

utposten

Nr. 1 - 1999
Årgang 28

*Blad for
allmen- og
samfunns-
medisin*



Innhold:

Leder	3
Primærtjenesten, hva nå?	4
Legevaksordningen i	
Namdalen	16
Mine kliniske samtaler	20
APLF, OLL og NSAM	28
Fastlegeordningen i	
Nord-Norge	32
Historier fra virkeligheten	35
Faste spalter	

utposten

Kontor:

RMR/UTPOSTEN
Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Tlf. 63973222 Fax 63971625
E-mail: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av
UTPOSTEN:

Jannike Reymert

Skogstien 16
7800 Namsos
Tlf: 74 27 33 50
Fax: 74 27 54 10
E-mail: jannike.reymert@nt.telia.no

Elisabeth Swensen

3841 Flatdal
tlf: 3505 2121
Fax: 35052361
E-mail: elswense@online.no

Gunnar Strøno

Skogy, 29
3660 Rjukan
tlf: 35092228
Fax: 35090640
E-mail: gunnars@telnett.no

Frode Forland

Herregårdsv. 2 F
1168 Oslo
tlf: 22750561
fax: 22248868
E-mail: frode.forland@helsetilsynet.dep.telemax.no

Erik J. Pedersen

Heskestadv. 13
4015 Stavanger
tlf: 51527560
fax: 51508383
E-mail: ejped@online.no

Tone Skjerven

Modum Bad
3370 Vikersund
tlf: 32787096
fax: 32788308
E-mail: Tone.Skjerven@c2i.net.

Torgeir Gilje Lid

Koordinerende redaktør
Heskestadv. 11
4015 Stavanger
tlf: 51521071
fax: 51526152
E-mail: giljelid@online.no

Design & trykk:
PDC Tangen as

Primærlegetjenesten: forgubbing og sentralisering

D

ette nummeret av *Utposten* inneholder mye stoff om det som med rette må kallas en krise i primærlegetjenesten. Det er en krise med mange navn: rekrutteringskrise, sentralisering, forgubbing, faglig identitetsskrisje. Den forestående fastlegeordningen har ført til en engasjert og viktig debatt i og utenfor fagmiljøet. Likevel blir den fort en slags skinndebeatt dersom de legene man snakker om faktisk ikke finnes annet enn i utregningsmodellene på skrivebordene i departement og legeforening. En populær vits for tiden i allmennlegekretser lyder slik: "Vet du hva som er definisjonen på en nordnorsk fastlege? Svar: Samme lege under hele konsultasjonen!"

Redaksjonen i et blad som kaller seg "Utposten" må påta seg et særlig ansvar i en slik situasjon. Vi ønsker ikke å bidra til en depressiv og defaitistisk stemning. (Det er nok av triste historier i omløp.) Vår ambisjon er større forståelse, høyere temperatur og flere forslag til gode tiltak. I dette nummeret spør vi: Hva må gjøres? Vi har invitert en del personer fra ulike observasjonsposter til å svare på dette spørsmålet.

Det er mange interessante paradokser i dette problemfeltet. Norge er et bondeland med en historie tuftet på små enheter, nærhetsprinsipp og lokaldemokrati. Disse verdiene har i nyere tid fått sitt uttrykk i en opplest og vedtatt distriktspolitiske målsetting – i alle fall i navnet. Allmennmedisin har kjempet seg inn i det gode selskap i akademiet og ganske nylig fått status som et hovedfag i legeutdanningen. Så opplever vi at de unge legene velger vakk både bygda og allmennmedisin. (Og på kinolerret ruller "1732 Hötten" som representerer siste nytt i legitim og ultrahip bygdehets – signert den gamle "raddisen" Karin Julsrød.) Det er en indre konsistens i dette. Det har med "trender" å gjøre, sier man.

Noen snakker om "megatrender", som liksom kommer som naturfenomener på linje med El Niño, lovmessige og umulige å påvirke. Vi tror ikke på det. "Trender" handler om makt. Vi tror det står krefter bak som former samfunnet i den retningen de ønsker på en slik måte at det ser ut som naturlover. Håvard Nilsen og Dag Østerberg har i boka "Statskvinnen – Gro Harlem Brundtland og nyliberalismen" vist hvordan dette kan gjøres, og hvordan den nyliberalistiske "trenden" har forandret både Arbeiderpartiet og hele samfunnet. I våre egne rekker ser vi hvordan sterke krefter i fagmiljøene, legeforeningen og departementet framstiller den økende gren- og kvistspesialiseringen som en naturlov, og at denne med nødvendighet må føre til store enheter og sentralisering.

Samfunnet styres ikke av naturlover. Samfunnet styres av mennesker med makt.

Gunnar Strøno
Elisabeth Swensen

Primærlegetjeneste Hva må gjøres?

Illustrasjon: Per Dybvig jr.

PSYKIA TRISK



„Vi ser hvordan sterke krefter i fagmiljøene, legeforeningen og departementet framstiller den økende gren- og kvistspesialiseringen som en naturlov, og at denne med nødvendighet må føre til store enheter og sentralisering.“



Stortingsrepresentant
JOHN I.
ALVHEIM, Frp
Formann i
Sosialkomiteen

Hva bør gjøres for å bedre rekrutteringen til primærlegetjenesten?

Det er ikke noe nytt av dagen at svært mange legestillinger i primærhelsetjenesten har stått ubesatt, særlig i distriktenes og spesielt i de nordlige landsdeler. Allmennlegetjenesten er heller ikke fullt ut dekket i tettbygde strøk, eksempelvis i Oslo og Akershus. Jeg har levd såpass lenge at jeg erfarte den gamle distriktsslegeordningen, som, etter mitt skjønn, fungerte langt bedre når det gjaldt å dekke brukernes legetjenestebehov i primærkommunene. Ordningen med kommunaleger har etter mitt skjønn slått fullstendig feil, og svært mange kommunaleger har de seneste år søkt seg bort fra disse stillingene eller gått over til avtalepraksis i kommunene. Dette er sett fra mitt ståsted en ønsket utvikling. Jeg vil også nevne refusjonsvedtaket som Stortinget gjorde i 1991 som utelukket trygderefusjon for allmennleger som etablerte praksis i kommunene etter 10. oktober 1992. Frem til den tid var det mange allmennleger som startet praksis i flere kommuner, og som senere ved ledighet gikk inn i avtalehjemler med kommunene. Rekrutteringen via privat allmennlege til avtaleleger var frem til det tidspunkt rimelig god.

Kommunalegeordningen ble også rimelig svekket da Stortinget for noen år tilbake gjorde vedtak om at kommunalegen ikke lenger skulle være ansvarlig faglig leder av helsetjenestene i kommunene, men skulle gå over til å være såkalt rådgivende medisinsk ansvarlig. Det vil si, kommunalegen ble sidestilt med en hvilken som helst annen avdelingsleder i det kommunale byråkrati. Dette svekket etter min mening i tydelig grad både incitamentet til å være kommunelege, og i enda større grad skapte det frustrasjon når faglige råd fra kommunalegen ikke ble fulgt av kommunen, ofte av budsjettmessige grunner. Her fungerte den tidligere distriktsslegeordningen særlig godt, idet distriktsslegens pålegg og råd ble gjennomført uavhengig av hvorvidt kommunen prioriterte dem eller ikke.

Slik jeg ser det, vil gjennomføringen av fastlegeordningen heller ikke hjelpe på rekrutteringen av leger til primærhelsetjenesten, snarere tvert om, og fastlegeordningen slik den nå foreligger, bør etter mitt skjønn ikke gjennomføres.

I disse dager foreligger det en flertallsinnstilling i Sosialkomitéen som vil sette tak på allmennlegens refusjon fra folketrygden, noe som etter min mening ytterligere vil forverre rekrutteringen til primærlegehelsetjenesten, om det mot formodning skulle bli akseptert i departementet.

Bedre rekruttering til primærlegehelsetjenesten bør skje via positive tiltak som både går på lønn, bolig, barnehage, infrastruktur og så videre. For å lette vaktbelastningen i mindre kommuner bør det skje et tettere samarbeid om legevakttjenesten mellom flere kommuner der hvor det rent

praktisk ligger til rette for det. Jeg synes også det er viktig at primærlegene med visse mellomrom får anledning til hospitering i det nærliggende sykehus med full lønn og får betalt ekstraomkostninger ved slik hospitering. Dette bør reguleres i avtale mellom kommune og lege. Det bør også etter mitt skjønn vurderes hvorvidt turnustjensten for leger, som i dag er på 6 måneder i kommunehelsetjenesten, burde utvides til ett år, eller at en større del av sykehustjenesten ble forbeholdt kommunehelsetjenesten innen næværende turustidsramme.

En burde også overveie tanken om å ha en høyere avlønning av legene i utkantstrøkene eksempelvis de to eller tre første årene. Dette som en lønnsmessig gulrot for i hvertfall å praktisere som allmennlege i distrikten for en kortere tid.

Manglende rekruttering av primærleger



**Prosjektleder
TOM CHRISTIANSEN,
Sosial- og helsedepartementet:**

Problemet i primærlegetjenesten er sammensatt og vil kreve bruk av ulike virkemidler. Sosial- og helsedepartementet vil bedre tilgangen på leger og regulere legemarkedet slik at etablering av nye legestillinger skjer innenfor prioriterte områder. I tillegg er det på statsbudsjettet for 1999 avsatt 20 millioner kroner for å bedre rekruttering til og stabilitet i primærlegetjenesten.

Tilgang på leger

Regjeringens langsiktige strategi for å sikre stabilitet i legetjenestene er å øke tilgangen på leger. Utdanningskapasiteten for medisinere har økt fra 310 i 1991 til 590 i 1998 (inkluderer kjøp av studieplasser i utlandet). I tillegg kommer et antall norske studenter som velger å studere medisin i utlandet og som velger studiested på selvstendig grunnlag.

Helsemyndighetene har i samarbeid med Arbeidsmarkedsmyndighetene igangsatt et prosjekt for rekruttering av leger fra EØS-land. Ca. 100 leger ble formidlet i 1998. Målet i 1999 er å rekruttere ca. 200 leger, først og fremst til primærhelsetjenesten.

Regulering av legemarkedet

Med knapphet på leger er det viktig å sørge for en henstiktsmessig fordeling av nye legestillinger. Fra 1.1.99 er det departementet som skal avgjøre hvor mange nye legestil-

linger som skal opprettes og hvor legestillingene skal etableres. Kommuner og fylkeskommuner må søke til staten for å få opprettet nye legestillinger. I samarbeid med partene (KS, Oslo kommune og Legeforeningen) skal det utarbeides kriterier for departementets vurdering av søknader fra kommunene.

Innføringen av fastlegeordningen gir behov for å at en større andel av nyetableringene skal skje i kommunehelsetjenesten. I tillegg til kommunehelsetjenesten vil staten prioritere legestillinger innen psykiatri og kreftbehandling.

Bedre vilkår i primærlegetjenesten

En velfungerende fastlegeordning vil være avgjørende for styrket rekruttering til primærlegetjenesten. Det er i 1999 avsatt 20 millioner kroner til stimuleringstiltak for å bedre rekrutteringen til og stabiliteten i primärlegestillingene.

Følgende stimuleringstiltak skal iverksettes for å styrke rekrutteringen til primærlegetjenesten:

Vikarordning – skal bidra til å hjelpe spesielt utsatte kommuner med å rekruttere legevikarer. Siktemålet er en kvalitetssikring av vikarene og på sikt bidra til at dagens vikarstafetter blir løst gjennom mer langsiktige løsninger

Legevaksatsamarbeid – skal opprettholde nødvendig forsvarlighet i legevaktberedskap og bidra til å redusere vaktbelastningen og arbeidspresset for utkantleger. Departementet ønsker å invitere kommuner/distrikter til å prøve ut vakt-samarbeid i løpet av 1999.

Veiledning av turnuskandidater – tar sikte på å ta vare på turnuslegene som en ressurs for videre rekruttering til primærlegetjenesten. Ordningen er etablert i de fire nordligste fylkene og tiltaket blir faglig ledet av Fylkeslegen i Finnmark. Foreløpige tilbakemeldinger fra prosjektleder tyder på at tiltaket har bidratt til at flere kandidater enn tidligere vil fortsette i fylket etter at turnusperioden er over.

Tilskudd til videre- og utdanning for allmennleger – tar sikte på å bedre stabiliteten i legestillinger i Nord-Norge gjennom å stimulere til bl.a. spesialistutdanning. Tilskuddet er ment å kompensere for utkantulempene som er knyttet til lengre reisevei og utgifter i den forbindelse.

Stimuleringstiltakene er særlig rettet inn for å øke rekrutteringen til primærlegetjenesten fra turnusleger og nyutdannede leger. Innføring av vikarordning og legevaktsam arbeid vil også bedre arbeidsbelastningen for dagens primærleger, noe som kan medvirke til at stabiliteten i legestillingene bedres. Sosial- og helsedepartementet vil samarbeide med KS og Legeforeningen om tiltak for å bedre legedekningen i kommunene. Det er opprettet en arbeidsgruppe som vil drøfte utformingen av planlagte stimuleringstiltak og som skal vurdere mulighet for å opprette andre typer stimuleringstiltak.

Tom Christiansen

(Innlegget er forkortet. Red)

Krisen i primærlegetjenesten: hva kan gjøres?



**Helsedirektør
ANNE ALVIK,
Statens helsetilsyn:**

Inntrykket av legemangel i primærhelsetjenesten har vært tilstede, med varierende intensitet, gjennom mange år. Et unntak er kanskje begynnelsen av 80-åra, med fastlønnsordningen og effektene av akademisering av og statusøkning for allmennmedisinens. Det er et tankekors at problemene forsterker seg og berettiger bruk av ordet "krise" i dagens situasjon, med en legedekning i Norge som tallmessig er meget høy.

Legemangelen er i hovedsak et fordelingsproblem, både geografisk og mellom fagområder.

Et misforhold mellom antall leger og opprettede stillinger går først ut over legedekningen i utkantene. Erfaringene viser at i de periodene det var vanskelig å etablere privat praksis og å få stillinger sentralt, søkte legene dit det var arbeid. En strengere regulering av legestillingene er derfor nødvendig. Reguleringen må omfatte all offentlig finansiert legevirksomhet.

Faglig innhold, arbeidsforhold, lønn og karrieremuligheter for allmennleger må kunne konkurrere med forholdene i sykehus. Allmennlegetjenesten har sitt klare faglige særpreg med de uferdige sykdomsbildene og koordinerende oppgaver. Nærhet til og samarbeid med sykehustjenesten er uvurderlig for allmennlegenes trygghet i sitt daglige arbeid og som døråpner til spesialisthelsetjenesten. Legevakttjenesten oppleves av mange allmennleger som en stor belastning. Det er behov for å vurdere organiseringen av

vaktarbeidet og innholdet i tjenesten. Allmennmedisinens videre- og etterutdanningssystem må være vitalt og moderne.

Får vi en todelt helsetjeneste? Rent private legetjenester lokaliseres omtrent utelukkende i sentrale områder. Dette kan bidra til å øke utarmingen i utkantene - vi kan få en todelt helsetjeneste. Det må være riktig at privat etablert virksomhet ikke får refusjon fra trygden eller andre offentlige finansieringsordninger.

Fastlegeordningen løser ikke problemene med legefordeling dersom det nærmest ensidig må etableres flere legehjemler i sentrale strøk.

