommunene i årene etter 1984. Dette kan for det første ha sammenheng med en mangelfull forståelse på lokalplan for sammenhengene mellom miljø og helse. Dernest kan utviklingen av velferdsstaten på mange måter ha usynliggjort behovet for å bevare basale rammebetingelser i folkehelsearbeidet.

Kurativ medisin er det derimot enklere å forstå og forholde seg til. Det samme gjelder individrettet, forebyggende helsearbeid i skolehelsetjeneste, helsestasjonsarbeid og svangerskapsomsorg.

Distriktslegens fall

Den andre store endringen loven utløste var av direkte politisk art. Den kan sees på som et nødvendig moderniseringstiltak, men hadde dessuten stor symbolverdi for partene:

De gamle helserådene ble lagt ned. I tillegg ble stillingsbetegnelsen *distriktslege*, byttet ut med *kommunelege*, og *helserådsordfører* med *medisinsk faglig ansvarlig*. Loven sa riktig nok at dette skulle være en lege, men denne legens posisjon i forhold til kommunens øvrige administrasjon og ledelse og i forhold til den politiske struktur i kommunen forble uavklart. Kommunene sto fritt til å organisere legens plassering i byråkratiet etter

lokale behov. Revisjon av Lov om kommunehelsetjeneste og av Kommune-loven i 1995 forsterket denne utviklingen. Fra å være *medisinsk faglig ansvarlig* ble kommunelegen nå *medisinsk faglig rådgiver*.

Våren 1996 sendte jeg, i egen-skap av medisinsk faglig rådgiver for det lokale interkommunale nærings-middeltilsyn, et kort spørreskjema til kommunelege 1 i 12 nabokommuner. Spørsmålene gikk på hvordan legene vektla arbeidet med miljørettet helsevern i sin kommune. Jeg fikk ikke ett svar. – Kanskje var det svar godt nok –. Når det i enkelte kommuner i dag knapt nok behandles saker med hjemmel i Lov om kommunehelsetjeneste, kan det være en konsekvens av de siste lovendringene. En annen konsekvens synes å være at det de siste årene har oppstått økende problemer med rekruttering av fagpersonell til samfunnsmedisinske stillinger, særlig i små kommuner. Flere av disse står nå helt uten faste leger.

Disse to forhold, manglende faglig og administrativ autonomi og sviktende saklig innflytelse, er viktige utviklingstrekk ved samfunnsmedisinen som fag etter 1984. Denne utviklingen kan være av kausal betydning for sviktende rekruttering til og interesse for faget, men det er neppe de eneste årsakene.

Faglige utfordringer

I takt med den medisinske og teknologiske utvikling har kurativ medisin stadig pløyd ny mark og høstet fortjenestefull honnør for sine resultater. Forståelsen av faktorer i miljøet som har innflytelse på helse, har også øket sterkt. Kunnskaper på dette feltet har imidlertid en langt bredere naturvitenskapelig basis enn klinisk humanmedisin. Samfunnsmedisinen som fag kommuniserer mot en rekke naturvitenskapelige fagområder og er ofte avhengig av å støtte seg til en tverrfaglig kunnskapsbase i sin rådgivning overfor politikere og administrasjon. Dette er en av årsakene til at samfunnsmedisinen som fag har problemer med å oppnå den kurative medisins status og faglige autonomi.

Det synes å være faglig enighet om å sikre miljø og natur mot varige ødeleggelser og å bevare artenes mangfold. Samfunnsmedisinen har i videste forstand som sin eksplisitte oppgave å sikre mennesket som art mot sykdom og helseskade. Andre fagområder ivaretar store mengder innsikt om omgivelsene. Samfunnsmedisinen skal ivareta innsikten om menneskets respons på de ytre påvirkningene. Dette nødvendiggjør en tverrfaglig tilnærming til en rekke av de mest brennbare problemstillingene. Det nødvendiggjør også utstrakt bruk av klinisk epidemiologi som vitenskapelig metode. En ytre miljørisiko har ofte flere uavhengige faktorer som i ulik grad kan være av kausal betydning for folkehelse. Forurensninger av råvannskilder brukt til drikkevann er ett slikt eksempel. Her må klinisk epidemiologi inkludere metoder for multi-faktorielle risikoomanalyser som grunnlag for rådgivning i beslutningsprosessen.

Fremtidens utfordring ligger også i bredere kunnskaper og dypere innsikt på den delen av det samfunnsmedisinske fagfeltet som ligger utenfor tradisjonell klinisk medisin. Men uansett egen faglig kompetanse så vil evne til tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid i respekt for andres fagkunnskaper stå helt sentralt i vår fagutvikling.

Organisatoriske utfordringer

I en utviklingsprosess er det sjelden klokt å arbeide for å skru klokken tilbake. Heller ikke for samfunnsmedisinen er det noen fruktbar vei å gå. Vi skal videre, og vi tvinges videre. Både Kommune-loven og Lov om kommunehelsetjeneste vil i hovedsak bli stående slik de er. Utfordringen ligger ikke i å fremskynde lovendringer. Utfordringen ligger i å finne fruktbare løsninger innenfor de gitte rammene. Hvordan kan vi sikre tilstrekkelig innflytelse og derved gode løsninger i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i kommunene slik dagens premisser er lagt? Det er reist mange innvendinger mot kombilegens fremtid i vårt land.

Gjennomsnittsstørrelsen på kommunene i Norge er slik at kombilegen i praksis fortsatt kan være liv laga. Noe annet er ikke realistisk i overskuelig fremtid med mindre flere mindre kommuner går sammen for å løse rene, samfunnsmedisinske oppgaver. Lov om kommunehelsetjeneste gjør kommunen til en autonom enhet, og muligheten for organisert interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern med delegert myndighet etter loven foreligger ikke. Det er ikke realistisk å få besatt kommunelege i stillingene i alle landets kommuner med spesialister i samfunnsmedisin. Det kan til og med være slik at kommunelegestillinger ikke blir besatt nettopp fordi de er tillagt samfunnsmedisinske oppgaver. Det akutte behov på individplan vil alltid være av kurativ art. På kort sikt vil det derfor være viktigere for kommunene å prioritere leger generelt uansett faglige preferanser fremfor å søke leger som også ønsker samfunnsmedisinske oppgaver.

På ett punkt bør tidsuret allikevel skrus tilbake. Når Lov om kommunehelsetjeneste kaller samfunnsmedisineren rådgiver, må loven også skaffe oss et møtested med beslutningstakerne. Det er ikke alltid like lett å formulere seg skriftlig slik at politikere med ulik bakgrunn føler at de har fått nok informasjon. Den samfunnsmedisinske interesserte kommunelege må gjenninnses i det forum der beslutningene blir tatt, både administrativt og politisk. Han må bli en naturlig del av det kommunale saksbehandlingskorps og få saksinnflytelse gjennom muligheten til å gi muntlig tilleggsinformasjon i møte. Så sammensatt som de samfunnsmedisinske problemstillinger ofte er, vil en slik mulighet også kunne innebære en viss skolering av politikere.

Under et arbeidsseminar om samfunnsmedisin i Bodø i mars 1997 uttalte representanten fra KS at det av og til kunne være gunstig for fagfolk å trå tilbake og la politikerne ta sine avgjørelser i fred.

Politikerne kan gjerne få fred for fagfolk, men først etter at de selv

føler at de er tilført nok informasjon og har forstått problemstillingen. Også fagpersonell må føle seg trygge på at politikerne og administrasjonen har forstått og at man har en felles realitetsoppfatning. I denne prosessen trenger man et felles møtested. Det betyr at samfunnsmedisineren igjen må få tre inn i det politiske rom, ikke med stemmerett, men med mulighet til å svare på spørsmål og gi en faglig utredning.

Utfordringer ved tusenårsskiftet

De samfunnsmedisinske utfordringer vil øke i fremtiden. Allerede nå ser vi konturene av dette. Den kurative medisin har hatt en eventyrlig utvikling. Fortsatt står nye utfordringer i kø på dette feltet, men kurativ medisin har også skapt en rekke nye problemer som den i noen grad kun sveiper forbi uten å fremme egne forslag til helhetlig løsning. Det mest sentrale av disse er oppgaver innen prioritering. En annen utfordring som også i høy grad er et prioriteringsspørsmål, men som kurativ medisin i liten grad har berørt, er evaluering av ressursbruk i forhold til utvikling av ny teknologi mot marginale pasientgrupper. Et tredje område er resistensutvikling innen mikrobiologien. Dette er tre sentrale eksempler på samfunnsmedisinske utfordringer som i en viss grad er generert av kurativ medisin, men som må gis en helhetlig løsning innenfor rammen av en samfunnsmedisinsk kontekst. Den samfunnsmedisinske vitenskapelige basis må styrkes og videreutvikles i våre mest sentrale administrative og faglige institusjoner (Folkehelse, Statens Helsetilsyn, Sosial- og Helsedepartementet og universitetenes samfunnsmedisinske institutter).

Inn i et nytt årtusen vil vi bli møtt av store psykososiale utfordringer. WHO's scenario frem mot år 2030 gir føringer for hvor satsningene må skje. Depresjoner, psykosomatiske lidelser og SAM-sykdommer får en dominerende plass. FN's klima og økologiske scenario frem mot 2100 viser bl.a. økologiske og mikrobiologiske konsekvenser av en sannsynlig

temperaturstigning på 2 grader om sommeren og 3–4 grader om vinteren i Norge. Betydningen av vektbårne mikroorganismer og giftige alger vil øke med konsekvenser for infeksjonspanorama, matvarer og drikkevann.

Disse visjonene betyr i klartekst at vi må bringe med oss og videreutvikle en høygradig samfunnsmedisinsk kompetanse og beredskap inn i et nytt årtusen. I dette arbeidet kan ingen erstatte samfunnsmedisineren med medisinsk embetseksamen og basis i klinisk humanmedisin.

Hva kan gjøres?

Tidligere er berørt de økende problemer som er registrert med rekruttering til samfunnsmedisinske stillinger på kommunenivå. I mange små kommuner med samfunnsmedisinere i kombinerte stillinger vil dette i noen grad kunne gå ut over rekrutteringen til kurative stillinger, og kommunene får store problemer med å dekke primærbehovene i den lovpålagte helsetjenesten. Vi har i dag flere små kommuner som står helt uten faste leger og kun får sine akutte behov for helsehjelp dekket av korttids utenlandske legevikarer. Men også i større kommuner er det problemer med å få ansatt kvalifiserte samfunnsmedisinere i ledende stillinger. Med bakgrunn i modeller fra *Samla Plan*-prosjekter og andre initiativer er det enkelte steder utviklet lokalt eller regionalt interkommunalt samarbeid om næringsmiddeltilsyn med tilknytning av fagpersonell innen miljørettet helsevern. Enkelte av disse modellene har skapt en plattform for tverrfaglig samarbeid som gir råd på de fleste områder innen fagfeltet, særlig innen teknisk hygiene. Veterinærmedisinen står sterkt i disse prosjektene, mens samfunnsmedisinene kun i liten grad har funnet sin plass her. De er ønsket, men få har tatt utfordringen.

I valg av veier mot en enhetlig og styrket organisering av de samfunnsmedisinske tjenestene på lokalplan foreslås følgende strategi:

- Det bør i nær fremtid legges føringer for rene samfunnsmedisinske stillinger på kommunenivå. I små kommuner er dette ikke mulig, men Lov om kommunehelsetjeneste må søkes endret slik at de samfunnsmedisinske oppgavene etter kap 4a kan delegeres til et interkommunalt samarbeidende organ, uten at det skal utfordre kommunens autonomi.

- Den interkommunale samfunnsmedisinske spesialist bør knyttes til en plattform for tverrfaglig, interkommunalt samarbeid med medisinsk faglig rådgivningsansvar etter Kommunehelsetjenestelovens kap. 4a. Denne plattformen bør ha tilknyttet teknisk hygienisk personell, veterinærmedisin, næringsmiddeltilsyn og kommunalt miljøvern.

- Det er viktig at næringsmiddeltilsynets desentraliserte laboratoriestruktur bevares i en slik kontekst.

- Det interkommunale samarbeidet bør være formalisert med hjemmel i Kommuneleien.

- Den medisinsk faglige rådgiver bør tildeles rett og plikt til selv eller ved stedfortreder å møte i de samarbeidende kommuners politiske fora for å gi en faglig redegjørelse i saker som ikke er delegert.

- *Skal dette lykkes, må akademiseringen av den samfunnsmedisinske spesialitet styrkes.*

Den medisinske grunnutdanning bør fra første studieår legge noe større vekt på klinisk epidemiologi og medisinsk statistikk. Selve spesialistutdanningen må i større grad vektlegge epidemiologisk kompetanse på forskningsnivå, og ledelsesaspektet i spesialiteten må styrkes.

- Med en slik organisatorisk struktur og faglig oppbygging kan man se for seg en utvikling av sentra med høy tverrfaglig kompetanse som samarbeider om alle aspekter av Miljørettet helsevern. Befolkningsgrunnlaget kan tenkes å ligge mellom 50 000 og 150 000 innbyggere pr. interkommunalt senter. Kommunene bør selv få velge samarbeidspartnere ut fra sine tradisjoner.

For enkelte kan dette fortone seg som en sentralisering. I virkeligheten er det en tilnærmingssåte for å styrke lokalsamfunnene mot mer omfattende sentraliseringstendenser der kompetansen lokalt rett og slett forblir fraværende og infrastrukturen forvitrer.

Konklusjon

Folkehelsearbeidet i et moderne samfunn med stor handel og trafikk på tvers av landegrensene, med økende folketetthet og økende risiko for miljøforurensning, krever øket samfunnsmedisinsk kompetanse. Samarbeid på tvers av flere ulike fagfelt, både naturvitenskapelige og humanistiske, er helt nødvendig for å lykkes. Øket spesialisering og høyere kompetanse er det veivalg som skal sikre en kunnskapsbasert samfunnsmedisinsk rådgivning. Denne kunnskapsbasen bør i større grad også anvendes på kommunenivå, men fortrinnsvis i form av rene samfunnsmedisinske stillinger i et tverrfaglig interkommunalt samarbeid.

Referanser kan fåes ved henvendelse til forfatteren.

«Et nummer i kreftregisteret» kan vi kalle det

*En historie fra allmennmedisinsk hverdag
- denne gangen fra pasienten.*

Evas historie presenteres helt ubeskåret. Jeg ønsker at Utpostens lesere skal få se den slik – lese, reflektere, og kan hende bruke noe av refleksjonen i den praktiske hverdag.

Jørpeland i februar – 98 Anne Mathilde Hanstad

Kulen

Jeg hadde aldri forestilt meg at jeg skulle få kreft. I vår familie får vi ikke kreft. Vi får hjerteinfarkt! Jeg har alltid levet forholdsvis sunt og fornuftig, og jeg ammet ungene mine i årevis, så brystkreft har jeg i hvert fall aldri bekymret meg for.

Så da jeg tidlig i sommer (97) oppdaget en forandring i en del av venstre bryst, var jeg sikker på at det var muskelknuter – eller betennelse i melkegangene – eller en slags hormonforandringer, begynnende overgangsalder – eller noe sånt. Jeg nevnte det for legen da jeg var der i en annen anledning. Han mente visst ikke det var noe heller, men kunne gjerne bestille en undersøkelse på sykehusets poliklinikk. Av ulike grunner ble det ikke før etter min ferie, i slutten av juli.

Jeg hadde ikke noe særlig god ferie. Jeg fikk god tid til å tenke og kjenne etter, og ble mer og mer betenkt over dette her. Hva var det, hvis det ikke var kreft? Jeg begynte å telle dagene til undersøkelsen, og var ikke bra i det hele tatt. På slutten av ferien hadde jeg noen mystiske feberanfall. Jeg fikk penicillin. Det hjalp på allmenntilstanden, og det bekreftet jo teorien om betennelse. Men kulen i brystet var der fremdeles. Og den var ikke liten, heller.

EVA – 060452
– gift og mor til tre barn.
Yrkesaktiv.

Eva presenterer
«En historie fra
det virkelige liv»:

Utredning og venting

Omsider ble jeg undersøkt på sykehusets poliklinikk med røntgen, ultralyd og celleprøve. Røntgen og ultralyd viste bare at noe var galt, ikke hva det egentlig var. Resultatet av celleprøvene skulle jeg vente en hel uke på. Det var en lang uke. Nå var det jo to leger som hadde sagt til meg at det godt kunne være kreft, men fremdeles klarte jeg nesten å lure meg selv og håpe på at de tok feil. Men så hadde de rett likevel! Jeg trodde jeg skulle dø. Det satt i bakhodet hele tiden. Når noen snakket om noe som skulle skje litt ut i framtida, tenkte jeg: Lurer på om jeg får være med på det eller, tro om jeg lever neste sommer? Sett i et slikt perspektiv, tar hverdagene våre seg ganske besynderlige ut. Hva er det for masse tull vi kaster bort livet vårt på? Og hva bør en egentlig bruke tiden til, hvis en får vite at det bare er kort tid igjen? En kan jo ikke sitte

og være dypsindig hele tiden, eller skrive sine erindringer – eller for den saks skyld stresse rundt og gjøre alt en ikke har rukket over før!

Venner og kjente sa til meg: «Legene er så flinke i dag. Jeg kjenner flere som har vært gjennom dette og er blitt helt gode. Det går sikkert bra, skal du se.» «Jada», sa jeg, og tenkte: «Hva vet dere om dette? Noen dør faktisk av det.

Hvorfor skal ikke jeg dø,

da? Jeg aner ikke hvor lenge jeg har gått med disse cellene. De kan jo ha spredd seg allerede.»

Når først det umulige var skjedd, at jeg hadde fått kreft, da kunne jo like gjerne det neste umulige skje, at jeg døde av det.

Grensen for det umulige eksisterte liksom ikke lenger.

Før operasjonen

Jeg syntes fryktelig synd på meg selv og familien min. Jeg visste at det etter operasjonen kunne bli aktuelt med etterbehandling, enten strålebehandling, cellegift eller begge deler. Alt hørtes ganske skummelt ut. Jeg spekulerte en del på det, til jeg skjønte at jeg var nødt til å forsøke og dele spekulasjonene mine opp i mindre biter. Det ble for mye å ta inn over seg på en gang. Jeg bestemte meg for bare å tenke frem til operasjonen. Så fikk resten komme etter hvert.

Det viste seg å være en god ide. Jeg klarte faktisk å forberede meg ganske godt på operasjonen, tenke gjennom den, og innstille meg på det som skulle skje. Til slutt så jeg faktisk fram til den, eller kan hende mest til å få i alle fall operasjonen overstått. Jeg følte meg tryggere og i psykisk bedre balanse. Langt på vei greide jeg å skyve til side bekymringene for neste fase.

På Sykehuset

Jeg har ikke på noe tidspunkt følt det som en ulykke å skulle miste et bryst. Dette «tapet av kvinnelighet» er det sikkert en mannlig psykolog som har funnet på! Nei, det er kan hende ikke noe å fleipe med, men jeg tror at når man er oppe i situasjonen selv, ser man på det først og fremst som en syk kroppsdel som må bort for at resten kanskje kan bli friskt. Jeg snakket med noen andre pasienter om det på sykehuset. Ingen skjønte egentlig at det var noe stort problem å miste et bryst. Kanskje var det det hvis en var 20 eller 30 år. Men når en er ferdig med småbarnstiden og har en mann som er glad i en likevel, klarer en seg helt fint. Det er tross alt en kroppsdel som lett kan unnværes!

På sykehuset traff jeg andre kvinner i samme situasjon som meg. Selv om våre tilfeller artet seg ulikt, var vi i samme båt. Vi lå fem på hver stue, og det var mye prating. Endelig hadde vi funnet noen å snakke med, noen som visste hvordan det var. Jeg skjønte også at det finnes ulike typer brystkreft som utvikles forskjellig og behandles ulikt. Du kan ikke lære mye om ditt eget tilfelle ved å høre om andres. Diagnosene er helt individuelle. Vi hadde en åpen og fortløpig omgangsform. Det var liksom ikke mulig å holde noe hemmelig der. Og jeg oppdaget plutselig, med en viss undring, at her handlet det jo slett ikke om å dø, men om å bli frisk.