Rekrutteringen av samfunnsmedisinere til kommunehelse-tjenesten har gitt grunn til bekymring i flere år. Tiltak for å styrke den samfunnsmedisinske virksomhet både i kommunene, fylkene og på nasjonalt nivå må iverksettes samtidig med opprustning av allmennlegetjenesten.

Slik Steineutvalget I og II setter sokelyset på organisering i sykehus, herunder av legenes arbeid, må en sette sokelys på innholdet i og rammebetingelsene for legens arbeid også i primærhelsetjenesten, herunder allmennlegetjenesten. Legene må kunne arbeide rasjonelt og effektivt i hensiktsmessig samhandling og arbeidsfordeling med andre yrkesgrupper. Det krever omtanke og ressurser fra kommunen som ansvarlig for primærhelsetjenesten.

Administrativt og politisk ledernivå i kommunen har en viktig oppgave med å bidra til gode samarbeidsstrukturer, avklarte ansvarsforhold og gode støttefunksjoner for legetjenesten.

Gjør legene de riktige tingene? Spørsmålet er vel heller: forventer samfunnet de riktige tingene fra legene? Hva med ulike helsekontroller og attestarbeid? Bør egenerklæringer brukes i større grad? Hva med diverse personallegeordninger? Har legestanden selv bidratt til utrygghet i stedet for tillit til kroppens evne til å lege de fleste tilstander selv? Og hvordan kan vi påvirke befolkningens holdninger slik

at etterspørselen etter f. eks. skjønnhetskirurgi og andre overflodsskapte tjenestebehov blir mindre?

Når jeg reiser disse spørsmålene, er det fordi jeg både legene som stand, og samfunnet med sine bestemmelser og sine holdninger må være med og ta ansvar for å finne løsningene.

Pisk eller gulrot



**Direktør
PER ESPELI,
Kommunenes
Sentralforbund:**

Rekrutteringssituasjonen til primærlegetjenesten er bekymringsfull. Det er ikke lenger bare utkantkommunene som har problemer. Også sentrale kommuner med gode inntjeningsmuligheter har vansker med å skaffe kandidater til ledige hjemler. Sosial- og helsedepartementet, Legeforeningen og Kommunenes Sentralforbund arbeider med å finne positive tiltak som kan iverksettes så raskt som mulig for å bedre situasjonen.

Det har nå blitt en etablert sannhet i legekretser at arbeidsforholdene i primærlegetjenesten er så dårlige at leger bør være forsiktige med å satse på dette feltet. Vi tror "elendigheten" blir overdrevet og at pessimismen altfor lett har fått spre seg. Både KS og Legeforeningen har her en oppgave i å synliggjøre alle de interessante utfordringene som ligger i primærlegetjenesten. Dette er likevel ikke nok. Det må åpenbart også settes inn tiltak som kan gjøre primærlegetjenesten mer attraktiv for nye leger som skal gjøre sine valg av arbeidsplass. Tilretteleggingen for turnuslegene vil være avgjørende for rekrutteringen. De må føle seg velkomne i turnusperioden, og kommunene må vise i praksis at de ønsker at turnuslegen etablerer seg permanent i kommunen.

Kommunenes rolle som arbeidsgiver for legene vil være sentral. Ikke minst gjelder det å legge til rette for det økende antall kvinner som er på vei ut i legeyrket. Både kvinner og menn må få en arbeids- og vaktbelastning som setter dem i stand til å ivareta sine omsorgsoppgaver. Kommunene bør så langt som mulig etterkomme legenes ønske om listelengde i fastlegeordningen. Vaktbelastningen bør kunne reduseres gjennom interkommunalt samarbeid. I små kommuner er det vanskelig å finne interessante jobber til ektepar der begge har høyere utdanning. Her bør kommunene strekke seg langt for å legge forholdene til rette.

Det er heller ikke enkelt å rekruttere til de samfunnsmedisinske oppgavene eller de øvrige offentlige legeoppgavene. KS har her foreslått en egen "takst" for denne type arbeid slik at det både for kommunene og for legene blir like "lønnsomt" som det kurative arbeidet. Vi tror ikke dette er nok. Vi trenger en ny gjennomdrøfting av samfunnsmedisinens rolle. Det burde jo egentlig være det mest spennende en lege kunne drive med! Hva har gått galt? Hvordan få legene på banen igjen? Kan andre gjøre deler av jobben dersom det fortsatt blir vanskelig å få flere leger med på den samfunnsmedisinske banen?

Rekrutteringsproblemene i primærlegetjenesten kan ikke løses ved å ta en ny omdreining på inntektsspiralen for legene. Det må imidlertid være en målsetting å omfordеле inntektene slik at det blir mer attraktivt å etablere seg i utkantstrøk der rekrutteringsproblemene er størst.

Vi håper også at rekruttering fra utlandet vil bidra til å bedre rekrutteringen til primærlegetjenesten. Det har dessverre på bakgrunn av uheldige enkelteksempler blitt spredd en negativ holdning til utenlandske leger blant mange norske leger. Vi har alle et ansvar for at slike negative holdninger ikke skal få spre seg. Uheldige ansettelsjer bør unngås ved at det foretas en god "siling" av utenlandske kandidater.

Den nye ordningen for legeforseling som skal gjøres gjeldende, blir også et viktig virkemiddel for å bedre rekrutteringen til primærlegetjenesten. Primærlegetjenesten skal prioriteres i årene fremover, på bekostning av de somatiske sykehusene. Tjenesten vil forhåpentligvis bli mer attraktiv etter hvert som hjemlene i utkantkommunene fylles opp, og legedekningen gradvis blir noe bedre i en del sentrale kommuner med lav dekning.

Hans PETTER AARSETH, president i Den norske legeforening:

Det er vår utfordring!

I de to siste årene har vi til fulle blitt oppmerksomme på den sviktende rekruttering til primærmedisin. Svikten er nok eldre. Hvorfor har den kommet, og hva kan vi gjøre med det? En av grunnene kan være kommunenes manglende interesse for primærleger generelt og allmennleger spesielt. I løpet av to år såkte norske kommuner om til sammen 27 nye legehjemler. Denne manglende interesse ga seg også utslag i at fastlønnede kommunaleger ikke har fulgt med i lønnsutviklingen. Å opprettholde entusiasme når oppdragsgiveren er uinteressert, kan være vanskelig. Dertil kommer en reell opplevelse hos allmennlegene om at arbeidsbyrdene øker, ansvaret utvides og kravene blir større. Mangel på kontinuitet i legetjenesten bidrar til at publikum utvikler «dårlige vaner» ved større bruk av legevakt. Større arbeidsbelastning og dårlig rekruttering skaper en ond sirkel som også bidrar til at de etablerte velger seg bort fra arbeidsområdet.

Hva kan vi gjøre for å motvirke dette?

Jeg tror det vesentligste må gjøres i fagene selv. Den onde sirkel må stoppes og trenden må snus. Da må det være entusiasme og tro på fremtiden, en må ha tro på at arbeidsoppgavene vil være givende i et faglig miljø med gode utviklingsmuligheter, samtidig som det må være mulighet for å ha en viss kontroll med arbeidsbelastningen. Mye av dette må skje innenfra kombinert med tiltak utenfra.

Gjennom vårt forhandlingsarbeid må vi forsøke å bidra til at legearbeid lønnes noenlunde likeverdig uavhengig av hvilken sektor man arbeider i. Det må imidlertid også legges til rette for at leger i primærhelsetjenesten kan få en tilfredsstillende

faglig utvikling gjennom hensiktmessig etter- og videreutdanning. Her må Legeforeningen ta det største ansvaret. En fungerende vikarordning kan bidra til at leger i utkantkommunene får større trygghet for at de kan få hjelp både når stillingene er vakante og når de leger som er der har behov for fravær for etter- og videreutdanning, eller av sosiale eller personlige årsaker. Det må være trygghet for at pasientene blir ivaretatt også om en selv ikke er til stede kontinuerlig. En slik ordning må organiseres av myndighetene, men det er selvfølgelig være medlemmer som må være viarene. Er det vilje hos sykehushelsegene å ta permisjon for å vikariere i primærhelsetjenesten?

Et annet element som jeg tror er av vesentlig betydning er vaktbelastning. Legeforeningens legevaktutvalg har fremmet forslag om samordning av legevakter i større vaktdistrikter basert på bemannede legevaksentraler. Dette vil gi mindre belastning på den enkelte, bedre kvalitet på tjenesten og dermed større trygghet for pasientene. Her har vi imidlertid en stor pedagogisk oppgave. Legevaksaken fra Bergen viser dette med tydelighet. Det kreves klokskap og mot hos være lokale politikere når det skal gjennomføres tiltak som populistiske strømninger vil omtale som negative for pasientene. I likhet med sykehushmedisinen får allmennmedisin mulighet til å presentere seg for alle nyutdannede leger. Mange av disse er åpne for alternative karriereveier. Måten de blir møtt på i turnustjenesten er sannsynligvis av betydning for fremtidig valg. Her ligger kanskje den umiddelbare utfordring for primærmedisinerne: ta vare på turnuslegene slik at de ønsker å fortsette i primærhelsetjenesten i hvert fall i noen år.

Generalsekretær FINN GRØNSETH, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke:

Pasienters rett til lege må bli reell

Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke (LHL) har registrert at legesituasjonen i våre distrikter ofte blir satt på dagsorden, og det er helt nødvendig. Det er vanskelig å få leger til å etablere seg i kommunen og å få dem til å bli. En kommunelekestilling lyses ut gang på gang uten at en eneste søker melder seg. Fortvilet situasjon, ingen lege. Folldal kommune har skiftet lege 36 ganger i løpet av ett år. Også en fortvilet situasjon. En kostbar ordning for kommunen og en uholdbar situasjon for pasientene. Ny uke, ny lege. For tredti år siden var det 3.000 leger i Norge. Nå har tallet kommet opp i 14.000, men hva hjelper det for distriktskommunene? Temaet har blitt, og blir, diskutert i alle aktuelle miljøer, men situasjonen er fortsatt like vanskelig. LHL vil understreke at legetjenesten er en avgjørende ba-

sistjeneste for at et lokalsamfunn skal kunne fungere og utvikles. Derfor må myndighetene sørge for at de har virkemidler som kan fordele en knapp ressurs på en rettferdig måte. Positive stimuleringstiltak vil være det beste.

Hva bør gjøres? Det er nok ikke noe enkelt svar på dette problemet, men LHL vil allikevel komme med noen synspunkter og forslag som bør drøftes nærmere.

- En uforholdsmessig stor del av legearbeidet går med til å fylle ut skjemaer og erklæringer av alle typer. Tid som burde brukes til å snakke med og behandle pasienter.
- I dag består omkring 25% av legestillingene i primærhelsetjenesten av turnuskandidater. Det å utvide turnustiden til ett år kan ha en positiv effekt i forhold til legedekningen

i distriktene. Jo lengere studenten blir, jo sterkere blir tilhørigheten og det sosiale nettverk.

- Med utgangspunkt i at det ofte er mer krevende å arbeide i en liten kommune med lange avstander til sykehus og andre hjelpepersonell enn i større og mer sentrale områder, vil det være viktig å sørge for at utkantkommunene er godt rustet når det gjelder medisinsk utstyr og kompetanse på hjelpepersonell knyttet opp til legetjenesten. Det bør vurderes om en skal avsette øremerkede midler til dette formålet.
- Ett av problemene i distriktene er lange og hyppige vakter. En annen organisering av legevakten tvinger seg frem. Utvidet vaksamarbeid og etablering av legevaktcentraler kan være ett tiltak.

- Stimuleringstiltak bør utvides og videreføres. Det gjelder nedskrivning av studielån, lavere skatt, permisjonsordninger, utdanningsordninger, høyere barnetrygd m.m..

- Videre er det viktig å se lønningene på sykehusene i sammenheng med de inntektene som leger i primærhelsetjenesten har. Det blir ikke lettere å få leger til å bli i distriktene hvis det blir for stor forskjell på lønningene i sykehusenes favør.
- Det beste virkemiddelet for å få til en bedre dekning av leger i hele landet er først og fremst at det blir utdannet flere leger. Utdanningskapasiteten må komme opp på et nivå som kan bringe balanse mellom tilbud og etterspørsel.

Sma kommuner trenger fleksible løsninger



GUY CHABOUD,
kommunelege, Lenvik

Jeg er bedt om å uttale meg i 500 ord om fastlegereformen. Først noen ord om meg selv og min bakgrunn. Jeg er fransk, født i vinterolympiske Grenoble, nesten født med ski på bæna. Jeg giftet meg under studietiden med Anna-Sofie, lege også. Begge ble begeistret ved tanken å jobbe i «Le Grand Nord», og vi kom til Senja i høsten 80. Det var like etter innføring av fast lønn i de fleste av kommuner i Troms. Vi fikk i kjøpet gode betingelser på vakt, med god fastlønn på 1440 kroner per vakt (dette i 1980) + 6 ukers ferie og 4 måneders permisjon hver tredje år. Dette falt delvis bort når kommunen overtok i 1984. Vi fikk beholde Nordnorsk permisjonen, men vi mistet vår gode avtale med fast lønn på vakt. Vi hadde hver av oss årlig ca. 80 vakter. Vi fikk i 1987, etter ønske, en turnuskandidat, slik at vaktbelastningen ble mindre. Men et rundskriv som krevde at en kandidat ikke kunne betjene et distrikt alene i begynnelsen av 90-årene, gjorde det vanskelig for oss igjen. I ly av fastlegereformen som var i gjæring, valgte jeg i 96 å søke på nabodistriktet Lenvik (12000 innb). Kona mi Anna-Sofie har også sagt opp sin stilling i Tranøy, og kommer med meg til Lenvik i mai 99, dette mye p.g.a. fastlegereformen. Vi har følt begge to at vi blir den tapende part med en ny reform, hvis man skulle forbli i Tranøy. Tranøy med sine 1720 innbyggere bør ha tre leger p.g.a. stor vaktbelastning.

Når jeg tenker tilbake, føler jeg at tiden hvor vi var administrert av fylkeslegen var en god tid. Fylkeslegen hadde ofte vært selv i distriktene og visste hvor hardt det kunne være. Jeg følte at det var lettere å få hjelp om man trengte det; vi hadde støtte. I tider hvor det var legemangel, kom man med tanken om beordring eller man ga flere «gulrøtter», for eks.

ekstra ansiennitet for å jobbe i distrikt eller gode vaktvilkår. Når kommunen overtok i 1984, har mange følt at det kunne være vanskelig å bli hørt eller å få støtte fra kommunale politikere, især om du ikke er fra rett plass eller rett parti. Fastlegereformen i en liten kommune tilbyr mer forpliktelser og mer arbeid p.g.a. vaktbelastningen og mindre gode økonomiske betingelser enn i en by. Dette gjør at man vil søker til en større by. Denne reformen bærer i seg mye tvang. Mange krav kan bli vanskelig å innfri. Fastlegereformen tilbyr høyere inntekter enn ved fast lønn, især i byen. Men hvem sier at man ikke skal endre takstene i neste omgang for å redusere utgifter på statsbudsjettet, på lik måte som vi mistet gode betingelser med den kommunale reform i 1984? Det som jeg synes er mest irriterende med fastlegereformen, er mangelen på mangfold. Dette er noe som preger vårt land. Gjør man en reform, skal alt være likt, dvs. med dette tar man ikke i betraktning at det er stor forskjell mellom kommunene. Faktum er at i mange fylker bor over 70% av innbyggerne i en kommune med under 4000 innbyggere. Mange bor også i enda mindre kommuner. La oss ta et eksempel i min nabokommune Bjarkøy i Troms med sine 600 innbyggere. Røst i Nordland er også et annet eksempel. I disse to små kommuner er det per i dag en stabil helse situasjon med 3 leger i Bjarkøy og 4 leger i Røst som går i turus. Dette p.g.a. vaktbelastningen. Hvem ellers vil være ansvarlig 365 dager i året? For mange små kommuner bør man bruke fantasiene, for eksempel jobbe i to uker og ta fri to uker, i en slags turnus. Da kan ikke fastlegereformen være løsningen, ikke heller for flertallet av små kommuner. Så alt i alt, muligens bra i byer og i større tettsteder; ellers føler jeg at reformen fører med seg mye negativt. Man vil være positivt innstilt for forandringer, men dessverre, for dette klarer ikke jeg.