Vi fikk god og omsorgsfull pleie. Noen visste allerede at de skulle ha strålebehandling etterpå, men de fikk informasjon om hvordan det praktisk skulle foregå. Sykehuset



kunne organisere det slik at flere fikk reise eller bo sammen i Bergen, så en ikke skulle være alene om det. Vi fikk besøk av en ganske stilig dame, som selv hadde hatt brystprotese i mange år. Hun orienterte om anskaffelse og bruk av en slik. Vi var hos fysioterapeut og fikk instruksjon i de øvelsene vi skulle gjøre for å komme i form igjen.

Vi forlot sykehuset fulle av livsmot og optimisme. Nå gikk det rette veien!

Ute fra sykehuset

Nå var jeg godt i gang med neste fase; tiden fra operasjonen til jeg skulle få beskjed om eventuell etterbehandling. Ved en brystoperasjon tar de ut alt de finner av lymfeknuter i armhulen på samme side. En spredning av kreftcellene vil i første omgang foregå ute i lymfesystemet og oppsamles i lymfeknutene. Antallet av lymfeknuter med kreftceller er da en indikator på spred-

ningen. Art og omfang av etterbehandling bestemmes ut i fra spredningen til lymfeknutene.

I ventetiden forsøkte jeg å forberede meg på at en viss etterbehandling nok ville være nødvendig. Jeg klarte faktisk å gi det en positiv vri. Jeg kunne jo se det slik at jeg egentlig var privilegert. For en generasjon siden, eller i dag i andre deler av verden, hadde jeg måttet innstille meg på å dø av dette. Nå kunne jeg få behandling og bli frisk. Slik sett kunne jeg jo nesten se fram til å måtte reise til Bergen og få strålebehandling.

Cellegift – ikke stråler, ennå

Jeg var heldig. Spredningen var så «liten» at jeg ikke trengte stråling. Jeg skal få cellegiftkur over seks måneder; en sprøyte hver tredje uke. Det ser ikke ut for å være noe særlige bivirkninger, men for å forebygge tretthet og depresjon, skal jeg ta det med ro og «bare gjøre ting jeg har

lyst på». Dessuten skal jeg ta noen antihormontabletter i fem år, for å forebygge tilbakefall, og de tablettene har visst ikke noe særlig med bivirkninger. Jeg skal til kontroll på sykehuset i blant. Jeg føler meg godt tatt vare på.

Om å forebygge, og ta vare på seg selv

Til slutt vil jeg reklamere litt for mammografiundersøkelse. Jeg møtte på sykehuset bare en kvinne på egen alder. Vi hadde begge oppdaget noe selv ved en tilfeldighet. Alle andre jeg snakket med, var over femti og hadde vært innkalt til rutineundersøkelse. På mammografien kan de finne ting i millimeterstørrelse – ting som du ikke har sjanse til å oppdage før det har vokset seg større,

og de må fjerne deler av eller hele brystet.

Ærligheten – og åpenheten

Det er noen som har sagt at «jeg har tatt dette veldig fint, og snakket åpent om det». Andre er kan hende blitt skremte av min ærlighet. For meg har det hatt en terapeutisk virkning å sette ord på tankene. Det som kanskje var for «sterkt» og direkte å si til noen, har jeg skrevet i en dagbok. Når jeg blar tilbake og leser i den, er det mye som allerede nå virker litt fjernt for meg. Var det virkelig slik det var?

En måned senere

Jeg holdt det innlegget jeg har skrevet ovenfor i Klubben seks uker etter

operasjonen. Det var ikke lett å få sagt alt, men jeg tror det var god terapi for meg å gjøre det. Hvor lang min sykehistorie skal bli, kan ingen fortelle meg, men jeg føler at jeg i alle fall er ferdig med første kapittel. Jeg visste jo så lite om kreft før jeg selv ble rammet. Jeg har tenkt en del på om bedre informasjon ville ha spart meg for de mest angstfylte tankene. Jeg tror likevel at det er en psykisk prosess en må gjennom. Vi tror det vil vil tro, uansett hva andre forteller oss. Likevel vil jeg understreke viktigheten av informasjon. Det vi ikke vet, gjetter vi oss til. Fantasiene kan være mye verre enn virkeligheten!

Eva 060452.

UTPOSTENS annonsører

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

Tidsskrift nr. 1998

	Materiellfrist:	Utsendelse
Nr. 4	8. mai	12. juni
Nr. 5	21. august	2. oktober
Nr. 6	11. september	16. oktober
Nr. 7	9. oktober	13. november
Nr. 8	30. oktober	4. desember

BESTILLING:

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



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. Fargenøkkel: Kvinneløst (E 104).

Egenskaper: Årsavgift. Trefasisk østrogen-progestogenkombinasjon (kombinasjonspille) med østrogeninnhold i midtcyklus svarer til den postovulatoriske progestogendosis i en normalcyklus. De siste 5 dager av progestogendoseringen reduserer utgangsdoseringen, utgangsdosis holdes konstant gjennom hele behandlingsperioden. Den totale utvaskningsperioden pr. cyklus blir dermed lav, samtidig som sikkerheten opprettholdes og cyklusrytmen er god. Noretisteron har god 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.

Virkingssmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjonen. Dessuten påvirkes cervix-slimet slik at spermiets passage vanskeliggjøres og endometriet påvirkes med redusert mulighet for nidasjon. **Absorpsjon:** Hurtig absorpsjon med maks. serumkonsentrasjon for begge hormoner innen 2 timer etter inntak. **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:

Kontraseptiv: Antikonsepsjon.

Kontraseptiv: Verifisert eller mistenkt cancer mammae og østrogenavhengige

svulster i skjede, endometriumhyperplasi eller adenom. Kardiovaskulære eller cerebrovaskulære lidelser som tromboflebit eller trombose i akutt stadium eller i anamnesen. Utpreget familiar disposisjon for kardiovaskulære sykdommer eller trombose. Leveforhold med høy risiko for trombose, akutte, Dubin-Johnson syndrom, Rotor syndrom, graviditetstoksikose i anamnesen (gjennomsnittlig hepatitt med normalisert leverfunksjon er dog ikke kontraindikasjon). Sigdellussens. Porfyri. Hypertensjon. Graviditet. Udiagnostisert vaginallidelse. Høye gattensjoner i anamnesen. Hyperlipoproteinemi.

Bivirkninger: Trombose (hjerte, hjerne, kranie, dype vener) forekommer. Blodtrykksforstyrrelser særlig i initial, vekstetrasjon, men også i kvart, blodtrykk, migræne, humørforandringer, synsforstyrrelser, diatese. Endring av vekt og libido. Hypertensjon kan oppstå. Oppstår tegn på akutt eller kronisk sykdom skal preparatet, skal medikasjon utsettes. Tilstedeværelse av leverforandringer (akutte, fokal nodulær hyperplasi) er berøvet. Forandringer kan være seg som akutte bukmer eller tegn på intraabdominal blødning, og behandlingen bør da straks stoppes.

Forholdsregler: For behandling insisteres fortrinnsvis grundig undersøkelse inkl. mammografiundersøkelse, blodtrykkmåling samt en grundig familiehelse. Kontrollen gjentas årlig. Forsyningsforstyrrelser i konsulasjonsstyret skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (f.eks. og f.eks. hjerteinfarkt, slag). Cykliske prøver skal tas etter screeningprogrammet. Bruk av peroral antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte- og karsykdom. Røking i kombinasjon med p-piller øker risikoen for blodpropp, hjerteinfarkt og hjerneslag. Dette gjelder særlig kvinner over 35 år. Disse kvinner bør slutte å roke hvis de tar p-piller.

Finde ikke-rykende kvinner uten økt risiko for hjerte-karsykdommer kan bruke p-piller opp mot overgangsalderen. Oppstår tegn på trombose skal preparatet umiddelbart stoppes, og pasienten undersøkes nøye. Likeledes stoppes ved tegn på akutt. Hvis mulig, stoppes minst 4 uker før kirurgiske inngrep, som kan tenkes å medføre økt trombosefare. Kan redusere glukosekoncentrasjonen og diabetikere bør stå under streng kontroll. Det samme gjelder pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migræne. Unge kvinner med ikke-stabiliserte sykdommer, samt kvinner med oligomenor eller sekundær amenor bør bruke annen form for prevensjon. Ved merket blodtrykkstigning bør preparatet stoppes. Ved utbrutt bløttilblanding skal graviditet utelukkes. Effekten kan reduseres ved oppkast og diaré. I slike tilfeller bør ikke-hormonelle antikonsepsjonsmidler anvendes i tillegg. Har 36 timer eller mer gitt siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 14 dager.

Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. **Overgang i mormor:** Både østrogen og progestogen er påvist i ammelmelk. Bør ikke brukes under amning.

Interaksjoner: (I-118) 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 tablettfrie dager starter så en ny serie på 21 tabletter. I løpet av den tablettfrie pausen på 7 dager inntar en menstruasjonslignende blødning (førefølelse). Tabletten bør tas på omtrent samme tid hver dag. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett.

Pakninger og priser: Danapak: 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

ER LOKALSYKEHUS KOSTNADSEFFEKTIVE?

Av Gunnar Strøno

Det har i mange år vært hevdet at lokalsykehusene er urimelig dyre og at de er svært ressurskrevende. Dette har vært en viktig begrunnelse for å legge dem ned.

Lederartikkelen i siste nummer av Utposten hevdet at «lokalsykehusene ikke bare er billigere å drive enn sentralsykehusene, men at de også er mer effektive». Vi har fått spørsmål om dokumentasjon for denne påstanden. Vi bringer her tall som kanskje vil overraske mange.

Tabellene nedenfor er hentet fra Samdata.

Et «indeksopphold» er en teoretisk størrelse som blir brukt til å korrigere for forskjeller i pasientsammensetning mellom sykehusene. Begrepet er nærmere forklart i Samdatarapporten. (1) Man kan kalle et «indeksopphold» en slags «standardisert pasient». Ved hjelp av DRG-systemet prøver man slik å gjøre produksjonen sammenlignbar mellom ulike sykehus, slik at det for eksempel skal være korrigert for at sentralsykehus har en tyngre pasientpopulasjon enn lokalsykehus. Jo høyere antall indeksopphold per årsverk et sykehus har, jo mer effektivt er det i personellutnytting. Jo lavere driftsutgifter per indekspasient, jo mer kostnadseffektivt.

Det er DRG-systemet som er basis for den innsatsstyrte finansieringen som nylig er vedtatt. DRG-systemet er ikke fullkomment. For en diskusjon av DRG-systemets svakheter, viser vi for eksempel til Jan Norums debattartikkel i Tidsskriftet sist høst. (2)

Som man ser av tabellene, er det store forskjeller mellom sykehusene i begge kategorier. Tallene og tendensene er imidlertid klare. Lokalsykehusene er billigere, og lokalsykehusene er mer effektive i bruken av fagfolk.

- 1 Samdata sykehus-sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1996. vRapport 6/97. SINTEF. Norsk institutt for sykehus forskning
- 2 Norum J. Kan det komme noe godt ut av DRG-systemet? Tidsskr. Nor Lægeforen. 10, 1997; 117: 1500-2.

	Indeksopphold pr. årsverk	Faktiske netto driftsutgifter pr. indeks- opphold
SENTRALSYKEHUS		
Østfold	15,0	25 642
Akershus	14,7	22 929
Hedemark	17,4	22 603
Buskerud	14,5	22 493
Vestfold	15,8	23 429
Telemark	15,7	23 491
Aust-Agder	14,4	23 928
Vest-Agder	17,6	20 283
Rogaland	15,1	23 998
Sogn og Fjordane	14,5	24 073
Møre og Romsdal	14,2	25 926
Nordland	13,5	25 984
Sentralsykehus i alt	15,2	23 651

LOKALSYKEHUS		
Bærum sykehus	15,9	21 897
Tynset sykehus	17,0	24 539
Ringerike sykehus	20,3	20 770
Kongsberg sykehus	16,0	21 585
Notoddensykehus	19,2	20 557
Rjukan sykehus	20,3	20 545
Flekkefjord sykehus	18,5	19 965
FSH på Stord	19,5	20 267
FSH på Voss	17,1	21 853
FSH i Odda	16,7	22 368
FSH i Lærdal	18,1	21 944
FSH i Nordfjoreid	18,3	22 239
FSH i Volda	17,8	20 860
Orkdal san.for. sykehus	20,2	18 846
Stokmarknes sykehus	17,6	22 669
Rana sykehus	16,8	22 294
Narvik sykehus	13,8	24 880
Sandnessjøen sykehus	13,0	25 442
Lofoten sykehus	15,5	23 756
Vefsn sykehus	12,0	29 254
Kirkenes sykehus	10,9	31 476
Lokalsykehus i alt	16,7	22 273

Tilbake til instinktene

Bergljot Børresen er veterinær og har arbeidet med forskning og undervisning, særlig innen patofysiologi og klinisk farmakologi. For noen er hun kanskje kjent fra radio og fjernsyn, for eksempel Olga Meyers radioprogram med dyrehistorier. Første gang jeg (TK) hørte henne var i et radioprogram der hun med stor innlevelse fortalte om kuas sanser, instinkter og følelsesliv. Jeg skjønnte raskt at dette var et spennende menneske som hadde et spesielt forhold til dyr, og at mitt syn på kyr hadde vært litt vel enkelt, på tross av 15 år med daglig omgang med arten. I 1996 kom boka «Den ensomme apen» der hun tar for seg menneskets historie fra urtidsmennesket til det moderne mennesket som har stilt seg utenfor dyreverdenen. Vi har lest boka og mener at budskapet kan være av interesse, også for leger. Vi har vært så heldige å treffe henne og stille henne noen spørsmål.

av Tone Skjerven og
Tore S. Kristiansen (biolog)

TK: Undertittelen i den siste boka di «Den ensomme apen» er «Instinkt på avveie». Instinkter er noe de fleste av oss forbinder med dyr og deres atferd. I psykologitimen på gymnaset lærte jeg at mennesket har bare ett instinkt, nemlig sugeinstinktet. I boka di forstår vi at dette begrepet har et annet innhold. Hva mener du med instinkt?

BB: Sugeinstinktet oppfatter jeg nærmest som en refleks. Med instinkt mener jeg sentralnervesystemets medfødte evne til å «slå på» eksakt riktig følelse i samme øyeblikk som visse signaler rapporteres av sansene. Disse følelsene blir så behandlet av hjernen før vi utfører en riktig handling. Hvordan vi reagerer er selvsagt også avhengig av tidligere erfaringer. Vitenskapen har nedvurdert instinkt-atferden og tatt fra oss kunnskapen om instinktene som også mennesker har et rikt sett av, for eksempel hvordan samspillet mellom barn og foreldre er styrt av instinkter.

Instinkt-atferden har blitt oppfattet som stereotyp og maskinmessig og ført til et syn på dyr at de ikke har egen bevissthet og at de er en slags instinktstyrte maskiner. Dette har igjen blitt brukt for å forsvare våre uetiske handlinger over for dyr og for å gi oss selv en ensom særstilling i naturen.

TS: Et sentralt begrep i boka er «jegerufølsomhet». Kan du beskrive dette?

BB: «Jegerufølsomhet», også kalt predatoraggresjon, er en type instinktiv atferd som opprinnelig er utviklet for å slå av innlevelsen med byttedyret i jakt- og drapsfasen for at medfølelse med byttet ikke skal ødelegge for jakten. I denne tilstanden preges jegeren av distanse, rolig årvåkenhet, skarpe sanser og et skjerpet intellekt. Han dreper med «kaldt blod». Normaltilstanden er imidlertid innlevelse, som er nødvendig for å leve i samfunn med andre. Min hypotese er at dette instinktet ubevisst er blitt med på lasset og påvirker oss i andre sammenhenger i vår tid, og den kalde vurderingsevnen med hovedbryteren i avstilling har

blitt en del av hva vi kaller rasjonell eller objektiv tankegang.

TS: Som leger er vi opplært til objektiv vurdering av symptomer i jakten på en diagnose. Hva slags konsekvenser tror du dette kan ha, sett i lys av jegerufølsomheten?

BB: Med bryteren i avposisjon fjernes kanskje 80% av virkeligheten, og kommunikasjonen med andre individer blir sterkt hindret. I medisinstudiet blir vel også et følelsesmessig engasjement i pasientene ofte frarådet, og dette kan få alvorlige følger for dem. I verste fall hender det at legen, når det ikke er såkalte objektive kriterier til stede, benekter at pasienten er syk selv om hun selv har en klar opplevelse av sykdom. Jeg har nylig opplevd ikke mindre enn tre slike historier med mennesker som jeg kjenner, en av dem, en ung pakistansk kvinne, er død nå. Hun klaget over magesmerter i månedsvis, men legen fant ikke noe galt. Hun døde av magekreft i forrige uke. En annen kvinne på 70 år ble avfeid av sin faste lege. Hun var selv sikker på at det var noe galt og tok kontakt med en privat klinikk. Etter to dager kunne man stille diagnosen, det var en avgrenset lungekreft og hun ble raskt operert. Den tredje, en litt tykkfallen, middelaldrende kvinne med smerter i ischiasområdet, ble i månedsvis behandlet med smertestillende medikamenter og rekreasjonsopphold. Hun fikk til slutt diagnosen malignt melanom og er døende. Ingen hadde kledd av henne og undersøkt henne mens hun gikk med sine smerter. Det ser ut som om legekunsten blir nedprioritert, det er tid og penger det står om. Legekunsten, det å være en god lege for sine pasienter, krever innlevelse, akkurat som kunstnere og musikere er helt avhengige av innlevelse i skaperprosessen.

TS: Er det mulig å bevisstgjøre oss våre instinktive reaksjoner og dermed slå på innlevelse med viljen?

Atferdsforskere har vist at det finnes sosiale utløsere som slår på innlevelse og medfølelse hos mottakeren. Småbarn utløser ofte slik innlevelse, videre kan personer med baby lignende trekk som store, runde øyne, høy panne og runde kinn, eller sovende personer utløse medfølelse. Mennesker som ligner oss selv har lettest for å utløse innlevelse.

Ansiktssignalene – mimikken, har stor betydning som sosial utløser hos mennesker. Det setter oss på sporet av årsaken til at dyr med dårlig mimikk ofte mislykkes i å utløse innlevelse hos folk. Også mennesker kan komme på «dyre-siden» av grensen. Følgene av dette er for eksempel at umælende pasienter har vanskelig for å utløse medfølelse. Eksempler på dette er hjerneskadde personer og parkinsonpasienter, som med sitt mimikk-fattige ansikt ofte blir utsatt for ufølsomhet.

I boka beskriver jeg følgende historie tatt fra en selvbiografi av en kvinne med en type cerebral parese, som ga henne mange ufrivillige krampelignende bevegelser. Som ung pike ble hun lagt inn til røntgenundersøkelse av hjernen. Moren hjalp henne til rette i sykehussengen og plasserte en bok datteren holdt på med godt i hendene hennes før hun gikk hjem. Kort etter kom overlegevisitten inn med hoffet av studenter og pleiere på slep. Da overlegen fikk se piken med boken, fór han frem, trev boken fra henne, slengte den rasende i gulvet og sa at et slikt skuespill ville han ikke være med på. Som trentet nevrolog visste overlegen godt at skader i de delene av hjernen som styrer bevegelser og mimikk ikke ødelegger pasientens forstand og følelser. Allikevel reagerte han med angst og avsky. Han glemte sin viten som kunne holdt han på plass i innlevelse og omsorg, og lot seg lede av sitt instinkt som bygget en barriere til det umælende «menneskedyret» i sengen. Hundre-



tusener CP-pasienter må årlig gjennom denne typen hjerterå opplevelser og tusenvis av mødre møter overbærenhet og forakt når de insisterer på at det hjelpeløse siklende barnet med dinglende hode og rare grimaser forstås alt som blir sagt og har sin egen individuelle personlighet.

TK: Tone har fortalt at pasienter som føler at de blir sett og møtt med innlevelse, ofte ser ut til å friskne til og få økt evne til å bekjempe sykdom og plager. Tror du at empati i seg selv kan ha legende virkning?