Hvordan ta vare på arbeidstiden?

Gunn Aadland f. 52. Turnustjeneste på Træna. Kommunelege Vågsøy kommune 1984-89. Bydelslege Stavanger 89-94. Bydelsoverlege 94-98. Tidligere medredaktør i Utposten. (en periode med stor arbeidsglede!) Nå assistentlege barneavdelingen Sentralsykehuset i Rogaland.

Året var 1984. Året for den nye loven om helsetjenesten i kommunene. Jeg var nylig utnært distriktslege/kommende kommunelege i Sogn og fjordane. Når mine nye kollegaer var samlet i fylkets sentrum Førde, gikk diskusjonene: Blir det noe liv etter 1984? Det var endeløse diskusjoner om organisering og ledelse. Hvem skal bestemme over oss nå? De faglige diskusjonene ble lagt «på venting». De ble hentet ned igjen. Livet fortsatte - også etter 1984.

Det allmennmedisinske miljø var i en spennende periode. Vi fikk veileddingsgrupper og det var spennende kurs i tilslutning til denne videreutdanningen. Det var god kontakt med det lokale sykehus. De hadde en områdepædiater som kom jevnlig på besøk. Det lokale psykiatrimiljøet drev også med reisevirksomhet ut på landet. I den kommunale virksomhet var det oversiktlig miljøer og vi kjente etterhvert medaktørene. Det var nærliggende kontakt mellom fagene allmennmedisin og samfunnsmedisin. (mange hadde kombistillinger) Foreløpig druknet vi ikke i endeløse organisjonsdiskusjoner og papirarbeid. Fylkeslegen lurte på hvorfor jeg sykemeldte alle gravide i siste trimester, i Måløy. Jeg inviterte ham ut for å se på arbeidsplassene i fiskeindustrien, og fikk aksept for å fortsette min praksis. Det kliniske arbeidet med pasienten var dengang - som nå - spennende. Jeg hadde følelsen av å være på rett arena.

Det hendte nok at man på legevaktkjøring langs fjorden kunne komme i tvil, aldri så lite. Det var ikke noe hvilehjem å kjøre legevakt. Vaktarbeid var også en vedvarende problem i forhold til eget privatliv som småbarnsmor. Men det var mange gode sider ved å bo i distrikt i denne perioden av livet. Jeg flyttet sammen med familien til et bysamfunn lenger sør - av andre grunner enn de faglige. Jeg fortsatte i en allmennmedisinsk stilling. Etter noen år begynte jeg i en kombistilling - kommunelege i en bydel. Dette var en mulighet til å prøve ut legerollen i et geografisk avgrenset område. Et ønske om å få en slags oversikt også i byen. Det var fortsatt tilgang til gode fagmiljøer med mulighet for veiledning. Det ble nye oppgaver innen forebyggende helsearbeid for barn, psykiatri, habilitering/rehabilitering, samfunnsmedisin. Fortsatt snakket jeg varmt for det fruktbare samarbeidet mellom samfunnsmedisin og allmennmedisin.

Rammer og faglig innhold.

Men med årene skjedde det noe med rammene for det allmennmedisinske arbeidet. Det kom stadig nye oppgaver

som skulle presses inn i arbeidsdagene på kontoret. De faglige oppgavene økte både i volum og innhold. De vanlige dagene ble en vedvarende kamp med klokka. Det var mange aktører i den kommunale helseorganisasjon. Nye faggrupper og tilgang på positive tverrfaglige erfaringer. Men det representerete i det daglige ikke avlastning. Det medførte nye møter, rapporteringsoppgaver, målstyringsdokumenter etc. Det ble hele tiden spurt etter produksjonstall. Kvalitetssikring var ofte på agendaen, men likevel, lite kvalitative problemstillinger. Jeg kjente daglig at oppgavene innen psykiatri, kronisk sykdom, rehabilitering krevde bedre tidsrammer. Pasientene var der, og var kilde til nye erfaringer og kunnskaper. Men likevel - var det et samsvar mellom nye oppgaver og min tidsbruk? Gjorde jeg en god nok jobb?

Det offisielle helse-Norge

Helsetilsynet og Fylkeslegekontoret kan være en kilde til god rådgivning og nye kunnskaper. Nye veiledere og dokumenter. De kom med sin nye systemtilsynsrevisjon. Alt skulle være ordentlig og systematisk. Det skulle børge for kvalitet. På tilsyn fikk vi spørsmål i samsvar med dette. Har dere en perm for internkontrollrutiner? På et slikt tilsynsbesøk avsluttet en erfaren helsesøster med følgende spørsmål: Hva synes dere er det viktigste å ta fatt i her på stedet? Og hun hørte svaret. Vi liker faktisk å bli spurta om våre synspunkter.

Det er en økende fokusering på vårt potensiale for å gjøre feil. En økende bekymring for det rettslige etterspill. Hvem vil da bistå oss med faglige råd, og ikke minst menneskelig støtte? Pressens rolle forsterker denne bekymring.

Trygdekontoret har økt krav til skriftlige svar og legeerklæringer. Hva er planene med denne pasienten? Er han under behandling med utsikt til bedring? (Ja, han går her da hver måned. Kanskje er det snakk om stopp på veien fra vondt til verre?)

Arbeidsgleden?

Vi vet når den er der. Det handler om mange faktorer som ikke alltid er lett å analysere.

Det handler om råderett over egen arbeidsdag, en mulighet til å prioritere oppgavene, å ha mulighet å velge det viktigste først. Det handler om tilbakemelding fra overordnede og kollegaer på kontoret. Vi ønsker alle å være «synlige». I et godt arbeidsmiljø tåler vi også den korrigende tilbakemelding. Det handler om de gode fagmiljøer med vedvarende tilgang til nye kunnskaper og erfaringer. Og ikke minst det handler om «den daglige tonen» på kontoret. Alle de ansatte må kjenne at de gjør en meningsfull jobb. Det må være en god daglig dose med humor og varme. Så enkelt- og så vanskelig.

Hva med pengene?

Det handler selvsagt om lønnsforhold og arbeidsforhold. Det handler om barnehageplass og god bolig. Dette må være et vedvarende anliggende for vår forening. Det er en nødvendig betingelse for at leger blir værende i primærhelsetjenesten.

det blir allikevel ikke hovedbegrunnelse for valg av nye arbeidsplasser. Jeg tror at for de fleste av oss blir de faglige valgene tyngst veiende. Klinisk allmennmedisin er et spennende fag. Arbeidsgleden må ikke drepes av manglende samsvar mellom rammer og arbeidsoppgaver.

Rekrutteringssvikten i allmennmedisin og flukta fra utkant til sentrum

KÅRE ØYGARDEN

Min eigen bakgrunn: Cand.med 1980, seinare kommunelege unntatt korte utdanningspermisjonar. Gift med allmennlege (aukande vanleg), nyleg urbanisert/sentralisert og blitt avtalelege.

Kvifor "måtte" eg skifte jobb og flytte?

Nærleik mellom lege og lokalsamfunn i småkommunar er alment akseptert aktivum i almenmmedisinske fagmiljø for ikkje å snakke om i utøving av samfunnsmedisin. Prisen er mindre fokuseret: belastninga for legen over tid, særleg ved sviktande bemanning/vakans og i tider der nye satsingsområde er fokuseret, eksempel: omsorgssvikt, sex.øvergrep, skeivutvikling hjå barn/ungdom. Kva gjer sjølvmordsbylinger i lokalsamfunn med legen?

Vakans fører til vikarbruk, korleis skal ein elles overleve. Stor gjennomstrøyming av korttidsvikarar medfører meir arbeid i form av opplæring, uformell bakvakt, forhandlingar om alle slags rare krav og svegning av hårete kamelar, deretter klage frå publikum og kanskje kommunen. Vanleg problemstillinger denne vikaren verre enn ingenting?

Før ein analyserer legespesifikke faktorar er det viktig å erkjenne almenne trendar. Desse heiter i dag sentralisering, urbanisering. Dette er både politikk og ideologi, jfr motstykket for 20 år sidan: populismen, motkulturane, særleg sterke i student- og akademikarmiljø, dette kom primærhelsetenesta til nytte på 80-90-talet. Legar fylgjer trenden no som då.

3 fenomen har redusert min trivsel som allmennlege:

- Risikantfokusering. Korleis kan folk kjenne seg friske når så mange autoritarar systematisk sår tvil, legemiddelinndustrien er verst.
- Dokumentasjonsmani. Legeattest er i aukande grad velferdsbillett, fritakskort, framtidsgaranti. Mange krev oss: forsikr.selskap, skular, arb.gjevarar, parkeringsvakter.
- Sentrale direktiv/pålegg. Stikkord: kvalitetssikring, internkontroll, prosedyrekrev,....

Har nokon sett at sentrale pålegg om nye satsingsområde har eige kapittel om kva vi skal slutte å gjera? Har nokon rekna ut summen av gamle og nye satsingsområde? Desse fenomena reduserer vår tid/evne til å stille diagnosar og drive behandling.

Tre satsingsområde for å betre allmennmedisinen sin trivsel i utkantkommunar:

- Potente lokalsjukehus med generalistar(3-delt) Reiseavstanden betyr mykje for pasienten men også for vaktlegen som fylgjer og distriktet som då er utan vaktlege.
- Betra vaktordningar med bemanna legevaktsentral. Aksept for at dei fleste sjuke kan reise/flyttast til legen.
- Stabilt kollegium og nyrekruttering. Dette er basisen for utvikling av sterke fagmiljø.

Nyrekruttering krev lønsmessig utjamning mellom sjukhuslegar/sentrale avtalelegar og utkantlegar.

Det grunnleggande problemet ved rekruttering .

Så lenge gapet mellom eksisterande stillingar og antal legar er stort vil ein slåst mot kvarandre.

Løsinga ligg i eit av to tiltak

- anten må ein lage fleire legar (utdanning, import)
- eller ein må nasjonalt bestemme kva som skal prioriterast som ei offentleg finansiert helseteneste. Dette krev ein modig reform som stryk eindel av dagens legearbeid frå alle offentlege budsjett. (kosmetikk/riskoreduksjon/karens-dagar/dokumentasjon)

To tankar om fastlegeordninga:

1 års utsetjing har forlenga handbrekket på hjå mange legar som vurderer allmennmedisin

Kortare lister i småkommunar handlar slett ikkje berre om næringsgrunnlag og vaktlister.

Like mykje betyr belastninga det er å vera lege der, geografi og reiser, mange småkontor.

60-70% av listestorleiken i sentrale strøk vil truleg passe.

Små distriktskommuner er ressurskommuner

Ved målrettet satsning kan de blive primærmedisinens "rikshospital". Det vil afhjælpe rekrutteringskrisen både i distrikts-Norge og i primærhelsetjenesten.



NILS KOLSTRUP har været primærlæge siden 1986. I 7 år har han arbejdet i en lille ud-kantkommune. Siden 1995 har han jobbet i Tromsø som allmennlege og som førsteamanensis ved Universitetet i Tromsø.

I Norge har studenter, turnuskandidater og yngre læger traditionelt startet deres primærmedicinske karriere i små distriktskommuner. Selv med relativt få erfarte læger, har disse kommuner været ideelle uddannelsessteder for primærlæger. Med alle stillingshjemler besat, har lægerne her rimelig god tid, stabil patientpopulation, godt fungerende akuttjeneste med primærlæger som vigtigste element samt et meget gennemsigtigt administrativt system, som primærlæger har lært sig at benytte, til bedste for patienterne.

Den lille kerne af erfarte læger forlader nu små distriktskommuner. Derved bliver der her så stor mangel på faglig stimulering at studenter, turnuskandidater og yngre læger ikke vælger en karriere som primærlæger. Krisen i distrikthelsetjenesten er derfor et problem for hele Norges primærmedicin.

Ressurskommuner, allmennmedisinens dynamoer i stedet for allmennmedisinens ørken.

Mit forslag er, at stat, kommuner og lægeforening tilbyder primærlægetjenesten i ressurskommuner en langsigtet velkoordineret inspirationsplan. Med en kombineret stabiliserings- og uddannelsespakke kan man gøre småkommuner til et slags "rikshospital" for primærhelsetjenesten. Helse-tjenesten i ressurskommuner må få, som formål at uddanne og inspirere studenter og yngre læger, samtidigt med at de normale helsetjenestefunktioner varetages. Ligesom dygtige overlæger og professorer på de store sygehuse er rolle-modeller og lærere for unge læger, må inspirerende læger i ressurskommuner sikre nyrekruttering af primærlæger til hele Norge. Antal ressurskommuner bør være ca. 150-200, kommunestørrelse max. 5000 indbyggere.

Konkret kan man gøre følgende:

1: Kraftig arbejdsværdies- og lønsmæssig stimulering af erfarte læger i ressurskommuner.

For at få denne stimuleringspakke må disse læger være specialister i almenmedisin og helst i samfunnsmedisin og

de må have været i kommunehelsetjenesten mindst 2 år efter endt specialitet. Lægene må få tid og råd til fordypning, muligheder for at blive veiledere i allmennmedisin og samfunnsmedisin med kurserne og vejledningstiden betalt af staten. Staten må kræve, at de vedligeholder sine specialiteter og har vejledningsgrupper. Lægerne må få lidt højere løn end alle andre primærlæger, desuden gode vikarordninger. Professorer og amanuenser ved de primærmedisinske institutter må via ændringer i specialitetsbestemmelserne tilskyndes til at arbejde som vikarer i ressurskommuner. Nogle af lægerne i ressurskommuner må få tilbud om deltidsansættelse i 20% stillinger ved universiteterne.

2: Maksimal satsning på sociale stimuleringstiltak for læger i ressurskommuner (garanteret børnehaveplads, Nord-Norgevilkår, 5 års nedbetalingstid på studielån).

3: Uddannelsespakke til unge læger som binder sig for 4 år. Disse læger må være sikret at blive specialister i allmennmedisin og evt. samfunnsmedisin indenfor den tid. De må sikres sygehustjeneste i kommunens lokalsygehus som en del af uddannelsespakken.

4: Faglig inspirerende turnustjeneste. Alle ressurskommuner må til enhver tid have turnuskandidat. Turnuskandidaterne må få en struktureret skriftlig detaljeret uddannelsesplan specifik for den enkelte kommune. Daglig vejledningstid minimum 30 min gerne som morgenmøder. Desuden må turnuskandidaterne have en fordybningsdag per måned indarbejdet i arbejdsplanen.