BB: Pleietrengende pasienter som har opplevd å bli redusert til en jobb som skal gjøres, forteller at dette virket direkte nedbrytende og drepende på selvfølelse og livsgnist i en periode de trengte oppbygging og styrke. Jeg tror at empati i seg selv virker legende i den forstand at våre limbiske system praktisk talt konverserer hverandre. Immunsystemet har kontakt med det limbiske system, og «massasje» av det limbiske system med empati og kroppskontakt er vist å være immunstimulerende og livgivende. Gynekologen Gro Nylander har foreksempel fortalt meg om «kengurubarna», en teknikk brukt av colombianske indianerkvinner for å redde for tidlig fødte barn. Barna ble knytt fast ved puppen, og overlevelsen var like bra som i moderne kuvøser. Som en bivirkning ble også mødrene svært lykkelige. Denne teknikken er også tatt i bruk på moderne sykehus. Gro fortalte meg også en historie om en lege som så et kuvøsebarn som var cyanotisk og døende. Legen tenkte at barnet skulle få dø i armene hans og tok det ut av kuvøsen. Tre minut-

ter etterpå hadde ungen fått tilbake normal farge, og den overlevde.

TS: I boka beskriver du hvordan vår kultur har satt opp skarpe grenser mellom mennesker og resten av dyreverden. Tror du at manglende følelsesmessig nærhet til natur og dyr kan ha helseskadelige konsekvenser?

Barn viser en kolossal hunger etter fysisk kontakt med dyr og viser stor innlevelse i dyrenes liv. Nyere studier tyder på at det er mer enn 100 000 år siden hunden ble tamdyr. Det betyr at i hele vår periode som *Homo sapiens* har vi levd nært sammen med dyr, og i et intens vekselspill med dyrene og naturen. Det vil ikke være rart om mangel på samspill kan oppleves som sterk ensomhet og gi skader på følelser og helse. Forøvrig blir det faktisk sagt at de beste terapeutene på en institusjon er kokka og bikkja der kokka bidrar med dufter, mat og drikke, og bikkja med gjensidig nærhet og avhengighet.

TS: Hvordan kan humanmedisinen ta mer hensyn til instinktferd?

I veterinærmedisinen ser vi på instinktferd og følelser som viktige hjelpemidler som er utviklet gjennom historien for å hjelpe individene til å foreta de rette beslutninger i enhver naturlig situasjon. Jeg tror at også humanmedisinen vil tjene på å gå mer i retning av å se mennesket i en utviklingshistorisk sammenheng. Det er kanskje en fare her for å trekke de utviklingsteoretiske hypotesene for langt, som jeg har inntrykk av at noen av de darwinistiske forkjemperne gjør. De har foreksempel beskrevet forholdet mellom mor og barn som en kamp om de samme ressursene. Under et møte med en av dem, Rudolf Nesse, spurte han meg: Hva kommer det av at spedbarn spiser så mye at de gulper. Hans egen teori var at barnet «konkurrerte» med moren for å maksimalisere melkeproduksjonen. Mitt svar var: Fordi leger har funnet opp noe som heter måltider. Han svarte: «Du har rett. Det var en bedre forklaring enn min».

Bokanmeldelse:

Bergljot Børresen

«Den ensomme apen – Instinkt på avveie»

Gyldendal 1996

Jegerufølsomheten – et instinkt på avveie.

Årsaken til en 8000 år gammel volds og lidelseshistorie for dyr og mennesker?

av Tore S. Kristiansen



Dr. med. vet. Bergljot Børresen har skrevet en viktig bok der hun forsøker å hjelpe oss ut av en selvpåført ensomhet i dyreverdenen og ut av en kultur med kald rasjonalitet som ideal. I forordet til boken skriver hun at hun alltid har grublet på hvorfor mennesket føler seg så vesentlig forskjellig fra dyrene. I arbeidet med sin forrige bok «Kunsten å bli tam – Folk og dyr gjennom 18 000 år» som handler om hvordan husdyrene ble husdyr og menneskene «husmenn», kom hun på sporet av en teori som kan gi noe av forklaringen på dette og på hvordan menneskets «umenneskelige» atferd overfor dyr og medmennesker har oppstått. Sentralt i denne teorien er et begrep hun kaller jegerufølsomhet, et instinkt som finnes både hos mennesker og andre dyr. Når jegeren møter et byttedyr, slår en «hovedbryter» i hypothalamus AV den kroppslige innlevelsen som ellers er normaltstanden hos sosiale dyrearter.

Børresen tar oss med på en reise som starter i tiden da alle mennesker levde som jeger- og sankerfolk, i nært samliv med selskapsdyr og villdyr. Jeger- og sankerlivet krevde store kunnskaper om naturen, og mye av lærdommen fikk mennesket ved å observere dyrenes atferd og leve seg inn i hvordan dyrene følte og handlet. Mye tyder på at det ikke var noe ideologisk skille mellom dyr og men-

nesker, og at ulike arter ble betraktet som andre «folk». Dette er et livssyn som en finner igjen hos jeger- og sankerfolk den dag i dag.

Det store spranget som etterhvert gjorde mennesket mer uavhengig av naturen, var jordbruket og husdyrholdet der mennesket fikk kontroll over dyrenes totale livsløp. Spesielt skjedde det en endring for rundt 8000 år siden da mennesket begynte å kontrollere store flokker med beitedyr som kveg og sau. Her var det at «jegerufølsomheten» gikk i vranglås. Løpende dyr utløser lett jegerufølsomhet og individet forsvant i flokken. Jegerufølsomheten var mer eller mindre permanent slått på og dyrene fikk mer rollen som «kapital» enn som levende medskapninger. Noen av disse kulturene utviklet seg til store og seierrike gjeteromade-kulturer som oppstod uavhengig av hverandre bl.a i sørvest-Asia, Midtøsten og i Sør-Amerika. Disse kulturene ble dyktige til å administrere dyr og folk, og gjennomførte voldelige erobringer av land og folk over store deler av verden. De fredelige bondekulturene hadde lite å stille opp mot disse «stridsøkskulturene» og ble slaktet ned med «kaldt blod».

De kulturbærende nasjonene i Europa tok opp i seg både indoeuropeiske og semittiske kulturstrømninger, som begge stammet fra store gjeteromadekulturer, gjennom ero-

bringer, folkevandringer og via kristendommen. Boken tar for seg hvordan mennesket gjennom filosofi og religion skapte skarpe grenser mellom dyr og mennesker, og diskuterer innflytelsen til tenkere som f.eks Aristoteles, Markus Aurelius, Augustin, Aquinas og Descartes. Gjennom historien fantes det også grense sprengere som trakk sterkt i tvil menneskets spesielle status, og boken nevner som eksempler Forkynneren, Jesus, Franz av Assisi, Michel Montaigne og til slutt Darwin, som rev ned hele gjerdet med lanseringen av utviklingsteorien. Nye grenser ble imidlertid satt opp av de som hadde nytte av dette skillet, og vårt eget århundre er kanskje det mest groteske dyrene har gjennomgått, med f.eks utviklingen av industrielt dyrehold.

De siste tiårs hjerneforskning har vist at våre følelser som sinne, glede, kjærlighet, hat og nysgjerrighet sitter i den gamle delen av hjernen (det limbiske system) som vi har til felles med pattedyr og en del reptiler. Mye tyder på at dyr har en klare bevissthet og opplever virkelighet sterkere eller mer utfiltrert enn oss. Mennesket har 99% av genene felles med sjimpansene og menneskeaper som ble lært døvespråk, greide å lære seg mange hundre ord, og hadde evne til å uttrykke tanker og følelser. Med andre ord, dyr er neppe

så forskjellige fra mennesker som vi har likt å tro.

Bokens to siste kapitler heter «Ut av ensomheten» og «Hva nå?», og tar for seg nyere forskning om dyrs følelser og intelligens og tenking om dyre-etikk og dyrs rettigheter. Her ender noen opp som vegetarianere, mens andre, som Børresen, er mer opptatt av dyrenes livskvalitet, og ser det å spise dyr som en del av

livets sirkel. Det viktigste budskapet i slutten av boken er imidlertid at vi må bli bevisst vår «jegerufølsomhet», og at vi må bruke vårt intellekt til å slå på følelsene igjen når ufølsomheten har hengt seg opp. Greier vi det, vil vi få en bedre verden både for dyr og mennesker.

Det er lite negativt å si om denne boken. Bakerst er det et rikt sett av referanser og forklaringer på fot-

noter. Noen vil likevel sikkert hevde at dette ikke er vitenskaplig nok. Boken er først og fremst lansering av en hypotese, og sannsynliggjøring av denne. Personlig mener jeg det holder. Det viktigste er likevel budskapet: Åpne opp for livet, du er omgitt av en fantastisk verden, og den vil gjerne bli kjent med deg.

Ord om ord

Mange ord i språket vårt har en opprinnelse som for lengst er glemt og ofte kan vi heller ikke uten videre tenke oss til hva ordene egentlig betyr. Vi håper leserne vil finne glede i en spalte der vi vil ha små epistler om ord vi bruker til daglig, men som de færreste av oss kan forhistorien til.

I denne spalten er det mer enn ønskelig med innlegg fra leserne, det sitter vel kolleger rundt om i landet med kunnskap på feltet og her får de altså muligheten til å utfolde seg for et bredt publikum!

Angst

ANGST – et begrep og en tilstand vi ofte møter. Vi har det mer eller mindre klart for oss hvordan det føles – å ha angst – og ordets opprinnelse spiller nettopp på denne følelsen. Ordet er urbeslektet med det latinske *angustia* og betyr der «snevring, mangel, vanskelighet». Roten til ordet er indogermansk og har da betydningen «trang» og det er vel nettopp det man føler når man har angst – når det snører seg sammen i brystet. Pussig er det at ordet anvendes i egennavnet til mange norske fjorder. Hvem har vel ikke vært i Hardanger, Eidanger, Lavangen, Salangen, Malangen eller Flatanger? Alle disse fjordene har altså fått siste del av navnet sitt fordi de er trange – uten at så alt for mange har fått angst av det?!

Høylandet

Høylandet er en liten innlandskommune i Nord-Trøndelag med et rikt kulturliv, mest kjent er vel den årlige Revyfestivalen. Høylandet historielag ga i 1991 ut en bok på knapt 200 sider med dialektord fra Høylandet. Vi har plukket noen medisinske dialektord som forhåpentligvis gleder leserene. Ordene er skrevet mest mulig lyddrett slik som de blir uttalt på dialekt. Leseren bør derfor prøve å lese ordene høyt for seg selv for å «høre» dem, det gir langt bedre forståelse! Ordene er skrevet uten «oversettelse» på denne siden, fasiten står på side 3.