5: God studentundervisning. Ressurskommuner må samarbejde nært med universiteterne for at sikre optimal studentundervisning. Alle ressurskommuner må have mindst en student hvert år

Selektion af ressurskommuner

Fylkeslegen bør være den instans, som definerer ressurskommuner efter nærmere retningslinjer.

Krisen i primærlegetjenesten *Momenter til epikrisen*



KJELL MAARTMANN-MOE

Privatpraktiserende allmennlege Oslo Indre Øst 1983-(tilsvarer det 10-15 år på Røst tro?). Dr.med. 1982 UiO. Spesialist i allmennmedisin 1992. Førsteamanuensis UiO 1997-. Han har hatt mange tillitsverv i Dnlf og Aplf fra 1979. Hovedtillitsvalgt for de privatpraktiserende legene fra 1989 og leder av allmennlegerådet i Grunerløkka-Sofienberg bydel i Oslo.

Krise er ofte muligheten man får til å ruske opp i kroniske vanskeligheter. Således skulle krisen vi er i, være gunstig for primærmedisin? Hvordan epikrisen vil se ut er i stor grad avhengig av hva vi selv (Dnlf, yrkesforeningene og legene) gjør i krisen. Mye avhenger av at legene greier å opprette samlet, fast og tydelig, og at vi oppnår en allianse med befolkningen for vår fellessak: Tilstrekkelig med primærlegetjenester fra et stabilt og godt kvalifisert primærlegekorps i hele landet.

Den politiske utfordring

Det viktigste av alt for primærmedisinens fremtid, er at politikerne makter å gi oss som er offentlig engasjerte primærleger i dag og de kommende kull med leger entydige, kraftige signaler på at det vil bli attraktivt å være allmennlege/samfunnsmedisiner i mange år fremover, og at vi får så stabilt gode inntekts- og arbeidsforhold at legene ikke søker bort fra det offentlige primærlegearbeidet.

Signalene om enda mer overarbeidelse og personlig ansvar også for allmennlegedekningen i Norge i forslaget til fastlegeordning, mangel på vikarer, allmennlegevaktkorganisasjonen og trusselen om nedbygging av lokalsykehus, er alle kriseforsterkende faktorer.

Dnlf og primærlegene

Til tross for etableringen og konsolideringen av spesialitene i allmennmedisin og samfunnsmedisin er vi pariakaste hva angår økonomi, arbeidsmiljø og prestisje.. Dette har lege som skal velge spesialitet merket seg, og søker vakk fra fagene.

Dnlf må gjøre et betydelig ryddearbeide når det gjelder inntektsforskjeller mellom de ulike privatpraktiserende spesialistene. Videre må vi komme frem til konsensus om hvor mye mer næringsdrivende skal tjene i forhold til lønnsmottakende leger med ellers lik arbeidstid. En rekke forhold bidrar til at de næringsdrivende leger har større utgifter for å

oppnå de samme godene som lønnsmottakende medlemmer i Dnlf.

Det må det bli langt mer forpliktende for den enkelte å være medlem av Dnlf. Som en start må Dnlf få vite hva alle medlemmene tjener i lønnet legearbeide og som næringsdrivende leger og hvordan denne inntekten fordeler seg på normal arbeidstid og på overtid. Det må være forbundet med progressiv straffekontingent ikke å avgrense opplysningsene i rett tid. Ved kontinuerlig innsamling av slike data kan vi bygge ned mytene om hverandres økonomi, sveise foreningen bedre sammen og bedre prioritere våre lønns-, næringsinntekts- og arbeidsmiljøkrav til beste for flest mulige medlemmer.

Primærlegereform – hvis noen, hvilken?

Får vi en reform som gir primærlegene både ansvar og frihet til å gjennomføre reformen gjennom vide fullmakter til samarbeidsutvalg og primærlegeråd, kombinert med konkurranse-dyktige, stabile, forutsigelige økonomiske og arbeidsmiljømessige rammer, tror jeg sjansen for en suksess for en reform i offentlig regi er rimelig stor. Det er imidlertid nautt å tro at dette ikke vil koste betydelige summer for det offentlige. Langt dyrere blir det imidlertid å la være; Da vil presset på annen- og tredjelinjen eksplodere med ditto ukontrollerbar kostnadsutvikling.

Imøtekommes ikke primærlegenes rammebetingelser, vil offentlig primærlegetjeneste trolig raskt bygges ned – først i byene og senere utover distrikturene. Hovedtyngden av primærlegene er i dag rutinerte 40-50 åringer og lar seg ikke by hva som helst. Mange er lei av manglende forståelse både hos sentrale og lokale myndigheter for hvilken viktig funksjon de har. Særlig i byene blåser det en privatiseringsvind som fort kan komme opp i styrke. Der vet man at publikum vil og kan betale for helse. Det ligger derfor i luften at lege i disse områdene kollektivt kan komme til å si opp sine driftstilskudd og refusjonsavtaler. Kanskje er det sunt for alle parter at så skjer? Da blir det i så fall liv i politikken igjen fordi partiene må fortelle velgerne hvilke utgifter til legehjelpe skal få refundert.

Den som lever får se

Fukt for tørre øyne:



VISCOTEAR[®] CIBA Vision, Kunstig tårevæske. ATC-nr:S01XA20

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

Pakninger: Viscotears 10g. og Viscotears 3x10g.

®

Viscotears

CIBA Vision Norge A/S · Postboks 24 · Dyrmyrt. 35 · 3600 Kongsberg
tlf. 32 77 11 66 · fax. 32 77 11 55

NY LEGEVAKTS- ORDNING I NAMDALEN

*—vil det bedre arbeids-
forholdene for primærlegene?*

Av Jannike Reymert

For å redusere vaktbelastningen for primærlegene i Namdalen skal det fra 1.2.99 utprøves en ny legevaksordning for store deler av nedslagsfeltet til Namdal sykehus. 12 kommuner med tildels store reiseavstander og 40.000 innbyggere skal delta i prosjektet. Ytterligere 6 kommuner var invitert til å delta, men har av ulike grunner ikke valgt delta.

Legevaktssamarbeidet skal gjelde fra kl 23.00 til kl 08.00 på alle ukens dager. Resten av døgnet er tenkt organisert med dagens legevaksordning. Alle telefonhenvendelser fra publikum går til sykehusets AMKsentral der en sykepleier «siller» telefonene. En lege skal være stasjonert på legevaktssentralen på Namdal sykehus og ha hovedansvaret for hvilke tilbud som skal gis vurdert utfra alvorlighetsgraden ved henvendelsen. Denne legen skal ved behov tilby konsultasjoner til publikum, mens 5 leger i regionen skal ha bakvakt for 2-3 kommuner og rykke ut dersom det er behov for det.

Helse- og Sosial-departementet har på det sterkeste bifalt prosjektet. De ønsker å prøve det ut som ledd i utforming av fastlegeordningen. Departementet har derfor gått inn med 1,8 millioner kroner. Prosjektet er med dette økonomisk attraktivt for deltagende leger. Timesatsen er kr 600720 kr pr time for tilstedevakt på sykehuset, da uten rett til egenandeler/trygderefusjoner. Som kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste ved avpassering dagen etter vakt vil legene få kr 2000.



Bakvaksle-gene i de 5 distriktene får vanlig godtgjørelse for uttrykning og dobbel vaktgodtgjørelse. Forslaget har vakt livlig debatt blant legene og kommunepolitikerne i regionen. I en kommune som ligger sentralt i området har skepsisen vært så stor at prosjektet måtte utsettes. Kommunen har først gitt sin tilslutning etter et betydelig press (inkl. besøk fra departementet) og mot at de fikk endret prosjektplanen til et for dem akseptabelt opplegg. Heri ligger bl.a mindre bakvaksdistrikter i begynnelsen av prosjektpérioden og styrking av ambulansepersionellets kvalifikasjoner.

Hovedargumentet mot ordningen har vært at dette vil svekke tilbuet til pasientene når de har behov for akutt hjelp. Med en tildels betydelig økt avstand mellom vakthavende lege, og pasient er man redd for at alvorlige syke pasienter blir overlatt til seg selv i flere timer før legen når fram. Ambulansetjenesten er av mange vurdert til ikke å kunne bidra med medisinsk assitanse i en grad som slike situasjoner tilskir.



Utposten har interjuvet prosjektleder Per W. Tvete, som er en av initiativtakene til dette prøveprosjektet. Han er 45 år, allmennpraktiserende lege i Overhalla siden 1986, fra 1990 også kommunelege 1. Han er spesialist i allmenn- og samfunns-medisin, medlem av Dnlf's legevaksutsvalg og har sittet i referansegruppa for legevakt og øyeblikkelig hjelpe i forbindelse med fastlegeordningen. Medlem av styret i OLL.

UTPOSTEN: Kan du først si noe om årsaken til at du har foreslått å prøve ut denne nye formen for legevaksorganisering?

TVETE: Rekrutteringssvikten i primærhelsetjenesten er en av våre hovedbekymringer. Erfaringen er at yngre leger ikke søker seg til primærhelsetjenesten, men velger å jobbe på sykehus. Dette gjelder spesielt kvinnelige kolleger, og for disse synes det klart at legevaksbelastningen sammen med frykten for å bli sittende med en ensidig praksis skremmer.

Manglende stabilitet i distriktene er også et stort problem. Kolleger i små, perifere kommuner flytter til sentrale strøk, og vi mener det bl.a er det høye vaktvolumet som er årsaken til det. Det er forholdsvis lite å gjøre på vaktene, men hyppige vakter binder opp mye av den tida andre har fri. Dette sammen med en relativt lav fortjeneste gjør det lite attraktivt å forbli i distriktene.

Namdal tilhører et av de områdene i Norge med størst legemangel i primærhelsetjenesten. Vi har mange kortdrevne med lite lokalkunnskap og varierende grad av faglighet. Andre deler av landet har de samme problemene, og vi ønsket derfor å bruke Namdal til å prøve ut en praktisk modell for interkommunalt legevaksamarbeide. Modellen er forsøkt tilrettelagt for store geografiske områder med til dels spedt befolkning.

UTPOSTEN: Det har vært en blandet mottagelse av prosjektet. Endel leger og kommunepolitikere har vært skeptiske. Hovedargumentet har vært at lange avstander kan føre til at det kan ta for lang tid før legen kommer fram i kritiske akutttilfeller. Hva er ditt syn på dette?

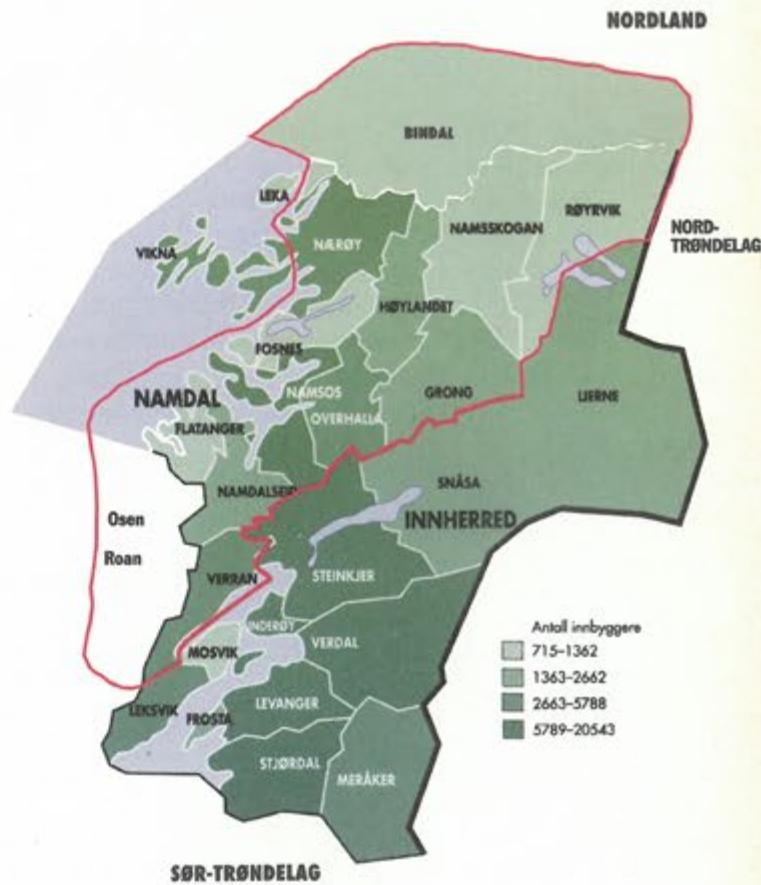
TVETE: På grunn av disse forholdene, ønsker vi ikke å centralisere legevaksordningen helt. I tillegg til en primærvakt ved legevaktssentralen ved Namdal sykehus, skal det være fem bakvakter i regionen med ansvar for to til fire kommuner. Ordningen innebefatter at bakvakslegene i distriktet skal purres ut bare der det er behov for hjemmebesøk. Vår statistikk fra interkommunal legevaksentral i Namsos viser at det er svært få slike hendelser mellom kl 23 og 08. Legevaksutsvalget i Dnlf har gått inn for at det skal være

opp til 60 minutters responstid eller max 100 km avstand fra legevakslege til distriktets ytterkant. I vårt prosjekt vil avstandene være større enn dette, men vi tror at det kan kompenseres ved å øke ambulansepersonellets kvalifikasjoner. Det er viktig at de får opplæring i enkle prosedyrer. Med god kommunikasjon til legen på legevaktssentralen kan de undersøke og iverksette livreddende tiltak inntil evt. bakvakten har nådd fram. Det er også naturlig å bruke ambulansehelikopter med anestesipersonell når dette er mulig.

UTPOSTEN: Noen leger frykter hardere vakter fordi de skal dekke mange kommuner, og at det vil være mer slitsomt enn å ha hyppigere vakter i sin egen kommune.

TVETE: Alle legevaktshenvendelser i hele distriktet vil gå til legevaktssentralen der de vurderes og siles av sykepleier og lege. Legen vil så eventuelt purre bakvakslegene i distrikten hvis det er indikasjon for hjemmebesøk. Med alle stillinger besatt i regionen vil denne tilstedevakta på Namdal sykehus bli 46 delt og betjene ca 40.000 innbyggere. Ved

Kommuner i Nord-Trøndelag gruppert etter innbyggertall per 1.1.92. Kommunegrenser og grense mellom sykehusområdene.



siden av telefonvurderinger skal denne legen drive ordinær legeværksarbeid. De pasienter som ønsker å få vurdering på natta, men ikke trenger å få lege hjem til seg, vil da måtte akseptere lengre reisetid. Dette vil skje svært sjeldent for den enkelte pasient, og vi mener derfor dette ikke vil være noe problem for publikum.

UTPOSTEN: En annen frykt er at når det virkelig haster og pasienten får høre at vakthavende lege skal kjøre opp til 10 mil før de kommer frem, vil pasientene ringe sine egen lege i sin kommune, selv om denne ikke har vakt. I små kommuner der en «alle kjenner alle» vil denne legen ha store vansker med å avslå og dermed rykke ut selv om de ikke har vakt.