Kilder:

1. Falk og Torp: Etymologisk ordbok. Bjørn Ringstrøms antikvariat. Oslo 1994.
2. Krisine og Jo Skarland: Dialektord fra Høylandet. Naumdøla Mållag. 1991.

BLÅSTERFOLLJ
BRØSTBRÅRNI
KJINNJTASKA.
HAUTOLLJINNJ
KRIMFOLLJ

(Han vart blåsterfollj)
(Æ hi fått brøstbrårni, dokter!)
(Guten hi fått kjinntaska.)
(Æ vart hautolljinnj etti falle.)
(Hi du vorti krimfollj?)

Veien blir til mens vi går...

Jeg har tatt imot stafettpinnen fra tidligere kollega og gode venn Aileen N. Opdahl.

Jeg må innrømme at tidsbruken på ny lyrikk var større i studietida enn den er nå, men jeg har stadig glede av de gode «gamle» poetene og får ofte nye opplevelser når jeg leser diktene på ny.

Finnmark legeforening har nettopp (i mars) hatt seminar om fastlegeordningen og rekruttering og stabilisering av leger i utkantstrøk. Det er tydelig skepsis til fastlegeordningen blant leger i utkantkommuner, men det må være lov til å forvente at «reformen» kan gi et positivt løft for allmennmedisinen og samfunnsmedisinen i kommunene. Vi har, i alle fall i Nord-Norge, så godt som ingen rekruttering av nyutdannede leger til primærhelsetjenesten. Vi

trenger derfor å få satt fokus på allmennmedisinen og samfunnsmedisinen og gi fagene det løftet de fortjener. Dersom fastlegeordningen klarer å bidra til dette, vil den framstå som en vellykket reform både for leger og pasienter. Det får bli utfordringen for prosjektgruppa fra sosial- og helsedep. – de har iallefall fått noen ideer med seg fra Finnmark.

Diktet jeg vil dele med dere, handler om bevegelse og om veien som blir til når vi går. Jeg tror at debatten rundt fastlegeordningen har satt oss i primærhelsetjenesten i bevegelse, og det var antagelig på tide. Den som trodde at veien var ferdiggått da Lov om helsetjeneste i kommunene kom i 1984, tok feil, nå må vi vandre videre....Blir du med?

Anne Grethe Olsen
9600 Hammerfest

I RØRELSE (Karin Boye)

*Den mätta dagen, den är aldrig störst
Den bästa dagen är en dag av törst.*

*Nog finns det mål och mening i vår färd -
men det är vägen, som er mödan värd.*

*Det bästa målet er en nattlång rast,
där elden tänds og brødet bryts i hast.*

*På ställen, där man sover blott en gång,
blir sømnen trygg och drömmen full av sång.*

*Bryt upp, bryt upp! Den nya dagen gryr.
Oändligt är vårt stora äventyr.*

Stafettpinnen sendes videre til kollega Peter Prydz, som i tillegg til raske stafettfotter, har både hodet og hjertet på rett plass!

Lykke til!

En lyrisk stafett

I det lyriske hjørnet vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppgave å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten.

Velkommen og lykke til!

Tone Skjerven- lagleder



Historier fra virkeligheten

Det er på kontoret det skjer. Tenk deg dagen som en novellsamling der timelista er innholdsfortegnelsen. Hver pasient er en historie, og du – legen – er leseren. Iblant sliter du deg pliktskyldigst gjennom teksten, i sjeldne øyeblikk får du glimt av noe helt nytt og fantastisk, daglig bys du på innslag av mer eller mindre tilsiktet komikk. Og ofte står du fast, skjønner ikke det som står skrevet, hvor er det forfatteren vil?

Leger elsker å fortelle hverandre pasienthistorier. Det er slik vi henter bekreftelser («akkurat sånn var det for meg også!»), lærer av hverandre («å, er det så enkelt?») og underholder hverandre. UTPOSTEN vil med dette invitere sine lesere til å «snakke pasienter» her i denne spalten. Fortell om den gangen du plutselig oppdaget en sjelden sykdom, om noe du ikke skjønner båret av og trenger hjelp til, om den pasienten du aldri glemmer fordi han/hun fikk deg til å gråte/le/banne... For å gjøre skrive terskelen lav samtidig som vi vil sikre personvernet for pasientene, åpner vi for anonyme innlegg. Det betyr at du ikke trenger få navnet ditt på trykk her, men du må sende inn under fullt navn til redaksjonen. Det kan også være en fordel å kamuflere lett gjenkjennelige fakta uten at poenget går tapt. Innspill til tidligere innlegg i spalten er også velkomne.

Vil de ikke eller klarer de ikke å bli «friske»?

Eller er jeg som lege til hinder for at noen av mine pasienter blir friske?

Arena: 50 år gammel allmennpraktiker og tre mannlige pasienter med lite fruktbar «karriere» som pasienter.

Undertegnede vil på sine beste dager (de er det absolutt mange av!) påstå at det er flott å være allmennpraktiker. Det er et hav av utfordringer som jeg med glede kaster meg ut i, og resultatet blir ofte rimelig greit å leve med, både for pasient og lege.

Innimellom disse positive følelsene ligger det hist og her gjemt noen «diabolske tanker»: Er du nå egentlig så flink?? Er ikke din vellykkethet i stor grad basert på at de fleste av dine pasienter klarer seg uansett? Kanskje virker ditt bidrag sykelig-gjørende på pasientene? Da står de klart for meg: De som kom inn i en håpløs spiral med hjelpeløshet, medikamentmisbruk, meningsløse sykemeldinger, destruktiv passivitet – godt hjulpet av min «kompetanse».

Per (30), skilt, skiftende jobber de siste årene, nå i arbeid i fiskeindustrien. Kjent astma og psoriasis som har plaget ham lite de siste årene. En dag dukker han opp på legevakt med intense smerter bak venstre øye som har kommet etter et ubetydelig traume på arbeidsplassen. (Yrkes-skade – gratis behandling bare symptomene varer ved!!). Sykemelding og en rekke mer eller mindre uskyldige smertestillende medikamenter ble forsøkt etter at vanlig undersøkelse ikke gav noen funn. Nevrologer på lokal- og regionsykehus ble koblet inn og tok i perioder over utredning og behandling. Mange medikamenter ble utprøvd parallelt med et stadig økende forbruk av Ketogan, men noen diagnose utover «atypisk cluster-hodepine??» fikk vi ikke. Mine spede forsøk på å antyde at det kanskje var psykiatri i bildet, ble avfeid med en klar forventning om at en lege (over region-

sykehusnivå??) skulle finne årsaken til smertene – den legen var definitivt ikke meg (og ikke en psykiater!!)

To år går – alt står i stampe – ubehaget mitt med hele problemet øker stadig, sykemeldinger og A-resepter føltes stadig mer tyngende å skrive ut. Da skjer det noe som gir meg muligheten til å «stramme inn»: Han begår innbrudd på sykeheimen sammen med en narkoman venn og stjeler A-preparater. Inn på teppet: «Nå må du trappe ned!» Han sier seg enig (men benekter rusproblemer og er ikke interessert i kontakt med Rusmiddelteamet), og Ketoganforbruket avtar gradvis. Men han ser like sløvet ut: Bruker han andre stoffer?? Det får i hvertfall ikke jeg ut av ham.

Så skjer det noe igjen: Familien ringer og forteller fortvilet om truende, «ruset» adferd samme dag som jeg har skrevet ut 5 Ketogan tabletter (skulle etter avtale vare i en måned). Inn på teppet igjen: «Nå får du ikke mer! Jeg har mistet all tillit til deg og kan ikke lenger tro på dine utsagn om smerter! Skal du fortsette på dette kontoret må du hver uke stille med urinprøve til test på narkotiske stoffer.»

Han godtar dette også – hvorfor?? Nå er det bare fortsatt sykemelding og avtale om ny vurdering på regionsykehuset etter tre måneders rusfrihet å hente hos meg.

Hva vil han? Har han øyesmerter?? Vil han noen gang fungere normalt i samfunnet etter dette? Er dette et personlighetsavvik?? Har helsevesenet (les: jeg) bommet totalt? Hva skulle jeg gjort anderledes? Skulle jeg tvangshenvist til psykiatrien på et tidlig tidspunkt?? Ville en «effektiv» mindre «forståelsesfull» lege taklet dette bedre??

Ivar (40) dukker også opp på en ø.hj.time. Han virker utslitt og fortvilt. Han har en kjent lumbago, men har tross økende plager siste tre år ikke kontaktet helsevesenet, heller ikke brukt medikamenter (burde jeg ha fattet mistanke til noe her eller er dette å forvente hos noen forsiktige pasienter?). Han jobber i fotobutikk, men nå orker han ikke mer pga. smerter. Jeg ser en lettvtint jobb foran meg, litt sykemelding, antiflogistika og fysioterapi – den mannen er nok mye bedre på kort tid!!

Men sånn gikk det ikke – framgangen uteblir – kontakten med fysioterapeuten avbrytes (med en ullen forklaring – hun skulle visst på ferie...). Ukene går, det er ingen bedring, tablettene virker ikke noe særlig, og det forstår jeg godt etter noen måneder når jeg endelig oppdager at han ikke har tatt dem!! Det «lukter» psykiatri, og ved 4. konsultasjon lukter det alkohol over hele kontoret. Tross mine forsøk på å få napp, benekter han å ha problemer utover sine smerter, han har lumbago og dermed basta!! At han nylig er separert synes han er uvesentlig, når jeg spør om kona ville svart bekreftende på mitt spørsmål om psykiske problemer/alkoholproblemer, blir han sint... Mannen er tydelig plaget, men vi er altså uenige om hvorfor. Hans psykiske besvær berettiger kanskje sykemelding, men kun når vi «jobber» med det. Jeg konfronterer ham med mitt syn og at han derfor må prøve 50% jobb (kanskje det «presser» ham til å be om hjelp??).