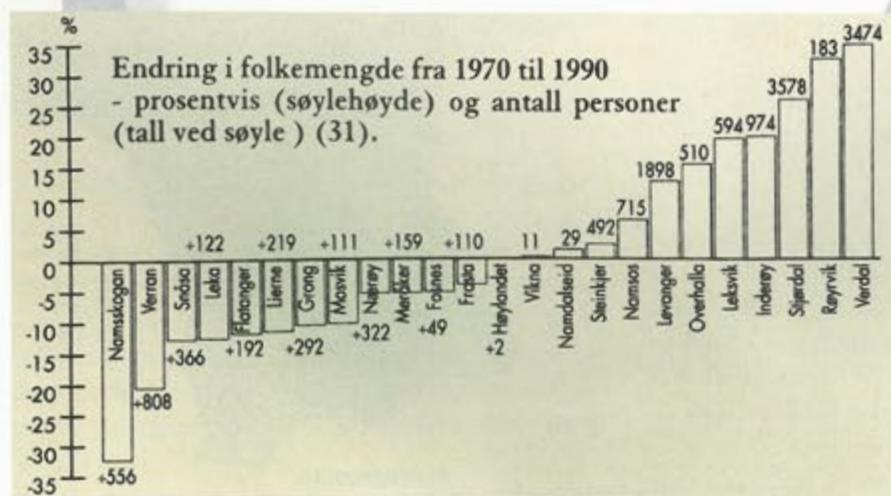
TVETE: Dette er et forsøk, og dersom dette vil bli et problem må vi ta lærdom av slike fenomener. Dagens legevaktsordning er heller ikke "tettere" enn at ved akutt kritiske syke vil nærmeste kvalifisert personell bli kontaktet, uavhengig av om denne har vakt eller ikke. En annen ting er vel at familier med dette kan oppdras til å ringe tidligere på kvelden hvis de har medlemmer som er syke. Kommunenes beredskap og katastrofeplaner skal ikke endres i forbindelse med prosjektet. Prosjektet er i tråd med legevaktsutvalgets innstilling siden vi bevarer legevaktas nærvær.

het til pasientene fram til kl 23, og at man etter det tids- punktet skal ha beredskapsvakt bare for de mest kritiske situasjonene.

UTPOSTEN: Kan du tilslutt si noe om hvordan denne modellen vil virke i fastlegeordningen?

TVETE: Prosjektet er støttet av KS, Legeforeningen, Helse- og sosial-departementet og fylkeslegen fordi en tror at modellen kan bidra til bedre rekryttering og stabilisering og dermed til å få fastlegeordningen til å fungere i områder med spredt befolkning. Prosjektet skal evalueres eksternt før fastlegeordningen innføres, og hvis det skulle vise seg at det får negative konsekvenser for publikum eller leger, vil vi ta konsekvensene av det.

Til slutt vil jeg si at vi med dette prosjektet prøver å få aksept for at beredskap på legevakt skal være endel av vanlig arbeidstid eller betraktes som overtid. Det skal være mulighet for avspassering dagen etter vakt med økonomisk kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste. Dette er viktig sett fra et fagforeningssynspunkt. Også dette aspektet tror jeg vil bidra til å bedre rekrutteringen til primærhelsetjenesten.





Utposten har også intervjuet Trond Iversen, 40år, spesialist i allmennmedisin, fra 1988 kommuneloge 2 i Bindal kommune, avbrutt av noen år i kirurgiens tjeneste. Bindal er en liten kommune sør i Nordland fylke, men som historisk sogner til Namdal sykehus idet kommunen ligger mye nærmere Namdal sykehus enn fylkets egne sykehus.

UTPOSTEN: I Bindal kommune har man valgt å gå mot forslaget om ny legevaktordning. Hva har dere lagt vekt på i vurderingen av denne ordningen?

IVERSEN: I denne saken har legene, administrasjonen og politikerne vært enige om at det er for tidlig å gå inn i et legevaktssamarbeid i regionen. Før vi gjorde vårt vedtak hadde allerede de nabokommunene vi var tiltenkt bakvaktssamarbeide med sagt nei. Jeg mener det mangler svært mye når det gjelder organisering av legevakt generelt. Det finnes ingen standard når det gjelder hvilket utstyr legene skal ha med seg på vaktene. Mange utenlandske vikarleger i regionen har ikke erfaring fra almenmedisinsk vaktarbeide. I vår kommune har ikke ambulanse- og skyssbåt-personell kvalifikasjoner til å takle akuttmedisinke problemstillinger, og de må derfor ha grundig opplæring før vi kan gå inn i et slikt samarbeide.

UTPOSTEN: Et av argumentene for ordningen er at den vil lette legevaktbelastningen på legene i regionen, og med det gjøre det mer attraktivt for yngre leger å jobbe i småkommuner. Hva vil du si til det?

IVERSEN: Jeg er i tvil om legevaktansvaret i den nye ordningen representerer en mindre belastning. For det første vil kjøredistansene bli betydelige, for oss er det snakk om flere hundre kilometer som jo om natta er en betydelig stressfaktor. Jeg tror også det vil være en stor belastning for legen å vite at han om natta skal betjene en befolkning han ikke kjenner. Det er ikke diskutert mulighetene til å få tilgang til pasientjournalene i samarbeidende kommuner. Vi mener også det er uavklart hvordan ansvaret skal fordeles mellom legen på legevaktssentralen på Namdal sykehus og bakvaktsgene ute i distriktene. Hvem har til syvende og sist ansvaret for å vurdere indikasjonen for om pasienten skal få sykebesøk heim til seg om natta?

UTPOSTEN: Bindal med sine 2000 innbyggere og tre leger har hatt en stabil lededeckning de siste årene i motsetning til mange andre utkantkommuner. Hvordan opplever dere som er leger i kommunen dagens legevaktordning?

IVERSEN: Legevaksbelastningen er til å leve med i et tre-delt vaktssystem. Vi har nesten aldri henvendelser om natta. Befolkningen vet vi er der og ringer bare hvis det er noe som virkelig bekymrer.

Vi arbeider nå med å samle legene som tidligere har jobbet i kommunen til en konferanse i forbindelse med vår årlige Nordlandsbåtregatta. Der vil vi blant annet ta opp dette spørsmålet. Det har i alle år vært en overlapp mellom leger som kommer og går, og etter 1945 har kommunen til enhver tid hatt en lege som har arbeidet minst ti år i kommunen. Dette har sikret kontinuitet og trygghet hos pasientene og denne patienttilfredsheten tror jeg er en viktig årsak til den stabiliteten vi idag opplever.

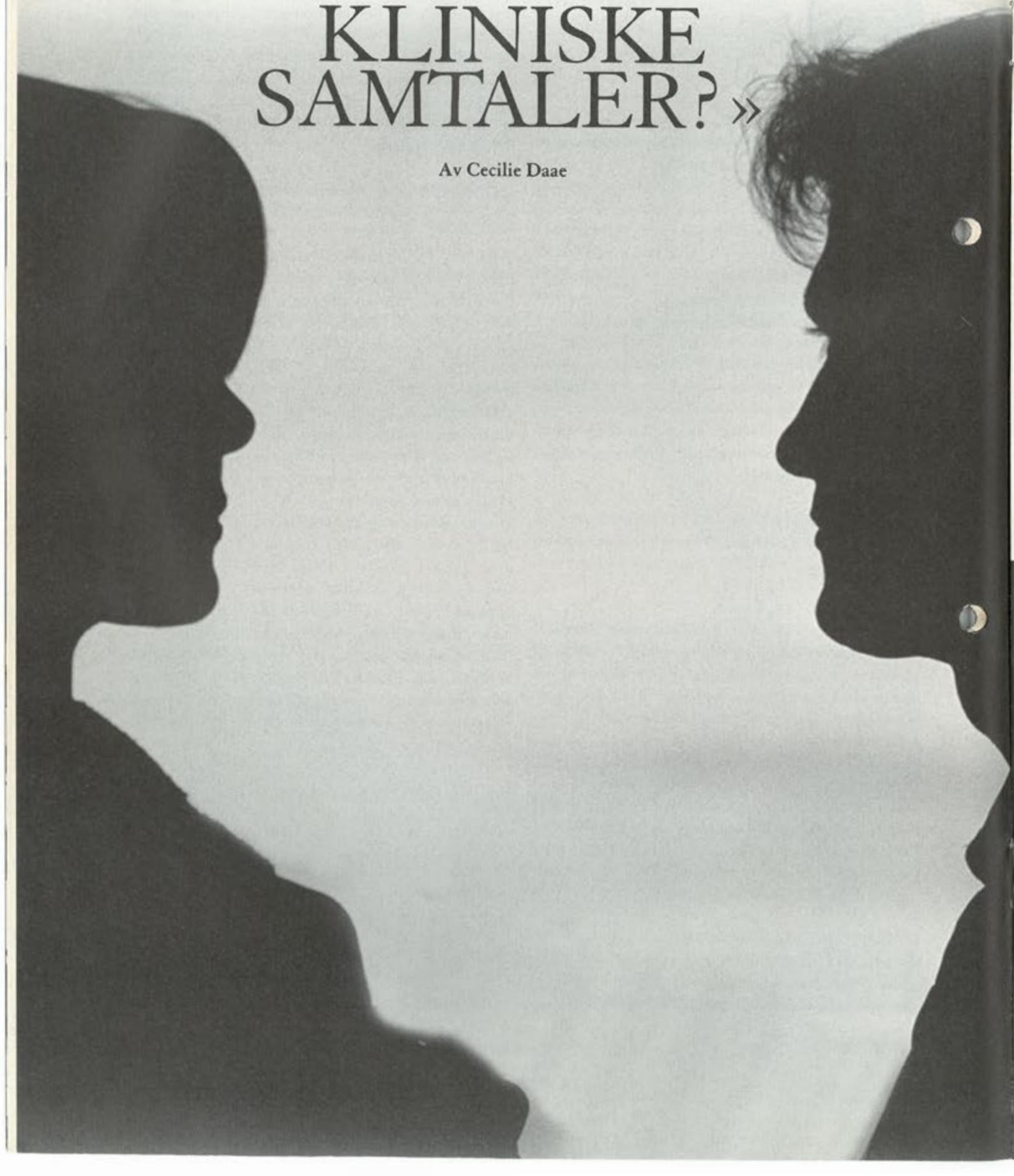
UTPOSTEN: Vil innføringen av fastlegeordningen endre ditt syn på interkommunalt legevaktssamarbeide?

IVERSEN: Jeg ser i høringsnotatet fra SHD at interkommunalt legevaktssamarbeide nærmest forusettes gjennomført for å holde vaktbelastningen nede på et akseptabelt nivå. Det argumenteres for at det bør være minst 5-6 delt vakt. Som nevnt ovenfor er det ikke gitt at sjeldnere vakter kompenserer for den økte belastningen det er å ha vakt i et stor-distrikt. Jeg tror en mer farbar vei er å oppgradere legenes vaktkompetanse, standardisere legevaksutsstyret og sørge for at kommunen får en bemannet legevaktbil. Jeg vil støtte tankene som er presentert på EYR om å utvikle småkommuner til såkalte ressurskommuner og at dette også bør inkludere legevaktarbeidet.

Dersom fastlegeordningen innebærer at det bare blir grunnlag for en til to leger i vår kommune, vil vi nødvendigvis måtte gå inn i et vaktssamarbeide. Imidlertid vil jo vaktbelastningen i et todelt vaktssystem fram til kl 23 da bli for stor, og sannsynligheten for at legene da søker seg bort fra kommunen øker. I ytterste konsekvens vil fastlegereformen da innebære at kommunen blir uten leger, og at kommunehelsetjenesten slik vi kjenner den idag må erstattes av en regionlegetjeneste med et sentralt plassert kontor. Jeg vil ikke utelukke at en slik utvikling vil være positiv for legene. Man kan da tenke seg at legene på regionkontoret gis ansvar for hver sin kommune, men nærheten og kontakten til publikum vil jo da bli dårligere enn den er idag.

«HVA SKJER I MINE KLINISKE SAMTALER?»

Av Cecilie Daae





CECILIE DAAE,
36 år, cand.med. Oslo 1990.
Bydelslege ved Bjerke legesenter i
Oslo.
Gift, fire barn.

«Den kultiverte lidelse»

Først noen saksopplysninger. Forfatteren Karin Sveen har skrevet boken «Den kultiverte lidelse»(1), som kom ut i 1997 og som seminaret tok sitt utgangspunkt i. Boken har vakt interesse og debatt. Jeg sa begeistret ja til oppgaven men angret meg siden. Jeg begynte å lese boken i sommerferien for å være godt forberedt, og ergret meg så over den i tre hele uker. Det er tankevekkende når boken er på 131 sider. Mitt første inntrykk var at «Den kultiverte lidelse» var nok en stereotyp fremstilling av en enkeltpasients møte med ufølsomme, pengegriske, udyktige og narraktige leger. I tillegg er jeg østlending og i sommer var det som kjent regnvær hele tiden, det gjorde nok også sitt. Jeg la boken bort og forsøkte å glemme Primærmedisinsk uke. Forfatteren skulle selv være tilstede under kurset, og det ble vanskelig å se for seg hva jeg skulle si. Da oktober begynte å nærme seg leste jeg boken på nytt. Heldigvis, og til overraskelse for meg selv, ble jeg nå inspirert av det jeg fant.

Hva skjer i mine kliniske samtaler?

Personlig selvransakelse er nyttig, men blir lett privat. Jeg forsøkte i mitt innlegg å generalisere fra elementer jeg opplever som viktig i møtene mellom pasientene mine og meg. Samtidig brukte jeg innspill fra boken til Sveen der det var naturlig.

Med utgangspunkt i en noe pompøs tittel,
«Hva skjer i mine kliniske samtaler», holdt jeg et innlegg som en del av kurset «Den kliniske samtale» under primærmedisinsk uke 1998.

Utpostenredaksjonen har invitert til en redtgjørelse for innholdet i dette.

pasienter av hankjønn en mangelvare og oppleves slik for meg som ønsker bredden i faget.

Mine pasienter - en ukultivert gjeng?

Boken «Den kultiverte lidelse» har som utgangspunkt det som oftest kalles livsstilsykdommer uten at begrepet defineres klart i boken. Forfatteren mener at kultiverte mennesker utvikler kultiverte lidelser. Forfatteren selv har opplevet et prolaps i ryggen og bruker dette som bakgrunn sammen med variert lesning. Før foredraget forsøkte jeg å blinke ut de av mine pasienter som kunne omfattes av dette begrepet, dvs. som passet til diagnosen «en kultivert lidelse». Jeg hadde håp om å vise til noen gode historier fra «virke-ligheten». Det viste seg vanskelig. Mine pasienter fremstår på mange måter som en fullkommen «ukultivert» gjeng. De kommer med et vidt spekter av lidelser som; sår hals, vondt kne, dårlig ektemann, engstelse for renteoppgangen, hodepine, sykt barn, vanskelig nabo, tretthet, redd for vannkopper, angst, sovnproblemer, kutt i fingeren, brystsmerter, hukommelsesvansker og muskelsmerter. Dette «hulter-til-bulter» -preget er typisk for mine og alle andres konsultasjoner i allmennpraksis. Det er krevende, morsomt og byr stadig på overraskelser. Hva av det ovennevnte som egentlig er typiske livsstilsykdommer er jeg usikker på. En del av det er ikke-medisinske tilstander og lidelser.