Siden har jeg ikke sett mannen. Trygdekontoret ringte etter en tid (det tok to måneder før de leste min sykemelding 2 der alle mine tanker var nedtegnet med en avsluttende bønn om at de kunne innkalle ham og arbeidsgiver til samtale, kanskje det ble noe konstruktivt ut av det??). De fortalte at han ikke hadde møtt til innkalt møte og heller ikke levert sykemelding fra annen lege, men meldt seg arbeidsledig.

Fasiten foreligger ikke. Tok jeg helt feil?? Kunne jeg (eller helst en annen?) taklet dette bedre og gitt ham et bedre tilbud? Det er etter

mitt skjønn ingen tvil om at han ville profittert på samtalebehandling, men det ville han altså ikke... Et halvt års sykemelding var iallefall ikke noe gunstig når en ser på saken med retroperiskopet... Det er bare så vanskelig å «se» det når en er underveis.

Jens er atten år. Han jobber i butikk på prøve og har nå fått beskjed om at han må slutte. Arbeidsgiver sier han er lite kundevennlig, mens Jens sier at arbeidsgiver er en jævl... særing, og etterhvert kommer det fram at det mener han de andre ansatte i butikken også er. Jeg prøver meg på en forsiktig forespørsel om han tror han kanskje har bidratt selv til konflikten, men han kan ikke se noe galt med egen opptreden. Han forteller også at han har gått til psykolog før, men den psykologen «forstod ingenting». Han har nylig flyttet fra samboer, barn og en stor gjeld i en annen by.

Her gjelder det å unngå sykemelding, tenker den kloke legen og ringer (med pasientens samtykke) til arbeidsgiver og trygler/presser fram at han får en sjanse til. Per møter så ikke til neste time...

Han ringer to måneder seinere, fortvilt i stemmen – orker ikke mer, må ha sykemelding – har ikke vært på jobb på fire dager. «Nei», svarer jeg, «du møtte ikke til forrige time, har ikke skaffet papirer fra din forrige lege/psykolog slik du lovet så nå får du vente til timen du får her om to dager. Da kan vi drøfte hva vi skal gjøre». (Endelig! Der klarte jeg å være fast og entydig i mitt svar!)

Han møter selvsagt ikke til denne timen, pårørende ringer en uke etter og lurar på om vi har sett ham, de

klarer ikke å finne ut hvor han er (hertet mitt hopper unektelig opp i halsen), men vi erfarer etter noen dager at han er i byen (i live!). Han har ikke kontaktet meg siden.

Han har vel en betydelig psykiatrisk tilstand/personlighetsavvik. Slike pasienter glipper mellom fingrene på oss, vi blir så hjelpeløse fordi våre tapre forsøk på å avvise manipulering medfører at de bryter kontakten. Min pasient vil vel enten finne en lege som er «greiere» eller flytte rundt litt innenfor og litt utenfor helsevesenets armer i uoverskuelig framtid.

Avslutning

Finnes det en fellesnevner for disse tre «vanskelige» pasientene? Ja, i den forstand at jeg føler jeg har mislykkes. De er alle menn, har (etter mitt syn) unnvikende adferd og burde hatt «avansert» psykiatrisk hjelp. Det kan virke som eneste motivasjon for å holde kontakt med meg er de «godene» jeg disponerer: piller og /eller sykemelding. Dette er goder (som sammen med mine mislykkede tilnærmingsmåter?) i stor grad er til hinder for at pasientene klarer å finne en vei ut av sine vansker.

Mitt dilemma blir om jeg skal ta dette som en bekreftelse på at jeg ikke er så god, om jeg skal fortrenge problemet eller...

Løsningen ble i denne omgang å «få det ut»... Utposten har iallefall et navn som frister i så måte!!

FASIT TIL DIALEKTORD FRA HØYLANDET. fra s.27

Blåsterfollj: Andpusten.

Brøstbrårni: Ubehagelig svie i bryst og hals.

Kjinnjtaska: Kusma.

Hautolljinnj: Svimmel.

Krimfollj: Forkjølet.

År 2000

Det store spøkelset i edb-sammenheng verden over er årsskiftet fra 1999 til 2000.

De første datamaskinene og spesielt de første pc-ene som kom hadde lite RAM, ROM og HD-plass. 640K RAM og HD på 10 MB kostet svimlende summer. Det var faktisk mest vanlig med datamaskiner med bare disketter – og ikke hvilke som helst disketter – nei, store som grammofoonplater med bare 128K lagerplass. Derfor var det nødvendig å rasjonere mengden informasjon som ble lagret, og det er lett å forstå at det tar mer plass å lagre 01.02.1999 enn 01.02.99.

NÅ NÆRMER KRISA SEG !

Datamaskinene har chips som er konstruert eller programmert til å håndtere informasjon, og hvis en eller flere chips, eller det programmet som kjøres på maskinen, ikke er konstruert for å klare de 8 datosifrene men bare kan håndtere 6, vil det oppstå feil. Spesielt galt er det for bankvesenet og forsikringsbransjen

– ja kundene spesielt. 100 år feil i den ene eller andre retningen kan få enorme konsekvenser i retning av feilutbetalinger eller manglende utbetalinger, renteberegning, pensjonsberegning osv. I helsevesenet vil også 100 år i pluss eller minus bety ganske mye for den det gjelder!!

Chips i de maskinene som leveres nå er stort sett klargjort for 2000-årsskiftet, men storparten av de programmene som er i bruk er ikke klare. Flere av de store maskinleverandørene har tilgjengelig små testprogram som lar deg finne ut om den maskinen du bruker er klar for å kunne håndtere tusenårsskiftet. Nettverk og nettverksservere må også testes, og ikke minst må du forlange at din programleverandør leverer oppdatering som håndterer overgangen.

Mange mener det bør foreligge en skriftlig garanti om dette – fordi feil kan få store konsekvenser – arbeidsmessig, sikkerhetsmessig og økonomisk.

Årtusenskiftet vil også kunne få fatale konsekvenser for maskiner og

utstyr med innebygget atumatikk som er styrt av programmerte chip. Teknisk utstyr i helsevesenet er allerede i søkelyset pga dårlig vedlikehold og manglende sikkerhetsrutiner. Feilkalkuleringer som følge av programmerings- og chipfeil vil kunne få meget alvorlige konsekvenser for liv og helse.

«Alle» har hatt kjennskap til disse problemene i flere år. Nå nærmer tidspunktet seg og panikken sprer seg. Kanskje vi vil lengte tilbake til papirjournalene ?

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

Folsyre og graviditet

Av Cand.pharm. Hanne Stenberg-Nilsen, regionalt legemiddelinformasjonsenter, Rikshospitalets apotek,

Tilskudd av folsyre (folat) utover kostholdsanbefalingene til gravide og kvinner som planlegger å bli gravide er et aktuelt tema for tiden, både i medisinske kretser og i massemedia. Betegnelsene folsyre og folat brukes i denne sammenheng om hverandre.

RELIS har også merket den store oppmerksomheten ved at flere har kontaktet oss med spørsmål om dette emnet. Nedenfor gjengir vi derfor en noe utvidet versjon av den utredningen vi skrev som svar på en av disse henvendelsene.

Spørsmål:

En sykehusfarmasøyt har kontaktet RELIS med spørsmål om vi har opplysninger om anbefaling av folsyre til gravide.

Hun har fått en henvendelse om dette fra en lege som har en pasient som tidligere har fått et barn med ryggmargsbrokk.

Svar:

Statens helsetilsyn anbefalte i rundskriv IK-4/93 å øke folatinntaket til 400 mikrogram pr. dag via kosten for å redusere førstegangsforekomst av nevrالرrørdefekter. For å redusere gjentakelsesrisikoen hos kvinner som tidligere hadde født barn med nevrالرrørdefekter ble det der anbefalt

å ta 4 mg folattilskudd daglig fra siste menstruasjon før forventet unnfangelse og frem til 12. svangerskapsuke (1a).

En arbeidsgruppe nedsatt av Statens ernæringsråd har vurdert behovet for økt folatinntak i Norge med hensyn til risiko for nevrالرrørdefekter/fosterskader, hjerte-karsykdommer og kreft. Arbeidsgruppen leverte sin rapport i mars 1997. Her sies det i konklusjonen at intervensjonsstudier har vist en klar sammenheng mellom folattilskudd og redusert risiko for nevrالرrørdefekter, og videre at fertile kvinner i Norge sannsynligvis ikke får tilført tilstrekkelig mengde folat (folsyre) i kosten til å redusere risikoen for nevrالرrør-

defekter. Det bør derfor settes i gang tiltak for å øke folatinntaket blant fertile kvinner og blant kvinner som planlegger graviditet (1b).

Mange land har laget anbefalinger for folattilskudd til gravide, og samlet sett anbefales:

- Kvinner med høy risiko/gjentakelsesrisiko anbefales et daglig tilskudd på 4-5 mg folat.
- Kvinner med generell befolkningsrisiko anbefales et daglig inntak på minst 400 mikrogram folat.

Som høyrisikogruppe regnes hovedsaklig kvinner som har født et eller flere barn med nevrالرrørdefekter tidligere og kvinner som bruker anti-epileptiske midler. Øvrige kvinner i fertil alder er plassert i gruppen med generell befolkningsrisiko.

Anbefalingene er enten rettet mot alle fertile kvinner eller mot fertile kvinner som planlegger å bli gravide. Mer spesifikt starttidspunkt for økt folatinntak angis noe forskjellig i de ulike lands anbefalinger (1a).

En ny rapport fra Statens ernæringsråd angående bruk av folat blant kvinner i fertil alder ble offentliggjort i mars 1998 (2). I denne rapporten anbefales det at kvinner som plan-

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et tilbud til helsepersonell og skal formidle produsentuavhengig legemiddelinformasjon. RELIS besvarer spørsmål om legemidler fra bl.a. leger, tannleger og farmasøyter. Foreløpig er det opprettet RELIS i helse-regionene 2, 3 og 4 i samarbeid med henholdsvis Rikshospitalets apotek, Haukeland sykehusapotek og Avdeling for legemidler ved Regionsykehuset i Trondheim. Ovenfor er det gjengitt et spørsmål til RELIS som kanskje kan være av interesse for Utpostens lesere.