Jeg har lav terskel i min praksis

Jeg forsøker selvsagt å strukturere mine konsultasjoner målrettet, helst i pakt med den pasientsentrerte metoden. Det er ikke så lett. Med åpne spørsmål vil mine pasienter lufte sine forestillinger og helsebekymringer med å fortelle f.eks. om to tanter på Sunnmøre med hypothyreose, eller en venninne i Tyrkia som ble frisk med gjørmebad eller de klager så intenst over været, at de første 10 minuttene raskt er over. Dette gjenspeiler blant annet det faktum at jeg har lav terskel i min praksis, de som vil komme inn skal ikke snuble eller ha vansker med å passere denne. John Nessa er en klok mann (2), - det er ikke jeg! Men vi møtes i enighet om at allmennpraktikerens styrke og glede, tidvis strev og av og til forbannelse, er å ta i mot det som faller inn av døren. Det betyr at mye tid går med til sortering av typen; hva er egentlig problemet, hva i dette hører inn i mitt fag medisin, hvor kan jeg skaffe mer kunnskap eller hjelp, kan jeg egentlig bidra med noe særlig her eller bør pasienten videre? Jeg mener jeg besitter og forvalter kunnskap som er velegnet for disse oppgavene, og jeg vil gjerne vite: hvem skulle gjøre det bedre enn allmennpraktikeren?

«Den forklarte kroppen»

Karin Sveen opplever at hun som pasient har vansker med å kjenne seg igjen i hva hun kaller den forklarte kroppen. Hun sier det slik: «Og vi ser det i forhold til kropp, at dens



Risikofaktorer som kan reduseres med endret livsstil



CARDURAN CR

"Pfizer"

ATC nr.: C02C A04

Selektiv α₁-blokker

DEPOTTABLETTER: 4 mg og 8 mg: Hver tablet innneh.: Doxazosin, mesiles. oeqv. doxazosin. 4 mg et 8 mg. Hjelpestoffer. Farge-stoff: Jernoksid (E172), titanoksid (E171).

EGENSKAPER: Klassifisering: Selektiv α₁-blokk. Senker karmstend somm relakserer glott muskulatur i prostato som medfører forbedret urinpassasje.

Virkningsmekanisme: Selektiv og kompetitiv postsynaptisk α₁-reseptorblokade. Senker blodtrykket som følge av reduksjon i total perifer karmstend. En dose daglig gir klinisk ødelevr blodtrykksredusjon i 24 timer. Etter innslitt vedlikeholdsdoe er det liten forskjell i blodtrykket i liggende og stående stilling. Toleranseutvikling er ikke sett. Kan gi diurese eller i kombinasjon med niazid, betablockær, kalsium-antagonist eller ACE-hammer. Bedrer benige prostatahypoplasi symptomatisk ved selektiv α₁-, -α₂-receptor blokkade i glott muskulatur i storno, kapsal og blærehals. Blodtrykksendringene hos normotensive pasienter er klinisk insignifikante. Effektstudier indikerer at pasienter som har vært kontrollert på 1 mg, 2 mg eller 4 mg konvensjonelle Carduran-tabletter kontrolleres like godt med 4 mg Carduran CR depottablett. Absopasjon: Depottablettet gir en jernvere plasmaprofil enn konvensjonell tablet. Maksimal serumkoncentrasjon nås etter ca. 8-9 timer, og er ca 1/3 av nivået til konvensjonell tablet i samme dose. Etter 24 timer er troughnivå tilnærmet de samme for begge formuleringene. Proteinbinding: Ca. 98%. Halveringstid: Biologisk med terminal halveringstid på 22 timer. Metabolisme: Mindre enn 5% skilles ut i uforandret form.

INDIKASJONER: Hypertension. Symptomatisk behandling av benign prostatahypoplasi.

KONTRAINDIKASJONER: Kjent overfølsomhet overfor quinazolin. Nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Forholdsregler hos pasienter som allerede bruker doxazosin, og som får hjerteinfarkt, må vurderes individuelt. Tidlige gastrointestinal forsevning, esofagosolstrikksjon eller enhver grad av redusert lumendiameter i gastrointestinaltrakt.

BIVIRKNINGER: I kontrollerte kliniske studier er det vanligst observert bivirkningene av postural type (sjeldent med synkope) eller uspesifikke, og inkluderer svimmelhet, hodepine, slapphet, svart svimmelhet, vertigo, edem, østen, sovnslens, gastrointestinale plager (abdominal smerte, diaré, kvalone, oppkast) og tårritt. Ved bruk etter markedsføring av konvensjonelle tabletter her i tillegg følgende bivirkninger blir rapportert: Spindelige tilfeller av agitasjon og skjevelinger. Svært sjeldne tilfeller av urininkontinens er rapportert, effekten kan være relatert til doxazosins farmakologiske virkningsområde. Isolerte tilfeller av priplisme og impotens er rapportert i sammenheng med α₁-blokkere, inkludert doxazosin. Isolerte tilfeller av allergiske lege-middelreaksjoner (som huduttlett, pruritus, purpura, gulset og følelseyde leverhansommineser) og epiktetis er også rapportert. I tillegg er følgende hendelser rapportert fra klinisk bruk men disse kan generelt ikke skyldnes fra underliggende sykdom eller symptomer som kan oppstå ved fravær av doxazosin-behandling: Tokykardi, palpitasjon, brystsmerte, angina pectoris, hjerteinfarkt, cerebrovaskulære hendelser, hjertearytmier og tilknytning. I hypertensjonstudiene var bivirkningsprofilen for depot-tabletten tilsvarende den for konvensjonell tablet. I BPH-studiene var det totale antall bivirkninger for depottablettet tilsvarende placebo og signifikant lavere enn standard tabletter, bivirkninger rapportert etter første dose var tilsvarende for 4 mg depottablett som 1 mg standard tablet.

FORSIKTIGHETSREGLER: Pasientinformasjon: Pasienten må informeres om at depottablettet må sveiges hel. I depottablettet er do-

..... kan reduseres ytterligere med



CARDURAN CR™ DOXAZOSIN

1)

- Høyt blodtrykk
- LDL-Kolesterol
- HDL-Kolesterol
- Triglyserider



1) Ref.

Fulton B. et al. Doxazosin. An Update of its Clinical Pharmacology and Therapeutic Applications in Hypertension and Benign Prostatic Hyperplasia. Drugs, February 1995, Vol.49, No.2 (pp. 295-320).

xazosin omgitt av et ikke-absorbert skall som sekte frigjør legemidlet. Når denne prosessen er ferdig, utsikkes det tomme skallet, og pasienten har opplyses om at dette kan sees i føces. Pasienter med angina pectoris bør på forhånd bruke midler som gir effektiv profylaksje mot angine-anfall før de får doxazosin. Ved overgang fra betablockær til doxazosin hos pasienter som har angina pectoris, må venlige forsiktighetsregler ved seponering av betablockær ikkjøres, og doxazosin først initieres etter at pasienten er blitt hemodynamisk stabilt. Pasienter med symptomatisk hjertesvikt bør primært ha behandling rettet mot hjertesviktet før doxazosin initieres. Pasienter med behandlet hjertesvikt bør kontrolleres nøy i stansfase, med hensikt på eventuell forverrelse. Som for alle legemidler som metaboliseres fullstendig av lever skal doxazosin administreres med forsiktighet til pasienter med nedsett leverfunksjon. Ingen erfaring foreligger om bruk av doxazosin hos barn. Evnen til å betjene maskiner, motorkjøretøy o.l. kan påvirkes, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Symptomatisk behandling av benign prostatohyperplasi bør institueres i samarbeid med specialist i urologi. Før behandling ivaretasjes, og regelmessig under behandlingen, skal pasienten undersakes nøy med digital rektal eksaminasjon, registrering av symptomer og målinger av prostatespesifikt antigen (PSA) for om mulig å avdekke prostatoonkoser.

GRAVIDITET/AMMING: Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Forsøk hos dyr har ikke vist tegn på teratogen effekt, men indikarer akkumulering i brystmilk. Dyneforlak med doser 300 ganger høyere enn øverste terapeutiske dosering har vist redusert føtel overlevelse. Doxazosin skal bare brukes når behandlingsbehovet er øvevet mot mulig risiko. Prøperst er ikke brokes under amming.

INTERAKSJONER: Doxazosin kan forsterke blodtrykksenkning som skyldes andre midler med virkning på blodtrykket. Blodtrykksenkning fra doxazosin kan motvirkes av antiflogistika.

DOSERING: Depottablettene må sveiges hele og skal ikke tygges, deles eller knuses. Tøs med vann, og kan tas med eller uten mat. Vanlig dose er 4 mg en gang daglig. Ved behov kan dosen øktes til 8 mg en gang daglig. Maksimal anbefalt dose er 8 mg en gang daglig. Vanlig dosering av doxazosin kan benyttes hos eldre samt pasienter med nedsett nyrefunksjon. Ved nedsett leverfunksjon, se forsiktighetsregler.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Innan hypotensjon, legges pasienten straks flatt med hodet ned. Annen behandling gis individuelt etter behov. Dialyse er ikke indrettet på grunn av doxazosins høye proteinbinding.

OPBEVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares beskyttet mot fuktighet.

PAKNINGER OG PRISER:	4 mg: Enpac: 28 stk.: kr 228.80 98 stk.: kr 717.70	8 mg: Enpac: 98 stk.: kr 1093.10 Endos: 50 stk.: kr 581.20
----------------------	---	---

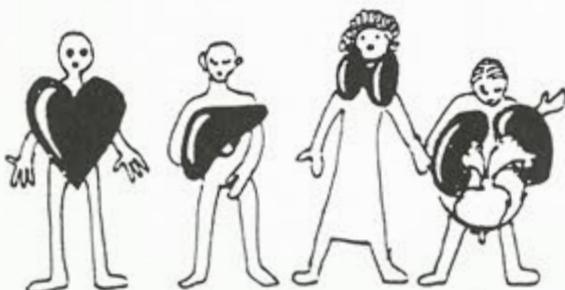
PK-tekst godkjent av SIK 2.7.98

T:12
Refusjon § 5-22 ved benign prostatohyperplasi

CARDURAN CR™
DOXAZOSIN

Strandveien 55, N-1324 Lysaker,
Tlf.: 67 52 61 00 Fax: 67 52 61 99
www.pfizer.no

behandlere fratar den betydningen i måten den behandles på, som om den var et hylster for friske og syke deler». Ubeskjedent nok mener jeg det i liten grad skjer i mine kliniske samtaler, og i enfoldig begeistring tar jeg resten av allmennpraktikerkollegiet med. Dette skyldes ikke alene min eller andres fortrefelighet, men mer primærlegeoppgavens sær preg. Det å ha et kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende forhold til en avgrenset pasientgruppe fungerer som et effektivt hinder for å kunne oppfatte kropper med deres tilhørende sjeler slik, dvs. som hylstre for dårlige gjengjester (illustrasjon 1). Vi vet for mye om hver enkelt person til å glemme at deres vonde skulder, rumlende mage eller uberegnelige rygg er en del av en helhet, her definert som et menneske.



Illustrasjon 1, Läkartidningen 1991; 89:4172

Til tross for dette; medisinsk kunnskap er et hensiktsmessig system for å forebygge, diagnostisere, behandle og følge opp medisinske tilstander. Medisinens forsøk på å tolke kroppslige prosesser er ikke ment å skulle gi en forklaring på universets eksistens, faget skal heller ikke bedømmes som om det prøver å gi slike svar. Medisinske termer og begreper er nyttige, nyttige i betydningen oversettbare signaler og tegn som kan beskrive kroppslige og psykiske hendelser på en hensiktsmessig måte. Det betyr ikke at ikke medisinen har begrensninger, tilkort-kommenhet eller mangler. Men når formålet ikke er å kunne forklare «alt», eller tilby en endelig sannhet, opplever jeg medisinsk kunnskap som anvendelig og god i forhold til mange av mine kliniske samtaler.

«Ikke bare den rådende kunnskap som gjelder»
«Den daterte kunnskapen om kroppen er heller ikke sann, men presentert slik. At kunnskapen er «gjeldende», betyr at den er rådende, men det er ikke bare den rådende kunnskapen som gjelder», sier Sveen. Dette opplever jeg som velbegrunnet kritikk og som en spissformulering av reaksjonene som har kommet mot evidence based medicine. Dette ga meg i høst mer trygghet til å forfølge en linje i mine konsultasjoner som går på å prøve å klargjøre for pasientene hva «vi» dvs. medisinen vet noe om og hva vi vet mindre, lite el-

ler ingenting om. Det vil si hva består vårt felles grunnlag for meningsutveksling av. Dette er krevende på flere nivåer, både kunnskaps- og kommunikasjonsmessig for å ta noe. Målet er jo å tilby den rådende kunnskapen, men samtidig åpne en diskusjon for hva som skal gjelde for akkurat denne pasienten i denne situasjonen. En slik måte å samtale på går fint i forhold til noen problemstillinger som f.eks. kvinner som vil diskutere østrogenbehandling eller foreldre som skal instrueres i en avventende holdning til bruk av antibiotika hos barn med øreverk. Noen ganger går det kjempedårlig å bruke en slik tilnærming. Et illustrerende eksempel er en pasient jeg har med et prolaps i nakken. Relativt utvetydig ga jeg uttrykk for at vitenskapen er kommet kort i forhold til denne lidelsen. Godt inspirert av Karin Sveen oppmuntret jeg pasienten til å søke etter det hun selv så for seg som helbredende, med vekt på at avgrenset trening etterhvert kunne fungere bra. Den stive nakkekragen hun bar hadde til gode å vise seg effektiv i kvalitetsstudier. Pasienten ble svært skuffet og hun begynte å gråte. Hun ga uttrykk for at hun trodde hun hadde en lidelse som var kartlagt, forstått som tilhørende det medisinske pensum om man vil, og følte seg trygg med det. Jeg forstår henne og ser at jeg gjorde en slett jobb. Jeg er fortsatt usikker på hva jeg gjorde feil, men har en beklemmende følelse av at ordtaket «ærighet varer lengst» må nyanseres, trolig her i betydningen doseres, riktigere i mine kliniske samtaler. Jeg følger fortsatt opp pasienten, hun går med sin stive krage og synes den hjelper. Jeg har ingen innvendinger.

«Innlemmet i det alminnelige»

Å være pasient er nettopp på mange måter slik Sveen uttrykker det å bli «innlemmet i det alminnelige». Man entrer et system der det å være syk er «alminnelig» i betydningen dagligdags, noe man i konsultasjoner møter om igjen og om igjen. Det forandrer ikke på at hver person som sådan er unik, men symptomet, plagen eller sykdommen er ofte ikke det for meg. Forfatteren forunderer seg over at den forklarte kroppen av legene presenteres og forklares så «interesseløst». Jeg tenker at her må noe av problemet ligge på forventningssiden. Min oppgave som lege, den eksperten jeg har og er satt til å forvalte, er vel nettopp i noen grad en kunnskap som krever en mild tilbaketrekning, en evne til abstraksjon, til å omforme det individuelle til det gjenkjennelig generelle og generaliserbare. Det legitimerer ikke fravær av empati, god kommunikasjon eller innsikt i pasientens opplevelsesdimensjon. Men jeg opplever innholdet i slike utsagn, forstått som «å bli redusert til det alminnelige», som en manglende vilje eller evne til å skille legen fra sykdommen, eller den personlige opplevelsen fra behandlerens inntrykk. For å gi et forsøk på en illustrasjon: de fleste vet hva forelskelse er, de kjenner igjen symptomene, kan si noe om «prognose, behandling og oppfølging». Men ingen kan

forstå fullt ut hva den enkelte forelskelse representerer for den som er forelset, og stort sett bør man la det være. I mine kliniske samtaler kan det å speile tilbake eller få frem pasientens egen sykdomsopplevelse være viktig. Men jeg vil opponere mot tabloidpressens fasit, dvs. opplever man noe som galt eller vanskelig må det skyldes systemet, legen, eller samfunnet. Var det så enkelt som at helsevesenet har skjulden for all ulykke, skulle vi klare å gjøre noe med det.

«Kroppens krise - en krise for erfaringen»

Noe som står sentralt for meg formulerer Sveen ved å si at «Den kultiverte lidelse, sett som en kroppens krise, kan også forstås som en krise for erfaringen». Dette perspektivet bruker jeg mye tid på. Utsagnet trenger ikke være avgrenset til de kultiverte lidelsene, forstått som livsstilsykdommene. Det er meningsfylt å ha et slikt kriseperspektiv på mye av det som pasienter opplever og presenterer. «En krise er en farefull sjanse», heter det i et kinesisk ordtak. De to perspektivene som dette rommer er viktig å ha med seg, og det fungerer som en ledetråd for arbeidet mitt. Samtidig, jeg ble intenst provosert av deler av boken her, ikke minst av forfatterens tolkning av lidelser og plager beskrevet f.eks. slik: «Å skille seg ut som lidende er en defensiv strategi. Sannsynligvis vet han det. Han vet også at det var som frisk han ikke klarte å skille seg ut. For kanskje burde han for eksempel heller skille seg fra sin kone enn skille seg ut med lidelse». Jeg ser på utsagn av typen «Det er ikke hvordan man har det men hvordan man tar det» som grove og uanvendelige. Sykdom og lidelse rammer så ulikt og urettferdig, uten å følge noe akseptabelt fordelingssystem. Vi har fått utdelt forskjellig tåleevne og sårbarhet, ulike muligheter og ressurser også til å møte sykdom og lidelse med. Det finnes andre og for meg langt mer meningsfulle innfallsvinkler og alternative for tolknninger når man skal prøve å forstå hvorfor noe blir fastlåst og kronifisert hos noen og ikke hos andre. Da mener jeg utover de velkjente tankene om den ulykksalige sekundær gevinsten.

«Helbredende handlinger - helbredende språk»

I mine konsultasjoner er samtalen viktig men også handlingene - ikke minst ritualene. Om igjen og om igjen måler jeg blodtrykk for ordens skyld, lytter på lunger uten lyte, vurderer senkninger og blodprosenter og kikker små uvillige forkjølede barn i ører og hals av hensyn til deres foreldre. Jeg opplever det som nødvendig. Karin Sveen gir støtte og sier at «Å lege omfatter dermed både den helbredende handling og det helbredende språk, selvom det første aspektet har fått dominere i takt med utviklingen av moderne medisin.» Den engelsk jordmoren Jilly Rossner har spissformulert dette ved å si at «to shake hands is an intervention». Jeg strever med å frigjøre både meg selv og pasientene fra felles forventninger om at en konsultasjon uten et blodtrykk er «lite for penga».

Og jeg interesserer meg for forfatterens oppfatning av at språket igjen må innta en mer sentral plass. Likevel må jeg si at med min beste evne klarer jeg ikke å godta hennes beskrivelse og opplevelse av at det som i dag skjer som snakk på legekontor best kan beskrives med ord som kommunikativ stivhet, spastisk samtale, tilsynelatende dialog, kunstig jovialitet og betyddingsoppnopning under overflaten. Jeg er klar over at hverken jeg eller mine kolleger er flinke nok, og noen av mine kliniske samtaler ender slik. Likevel, vi jobber med saken, og mange er blitt flinke. Det vitner vel også konsultasjonsratene om. Eller sagt med John Nessa i Tidsskriftet: «Og våre titalls millioner årlege konsultasjoner i helsevesenet reflekterer mellom anna det faktum at vi faktisk bidrar til å finne gode løysingar på viktige eksistensielle, moralske og bio-medisinske spørsmål for folk flest. Sidan dette handlar om kropp og helse veit eg ikkje om nokon som er betre til det enn legane. Men då må dei vere villige til å snakke med folk, høyre på folk og framelske sjølvstendige val hos pasientane (2)».

«Fra endring av samfunn til endring av kropp»

Sveen klargjorde noe viktig for meg gjennom utsagnet om at «Fra 70-tall til 90-tall har vi ideologisk sett og på spissen satt beveget oss fra å skulle forandre samfunnet til å forandre kroppen, fra å forandre i stor stil til å forandre i liten». Tanken om at «livet er så farlig at man kan dø av det» er på mange måter fremtrende. Med en pågående angst og mangel på vilje til å akseptere aldring, død og sykdom blir «den snikkende død» et forståelig begrep, og trolig også dekkende for mye av den engstelsen som blir presentert fra pasientene. Overført på helseopplysning kan dette også si noe om hvorfor mange kampanjer slår feil. Dette er et arbeidsfelt jeg føler at jeg gjør en elendig innsats på. Jeg har f.eks. bare fått to pasienter til å slutte å røyke i hele mitt legeliv, og begge hadde vel egentlig bestemt seg på forhånd. Men det må være verdt å forsøke å snu perspektivet fra kropp til samfunn igjen. En påminnelse fikk jeg i forrige uke da en enslig mor med et kronisk muskel-smerteproblem kom for en rutinemessig gynekologisk undersøkelse. Hun har gått hos meg hver måned i snart et år for samtale og forskrivning av smerte-stillende, med streng kontroll av forbruket, oppfølging fra smerteklinikken også videre. Alle har oppfattet at hun har en lav smerteterskel og betydelig somatiseringstendens. Under min undersøkelse blottla hun et ferskt og stort arr som strakk seg langs hele midtlinjen av abdomen og ut til begge cristae. Etter siste svangerskap hadde hun for noen måneder tilbake fått utført en mage-plastikk for å bli kvitt en for meg ikke synlig «hengebuk». De smertene som fulgte av dette inngrepet synes hun var helt uproblematiske, selvom hun medgav at det fortsatt var litt stramt og ømt i arret. Og så snakket vi om de utholdelige stive skuldrrene igjen..... Det er kanskje lettere å operere magen enn å få bar-



Illustrasjon 2

nehageplass, mann eller jobb, og kanskje er håpet nettopp at forandres kroppen, forandres også forholdene for en selv i samfunnet.

«Kvifor meg,- eller kvifor ikkje?»

«Skjebne» er blitt et nytig begrep i mine kliniske samtaler. Karin Sveen sier det godt: «Det antikke mennesket var underkastet skjebnen og sorgen over denne. Det moderne mennesket er underkastet subjektiviteten og smerten over den». Helt til slutt et lite poeng, forfatteren etterlyser i boken om de kultiverte lidelser mer humor hos legene. Hun mener mangelen på dette tildekker den egentlige innholdslosheten i de kliniske samtaler, alvoret dekker liksom over det faktum at det ikke skjer noe av betydning i konsultasjonen, i allefall ikke noe som gagner pasienten. Jeg bruker humor i mine kliniske samtaler, men opplever nok at når

det ikke oppfattes naturlig i mange sammenhenger skyldes det alvoret i samtalenes tema mer enn mangelen på meaningsfullhet i møtet. I mine kliniske samtaler har jeg tro på å kaste mer over på styrelse, skjebne eller hva man vil kalle de tilfeldigheter og urettferdigheter som synes å styre sykdom og lidelse. Og da kan jeg, selv som lege, glede med over spissformuleringer i en humoristisk form som med Hårek. (illustrasjon 2);

Litteraturliste

1. Sveen K. Den kultiverte lidelse. Oslo:Oktober,1997.
2. Nessa J. Tidsskr Nor Lægeforen 1997;117:2817-20

Red. anm.: Essay av Karin Sveen «Den kultiverte lidelse» kommer i nr. 2/99.

Kunngjøring av protokollvurderinger foretatt av Allmennmedisinsk Forskningsutvalg (AFU).

Allmennmedisinsk forskningsutvalg har vurdert følgende 2 protokoller og gitt vurdering som følger:

1. Protokoll fra GlaxoWellcome

Klinisk utprøvning for å vurdere effekt og sikkerhet av Zanamivir i forbindelse med behandling av influensa A og B virus infeksjon hos pasienter fra 12 år og oppover som har astma eller kronisk obstruktiv lungesykdom.

Konklusjon:

«Studien er relevant for allmennmedisinsk pasientbehandling, og den fremlagte protokollen med vedlegg tilfredsstiller i hovedsak Allmennmedisinsk forskningsutvalgs krav. Det vises til merknaden når det gjelder journalinnsyn. Under forutsetning av at dette oppfylles kan AFU anbefale norske allmennpraktikere å delta i studien.»

2. Protokoll fra GlaxoWellcome:

Klinisk utprøvning for å vurdere effekt og sikkerhet av Zanamivir i forbindelse med behandling av influensa A og B virus infeksjon hos barn mellom 5 og 12 år.

Konklusjon:

«Prosjektet dreier seg om et vanlig og viktig problem i allmennpraksis. Med forbehold om at enkelte merknader blir tatt til følge, kan AFU anbefale norske allmennpraktikere å delta i prosjektet.»

NSAM-SEMINARET 1999:

EMNEKURS I SOSIALMEDISIN

TID: 14.-16.04.99
STAD: Quality Røros Hotel, RØROS
Kursansvarleg: Styret i NSAM.
Antall deltakrar: 60
Kursavgift: kr 900

Kurset vert søkt godkjent med 15 poeng/ timer i allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Påmelding til: Norsk selskap for allmennmedisin, Institutt for allmennmedisin, Postboks 1130, Blindern, Oslo, innan 15.mars 1999.

TEMA: **ADJØ SOLIDARITET?**
Korleis er helse ulikt fordelt, og kva gjer allmennpraktikaren med det?

FORMÅL: Sette soknelyset på skilnader i helse mellom sosiale grupper og sjå på fordeling av helseressursar geografisk, etter diagnose og etter økonomisk evne. Vi ynskjer ved ei blanding av innlegg og eigenaktivitet å gjere oss medvitre om kva som styrer fordeling av helseressursar og korleis det verker inn på det kliniske arbeidet vårt.

MÅLGRUPPE: Primærlegar.

P R O G R A M :								
ONSDAG 14. April								
KL 14	Registrering, kaffi	KL 1000	Bydelsoverlege ANNE KAREN JENUM, Oslo					
KL 14 30	Velkommen, kort presentasjon av kurs og deltakrar. Kurssomiteen	KL 12 – 1430	KAFFI, GRUPPE OG PLENUM: Fag og moralisme.					
		KL 1430	LUNSJ OG SKI Sjuk eller lat?					
I. KVA HANDLAR DETTE OM?		KL 1515	Professor DAG BRUUSGAARD, UiO. Verknader av innstrammingane i trygda sitt sjukdomsbegrep. Samfunnet sitt adø til solidaritet?					
KL 1500	Helsekilnader og fordeling av helseressursar. Epidemiologisk oversikt med vekt på geografi, diagnose og sosial klasse. Professor STEINAR WESTIN, NTN	KL 16	Stortingsrepresentant og kommunelege OLAV GUNNAR BALLO, Alta/Oslo KAFFI med plenum: Praktisk legearbeid i forskjells-Norge.					
KL 1545	Kvifor er nokre menneske friske og andre sjuke – og kva tyder dette for helsearbeidarar? Fylkeslege PETTER ØGAR, Sogn og Fjordane							
KL 1630	GRUPPE OG PLENUMDISKUSJON Korleis opplever vi dette i vår praksis?	KL 17	III. MØTET MED PASIENTEN Er respekt umoderne? Prest LIV ROSMER FISKNES, Oslo					
KL 1800	Kva veit vi om korleis legane handterer sosiale problem hjå pasientane? Redaktør PÅL GULDBRANDSEN, Tidsskriftet.	KL 1930 MIDDAG FREDAG 16. April	Kl 09 Kl 0945					
KL 1930	Middag	KL 09	Å vise menneske respekt i praksis Professor OLE DANBOLT MJØS, UiT.					
TORSDAG 15. April								
II. FAC, POLITIKK OG MORALISME								
KL 09	Sosial skilnad og helse – Blå eller raud resept?	KL 11	Tre uvanlege historier frå vanlege dagar på Sankthanshaugen og i Sogn. Bydslege ANNA STAVDAL OG kommunelege PER STENSLAND					
KL 0930	Professor PER FUGELLI, UiO. Kva hjelper stuereine politiske standpunkt i møtet med einskildmenneske på skugge sida? Korleis forhalde seg til auka sjukdomsrisko?	KL 12 KL 13	KAFFI Eit skråblikk på legane si sjølvforståing i møte med svake grupper. Journalist HILDE HAUGSGJERD, Oslo Oppsummering LUNSJ OG AVREISE					

ORGANISERINGEN AV NORSK ALLMENN MEDISIN

Av Bjørn Gjelsvik og Per Stensland

Bakgrunn

De tre foreningene som dekker det allmenn- og samfunnsmedisinske spekteret i Norge - Aplf, OLL og NSAM - har i mange år samarbeidet om faglige og fagpolitiske temaer. Vi har stort sett hatt nær og god kontakt, men forholdet har også vært preget av konflikt og spenninger. Dette har bl.a. kommet til syn i fastlegesaken, der NSAM i en periode følte at Aplf's ledelse og deres representanter i sentralstyret hadde en for negativ holdning, og der Aplf svarte på det ved å holde NSAM utenfor i Legeforeningens behandling av saken.

Mange allmennleger, både nyutdannede og de som har vært litt lengre i faget, har vanskelig for å forstå foreningenes ulike roller, og kan sikkert av og til føle en lojalitetskonflikt eller en usikkerhet når de ønsker å engasjere seg i en faglig aktivitet. Det er også grunn til å spørre seg om foreningene i dag er flinke nok til å engasjere og trekke med de yngre legerne i den aktiviteten som er så viktig for faget.

Det er ikke underlig at mange kolleger har problem med dette. Foreningene har uklare roller preget av dobbeltarbeid og overlapping, og kommer av og til i konflikt med hverandre. Årsaken til dette finner vi i historien til de tre foreningene, at prinsippene for organisering i Dnlf har vært uklare eller ikke blitt fulgt, og at man ikke ryddet opp på tidspunkter da man hadde mulighet til det.

Styrene i Aplf, OLL og NSAM har det siste året diskutert organiseringen av norsk allmennmedisin, og spesielt NSAM's posisjon. Representanter for Aplf har gått inn for at NSAM blir en del av Aplf. I dette innlegget ønsker vi å redigjøre for hvordan vi i NSAM's styre tenker om dette.

Kort historikk.

Etter krigen fantes det to foreninger som dekket primærhelsetjenesten: OLL for distriktslegene og de offentlige lege, og Aplf som organiserte de privatpraktiserende lege.

Begge foreningene drev både fagforeningsaktivitet og faglig arbeid. Aplf opprettet sitt fagutvalg før krigen.