? RELIS

legger graviditet eller som kan regne med å bli gravide bør ha et folatinn-tak på minst 400 mikrogram daglig. For mange kvinner vil det være vanskelig å oppnå 400 mikrogram folat i kosten. På denne bakgrunn anbefales derfor kvinner som planlegger graviditet eller som kan regne med å bli gravide, et ekstra folattilskudd på 400 mikrogram daglig i form av tabletter. Folattilskuddet bør tas i god tid før graviditeten, fra siste måned før forventet befruktning og i svangerskapets første to til tre måneder. For kvinner som ikke har tatt folattilskudd før graviditeten, anbefales folattilskudd så snart graviditeten antas eller oppdages, og i svangerskapets første to til tre måneder. For kvinner med høy risiko eller gjentagelsesrisiko anbefales tilskudd på 4 mg folat pr. dag fra siste måned før befruktning og i svangerskapets første to til tre måneder, under tilsyn av lege.

Norsk legemiddelhandbok anbefaler også 4 mg folsyre pr. dag til

kvinner som tidligere har fått barn med nevrالرrdsdefekt og som planlegger å bli gravide (3).

Det finnes flere preparater som inneholder folsyre på markedet, både som legemidler og handelsvarer (kosttilskudd), som er tilpasset denne brukergruppen.

Disse nye anbefalingene medfører en utvidet bruk av folattilskudd, i tillegg til folat fra kosten, til kvinner som planlegger å bli gravide (prega-vide) og kvinner som er gravide i første trimester i forhold til 1993-anbefalingene fra Statens helsetilsyn. Vi har fått opplyst at innholdet i Helse-tilsynets rundskriv fra 1993 vil bli revidert i henhold til de nye anbefalingene (4).

Konklusjon:

Det synes å være enighet om at kvinner med høy risiko for å føde barn med nevrالرrdsdefekter skal ha tilførsel av 4-5 mg folsyre (folat) daglig dersom de planlegger å bli gravide, samt i svangerskapets første trimester.

For kvinner med generell befolkningsrisiko gjelder ulike anbefalinger i forskjellige land. De norske anbefalingene er for tiden i endring, og de nye anbefalingene vil medføre at kvinner som planlegger å bli gravide, eller er gravide i første trimester, i større grad enn tidligere anbefales bruk av folsyretilskudd for å sikre et tilstrekkelig inntak for å redusere risikoen for å føde barn med nevrالرrdsdefekter.

Referanser:

- Vurdering av behovet for økt folatinn-tak. Statens ernæringsråd rapport nr. 2/1997: 7-8(a), 25(b).
- Anbefalinger og virkemidler for økt folatinn-tak blant kvinner i fertil alder. Statens ernæringsråd rapport nr. 1/1998.
- Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell 1998-99: 867.
- Gedde-Dahl S, rådgiver. Statens helsetilsyn, pers. medd. 4. mars 1998.
- Cand. pharm Hanne Stenberg-Nilsen og cand. pharm. Erlend Carlson
- RELIS 2 (Regionalt legemiddelinformasjonssenter), Rikshospitalets apotek, 0027 Oslo Telefon: 22 86 88 06

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

Norsk selskap for allmennmedisins forfatterstipend for 1998

NSAMs Forfatterstipend er opprettet for å støtte forfattere av allmennmedisinsk litteratur. Forfattere av bøker eller hefter med et antatt begrenset lesermarked og dermed små muligheter for økonomisk gevinst, vil bli prioritert.

Årets stipend er kr. 20000 og tildelingen vil bli bekjentgjort på NSAMs årsmøte i oktober. Søknaden med søkerens CV, vedlegges beskrivelse av påbegynt eller påtenkt prosjekt.

Søknaden skal stiles til Norsk Selskap for Allmennmedisin, Publiseringsutvalget ved Bård Natvig, Bakkeveien 20, 1482 Nittedal.

Søknadsfrist er 15. september.



Ny fast spalte:

LES DENNE!

UTPOSTEN har mange lese-glade lesere. Redaksjonen vil gjerne at bladet skal gi inspi-rasjon og kunnskap i vid for-stand. Så i tillegg til vanlige bokmeldinger vil vi åpne for at kolleger kan fortelle hver-andre 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, fagbø-ker, tegneserier. Spalten blir organisert som en stafett. Det betyr at du som blir utfordret og skriver også tar ansvar for å utfordre neste bokelsker.

LES DENNE!

MAUS

Art Spiegelman: MAUS (2 bind)

Bøkene som vant Pulitzerprisen i 1992, som fremragende litteratur.

Jeg ble helt fengslet da jeg fant disse bøkene i et tegneserieutsalg, og har lest dem flere ganger siden.

Bøkene er dedisert Arts store-bror, som ikke overlevde krigen. Jødene er mus, nazistene katter, polakkene griser. Det er fikst, det er elegant og det er morsomt. Det gjør ikke historien banal!



OM MORGENEN ME GAV LITT MAT TIL HAN OG LET HAN GÅ IGJEN TIL FAMILIEN



Tegneserien skildrer Vladek og familiens krigsmartritt: konfiskering, livet i ghetto, redselen for angiveri, tap av kjære, konsentrasjonsleire – og frigjøringen. Vi har hørt det før og vet hva som skal skje – men historien fascinerer igjen og igjen.

Ellen Cathrine Steen

Jeg utfordrer kollega Jørn Gregersen i Porsanger kommune.

Familiens skjebne i Hitlers Europa skildres gjennom samtaler mellom den hjertesyke faren Vladek og tegneserieforfatteren Art. Samtalene utspiller seg i USA på slutten av 70-tallet.

Vladek er preget av sin historie og er, foruten å være rigid og gjerrig, temmelig skeptisk til svarte. I tillegg til å være en rørende krigsskildring er bøkene en vakker beretning om en far.

Til sist en hel «stripe» til illustrasjon. De mest gripende kan ikke rives ut og stå alene. Velger derfor en som viser Vladeks oppfinnsomhet: Han organiserer seg en ekstra skjorte...



Seksjon for allmennmedisin ved UiB feiret i 1997 sitt 25-års jubileum. I den anledning ønsket vi å pusse støvet av en gammel tradisjon med såkalte lørdagskurs. Dette var kurs som dengang Institutt for allmennmedisin arrangerte på lørdager for allmennleger i Bergen og omegn. Jubileumskurset skulle vært avviklet i desember 1997, men måtte avlyses pga for liten påmelding. Vi prøver igjen. Gå ikke glipp av det denne gangen!

Jubileumskurs: Lørdagskurs på en fredag ett år etter....

Fredag 4. september 1998

PROGRAM:

- 09.00-09.15 Åpning og kort tilbakeblikk
Steinar Hunskaar. Professor ved Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen
- 09.15-10.15 Kontinuitetsbegrepet i et 25-års allmennmedisinsk framtidsperspektiv. Foredrag med påfølgende diskusjon.
Per Hjortdal. Professor ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo
- 10.30-11.00 Sektoriseringen og lokalsykehusfunksjonen i Hordaland.
Steinar Hunskaar
- 11.00-11.45 Modeller for samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten.
Anette Fosse. Kommunelege, Mo i Rana. Yttern legesenter, 8614 Yttern
- 11.45-12.30 Ankeltaping - indikasjoner og praktiske øvelser.
Knut Fjeldsgaard. Assistentlege, Kysthospitalet i Hagavik
- 12.30-13.30 LUNSJ
- 13.30-14.00 Stunt ved Eivind og Steinar
Førsteamanuensis *Eivind Meland*, og professor *Steinar Hunskaar*, Seksjon for allmennmedisin, UiB
- 14.00-14.30 Hypertensjon - quo vadis? Nytt fra konsensuskonferansen våren 1997.
Dag Thelle. Professor i epidemiologi ved Universitetet i Oslo.
- 14.45-16.00 a) Hva er «evidens-basert medisin»? En kortversjon for allmennpraktikere.
b) Internettbasert kunnskapstilegnelse for allmennpraktikere.
Atle Klovning. Spesialist i allmennmedisin, stipendiat, Seksjon for allmennmedisin, UiB
- 16.00-16.15 Avslutning

Målgruppe: Allmennpraktiserende leger i Hordaland og andre interesserte allmennpraktikere

Godkjenning: Kurset er godkjent med 7 timer for spesialiteten allmennmedisin

Sted: Auditoriet 5. etg. Diakonissehjemmets Sykehus Haraldsplass, Ulriksdal 8, 5009 Bergen

Kursledelse: John Leer, Florvåg legesenter, Askøy; Dag Søvik, Laksevåg; Tone Skjerven, Ulriksdal legesenter og Seksjon for allmennmedisin

Antall deltakere: 40

Påmeldingsfrist: 15.08.98

Kursavgift: Jubileumspris: kr. 300,-

Lunsj: Kr 100,-

Påmelding til: Ingrid Galdal, Institutt for samfunnsmedisinske fag,

Ulriksdal 8c, 5009 Bergen; Tlf: 55 58 61 35, fax: 55 58 6130 E-mail: Ingrid.Galdal@isf.uib.no

REFERANSEPRIS
på alle preparater

NM Pharma – alltid rimeligst

Virkestoff + NM på resepten

=

Kr 0,-

i referansetillegg

- enkelt for deg - rimelig for pasienten

NM Pharma

- eies av Pharmacia & Upjohn

NM Pharma

- alltid rimeligst
- virkestoff + NM
- eies av Pharmacia & Upjohn
og bidrar til forskningen

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:

- Én del – opereres med to enkle håndgrep
- Telleværk – 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 motstand¹

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. aeqv. 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 bronkodilatorende 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 bronkodilatorende effekten ikke relateres til absorbert mengde stoff idet virkningen inntreffer før det er målbare konsentrasjoner 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 muskelkramp er rapportert meget sjeldne tilfeller. Potensielt alvorlig hypokalemi kan forekomme ved behandling med beta₂-agonister. Økt pulsfrekvens sekundært til perifer vasodilasjon 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 forstørvæske. Samtidig behandling med xantinderivater, steroider, diuretika og hypoksi kan forverre hypokalemien. I slike tilfeller bør serum-kaliumnivået følges. Beta₂-agonister kan induisere 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/Amning: Forsiktighet utvises under graviditet og amning. Hvis behandling er nødvendig, må nytten for moren avveies mot mulig risiko for fosteret. Økning av fosterets hjertefrekvens er påvist ved i.v. administrasjon av beta₂-stimulatorer i behandling av premature rier. 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 Diskhaler 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.