På 60-tallet var norsk allmennmedisin i en dyp krise. Rekrutteringen var stoppet opp, gjennomsnittsalderen økte og

sykehusfagene rekrutterte nesten alle nye leger. Legeforeningen og helsemyndighetene satte inn mottiltak, og utover på 70-tallet skjedde en betydelig vekst, både faglig og økonomisk. Pessimismen snudde til optimisme, og ikke minst den faglige aktiviteten spilte en stor rolle: de fire allmennmedisinske instituttene vokste fram, det ble skrevet artikler og bøker, kursaktiviteten økte sterkt, og vi fikk spesialitete i allmenn- og samfunnsmedisin tidlig på 80-tallet. Midt i denne bølgen ble NSAM dannet, i 1983. Selskapet ble dannet i kamp og konflikt, og det er noe av årsaken til den senere utviklingen. Sterke krefter i Aplf og Legeforeningen var imot opprettelsen av selskapet, og mente at fagutvalget kunne ivareta de oppgavene NSAM var tiltenkt. Initiativtakerne til NSAM følte at den faglige aktiviteten ble hemmet av å være underlagt styret i en fagforening, at «takstene styrtet faget». Denne motsigelsen har fulgt forholdet mellom foreningene og dukker fortsatt opp i ny og ne, selv om vi tror at dens betydning er blitt mindre med årene.

Hvordan er det gått siden?

Noen problemer fikk sin løsning i 1983:

- allmennmedisinsk forskning fikk en organisatorisk forankring ved at AFU ble et utvalg i NSAM med deltagelse fra instituttene, Aplf og OLL
- det internasjonale faglige samarbeidet fikk en tilsvarende organisatorisk plattform
- det ble skapt et faglig forum som ga støtet til en rekke bøker, faglige retningslinjer/handlingsprogram og nyskapende kurs og faglige debatter. NSAM's referansegrupper har gitt mange kolleger anledning til å utdype sin faglige aktivitet i samarbeid med andre interesserte kolleger.

Hva ble ikke løst?

NSAM fikk status som spesialforening i Legeforeningen, men fikk for eksempel ingen egen rolle innenfor fagets videre- og etterutdanning, noe som ellers hadde vært naturlig. Aplf valgte å beholde fagutvalget, og beholdt dermed også et preg av å være faglig spesialforening. Verre var det at man beholdt fagutvalget også etter 1993, da Legefore-

ningen gjennomførte en organisasjonsmessig opprydning og delte seg opp i yrkesforeninger og spesialforeninger. På toppen av det hele valgte OLL samtidig å opprette sitt fagutvalg.

I Legeforeningens representative organer sitter yrkesforeningene tungt representert. Av ca. 110 landsstyrreprésenteranter har spesialforeningene ti, der NSAM, som er Dnlf's største spesialforening, må sloss på et fellesmøte med 57 andrelinje-spesialforeninger og der vi er dømt til nederlag hvis vi ikke driver et intenst lobbyarbeid på forhånd.

I de fleste land vi sammenlikner oss med, som England, Danmark og Canada, er de faglige «college» eller selskap selvstendige organisasjoner som står utenfor fagforeningene eller de er egne organisasjoner innenfor fagforeningen som NSAM er i dag. Så vidt vi vet er det ingen som har redusert de faglige selskap til å være et internt utvalg i yrkesforeningen. Dnlf er i Norge en sterk organisasjon, og det er ikke noe ønske i standen om å splitte opp eller skille ut spesialforeningene slik man for eksempel har det i Sverige. Men det er helt nødvendig å gjøre noe for å styrke den «faglige siden» i Legeforeningen. Dnlf må øke sin aktivitet som faglig premissleverandør i den generelle helsepolitiske og etisk/filosofiske debatten, og ikke bare framstå som en ensidig og tung fagforening. Dette er nødvendig for vår faglige troverdighet og langsiktige interesser. I dette bildet tror vi selvstendige faglige selskap er nødvendig - både for å rekrytere kolleger som først og fremst er interessert i faget og i mindre grad økonomi og arbeidsforhold, og for å sikre at de faglige råd og innspill som selskapet gir er ubundet av standens økonomiske og fagpolitiske interesser.

Særtrekk ved norsk allmennmedisin.

Når vi sammenlikner oss med andre land, ser vi at norsk allmennmedisin står ganske sterkt. Den faglige aktiviteten har vært livlig, de økonomiske betingelsene har vært gode og forholdet til myndighetene er alt i alt bra. Allmennmedisin er helsevesenets grunnmur, både i festtalene og langt på vei i praktisk politikk, og vil bli det i enda høyere grad etter innføring av fastlegeordningen, forutsatt at det skapes gode nok rammer for den.

Et særtrekk ved norsk allmennmedisin er dens sterke bånd til samfunnsmedisinen. En viktig grunn til dette er historisk, ved at de tidligere distriktslegene både var samfunns- og allmenmedisinere. Dette er ført videre med kommunalegeordningen. Faglig har dette ført til at norsk allmennmedisin ikke bare er individorientert og nær pasienten, men er også i stand til å ta samfunnmessige hensyn. En god allmennmedisiner er ikke bare pasientens advokat, men han eller hun skal også ivareta overordnede samfunnmessige interesser, som å unngå overbehandling, unngå medikalisering, veie hensynet til den enkelte mot hensynet til felleskapet og unngå å påføre trygden unødvendige utgifter.

Samfunnsorienteringen har også skapt bidratt til norske allmennpraktikeres forståelse for tverrfaglig samarbeid.

I NSAM er det medlemmer både fra OLL, Aplf og fra andre yrkesforeninger i Legeforeningen. Kommuneleger i kombistilling, som både er kliniske allmennmedisinere og samfunnsmedisinere til daglig, er av foreningens mest aktive medlemmer. Det ville være et stort tap for faget dersom vi skulle organisere oss slik at denne gruppa ikke lenger hørte hjemme i NSAM.

Likeledes er mange av våre medlemmer hovedsakelig tilknyttet den akademiske medisin, og dermed medlemmer av LVS - yrkesforeningen for vitenskapelig ansatte. NSAM ble dannet ikke minst for å ivareta vitenskap og fagutvikling i allmennmedisin, og det ville være aldeles meningsløst hvis ikke de fortsatt skulle tilhøre selskapet.

Hva bør skje nå?

Vi mener at tiden nå er kommet for å samle kreftene og skape litt ro og orden i de allmenn- og samfunnsmedisinske rekkene i Legeforeningen. Vi trenger ikke uklarhet, kompetansestrid og konflikt, men vi trenger et tillitsfullt samarbeid, klare roller og et forum for å utkjempe våre interne stridigheter - for de finnes fortsatt - som er tilstrekkelig trygt og som gir alle lik mulighet til makt og innflytelse. Allmenn- og samfunnsmedisin må sikres tilstrekkelig innflytelse innad i Legeforeningen og overfor helsemyndigheter og den allminnelige opinion.

For å oppnå dette, må NSAM's rolle som spesialforening bli klarere, og båndene til de to viktigste yrkesforeningene i Dnlf, Aplf og OLL, styrkes. Dobbeltarbeid og kompetansestrid som ligger implisitt i modellen med både spesialforening og interne fagutvalg i de to foreningene, må vi komme bort fra. Det betyr at både Aplf og OLL bør avvikle sine fagutvalg, og kanaliser sin faglige aktivitet til selskapet. For OLL ligger det en vanskelighet i at foreningen også organiserer samfunnsmedisinere i andre- og tredjelinjen, og at NSAM tradisjonelt først og fremst har oppatt seg med den kliniske allmennmedisinen. Men vi mener det ligger så mye god samfunnsmedisinsk aktivitet i NSAM at vi tror foreningen også kan bli et godt forum for heltds samfunnsmedisinere. Samtidig mener vi at det mer spesifikke faglige samfunnsmedisinske miljøet i Norge er såpass svakt at det ikke så lett står på egne ben organisatorisk.

For Aplf ligger vanskeligheten mer historisk, slik vi ser det. Styret har behov for å ha en nær faglig samarbeidspartner når det skal ta stilling til viktige spørsmål internt i Dnlf, for eksempel tariffspørsmål og i høringssaker overfor myndighetene. At det da er tryggere med et internt utvalg enn en egen, frittstående forening er ikke så vanskelig å forstå.

«Norsk Primærlegeforening» - er det svaret?

Mange kolleger har de senere årene gått inn for en organisatorisk samling i primærlegetjenesten. Vi er tilhengere av en slik tanke, og NSAM's styre har overfor de to andre foreningene lagt fram en skisse til en slik organisasjon. Vi tenker oss at den skal ha en faglig akse - NSAM - og en yrkesforeningsaksje som består av et sammenslått Aplf og OLL. Til sammen utgjør dette «Norsk Primærlegeforening». Vi mener at spesialforeningen må ha individuelt medlemsskap og eget styre, slik at det også er mulig for medlemmer av andre yrkesforeninger å delta. Et felles hovedstyre kan bestå av representanter for den yrkesmedisinske og faglige aksjen, representativt sammensatt. På den måten vil yrkesfore-

ningen veie tyngst, men samtidig vil spesialforeningen/selskapet bli knyttet nærmere til Legeforeningen og ha større muligheter til innflytelse. Dette vil gå begge veier, idet yrkesforeningene og Dnlf vil få større utbytte av selskapets aktivitet.

Et mindre vidtrekkende alternativ er å la OLL og Aplf bestå som i dag, men legge ned begge yrkesforeningenes fagutvalg og overføre oppgavene til et utvidet NSAM. Vi mener vi må kvitte oss med dobbeltsystemet fagutvalg - NSAM for å lage et kart som passer med terrenget i faget vårt. Konkret vil vi foreslå at foreningene setter ned et felles utvalg til å utrede dette nærmere. Evt. bør et slikt utvalg nedsettes av sentralstyret.

NSAM

Ledige stipendier

Allmennpraktikerstipend 2. halvår 1999

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger, utlyser Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag i Oslo, Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim og Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 18 stipendmåneder for 2. halvår 1999 forutsatt at sentralstyret bevilger stipendmidlene. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og / eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke. Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Hvis kvoten ikke fylles av søkerne som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktnsing. Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildelingen av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter.

Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkerne, som kan fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Institutt for allmennmedisin, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo, Tlf: 22 85 06 55, Fax 22 85 06 50. Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen **20. mars 1999**. Søknader som er poststemplet etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktnsing.

Serevent™ - minst 12 timers effekt

Salmeterol

mot astmasymptomer

C Serevent "Glaxo Wellcome"

Adrenergikum, ATC-nr. R03A C12.

T INHALASJONSAEROSOL 25 µg/dose: Hver dose innholder salmeterol xinaas acv salmeterol 25 µg, lecithin, triethylfluoromethane, diethylfluoromethane.

T INHALASJONSPULVER 50 µg/dose i doseskive: Hver dose innholder salmeterol xinaas acv salmeterol 50 µg, lactos.

T INHALASJONSPULVER 50 µg/dose i Diskus: Hver dose innholder salmeterol xinaas acv salmeterol 50 µg, lactos.

Egenskaper: Klassifisering: Selektiv β_2 -stimulator. Effekt: Inhalasjonsbehandling. Virkungsmekanisme: Virker på β_2 -receptorer i bronkene. Virketid: Den bronkodilatende effekten inntreffer etter 10-20 minutter og varet i minst 12 timer. Ved regelmessig bruk oppnås tredje-døgnseffekten heller dognet. Hemmer straks- og sentreaksjon etter allergeneksponering. Salmeterol er et racemat, hvis farmakokinetikk er ufullständig utredet på tekniske grunner med å måle de svært lav plasmakonsentrasjonene som sees etter inhalasjon. Absorbisjon: Maximal plasmakonsentrasjon etter inhalasjon (50 µg) Ca. 200 pg/ml. Metabolisme: Utstrakt hydrolysing i leveren. Hovedmetabolismen er aktiv, men effekten er av kortere varighet (in vitrodata). Utskillelse: Hovedsakelig via ræves. Indikasjoner: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma når behandling med inhalasjonssteroider og kortvikende β -agonist latt ved behov ikke gir tilstrekkelig kontroll av sykdommen. Bar ikke anvendes som monoterapi eller ved akutte astmaball. Kontraindikasjoner: Overførsel til føret (inneholdsstoffene). Bivirkninger: Bivirkninger som er typiske for sympathomimetika kan oppføre. Disse er ofte dosisavhengige. Ved normaldosering opptrer tremor, palpitasjoner og muskelkramp hos 1-2% av pasientene. Hypotone (0-100). Palpitasjoner, hodepine, tremor, muskelkramp. Sjeldne (<1/1000): Hypokalemii, overaktivitetsreaksjoner, tåkardia, artalgia. Andre (inkludert atrielimmmer, supraventrikulær tåkardia og ekstrasystoler) er rapportert hos utsatte pasienter. Legemidler som inngår kan via uspesifik mekanisme i spesielle tilfeller gi opphav til bronkospasme. Forsiktigheitsregler: Tyreotoksirose. Alvorlig hjerte-kardsyndrom. Ubenyttet hypokalemii. Som ved annen inhalasjonsterapi foreliger mulighet for paradoxal bronkospasme. Dersom slik innferd, bør behandlingen avbrytes, og alternativ terapi startes. Salmeterol erstatter ikke kortvikende (perorale eller til inhalasjon), men skal brukes i tillegg til disse. Pasientene må informeres om ikke å slasne eller redusere steroidterapi ved en evt. symptombedring, også i kortvikende. Salmeterol skal ikke institusjonell eller brukes ved avolutt symptomrelatert eller akutte astmaball. Pasienten skal derfor ha tilgang til en β -agonist med kort virkhet og raskt innsittende effekt for å kuppere anfall. Pasienter med alvorlig astma må kontrolleres regelmessig. Dersom pasienten må øke forbruket av β -agonister med kort virkhet for å kontrollere astmasymptomene, bør dette på en forverring av sykdommen. Plutselig og tilagende forverring av astmasymptomene er potensielt livstruende, og man bør vurdere å øke dosen av kortvikende. Graviditet/Amming: Overgang i placenta/morsmelk. Svært høye doser i dyreforsøk er det sett typiske β -agonistene tekster hos fosteret (bl.a. forlenget drelighet, pærespate, forsinket ossifikasjon). Utstrakt bruk av andre β -agonister har imidlertid ikke fått holdpunktet for at dette har klinisk betydning ved terapeutiske doser. Resultater fra dyreforsøk viser på at kun svært små mengder går over i morsmelk. Pga. begrenset erfaring med bruk av salmeterol under gravideitet og amming, bør slik bruk bare skje etter at førdelen er vurdert i forhold til mulig risiko for barnet. Interaksjoner: Hje-kardiansstabile betablockere bør ikke forsikres ved astma, og karbosoliklin betablockere bør bare brukes med forsiktighet. Dosing: For å få optimal effekt er det nødvendig å bruke generell regelmessig. Dose og doseringssyppighet bør være i samsvar med lege, da overdosering vil kunne være assosiert med bivirkninger. Inhalasjonsaerosol: Barn over 4 år: 2 inhalasjoner (50 µg) 2 ganger daglig. Voksne: Vanligvis 2 inhalasjoner (50 µg) 2 ganger daglig. Ved alvorlig obstruksjon kan inntre 4 inhalasjoner (100 µg) 2 ganger daglig. Inhalasjonssteknikken må kontrolleres. Inhalasjonspulver: Pulveret inhaleses ved hjelp av en Diskhaler eller en Diskus (se Andre opplysninger). Barn over 4 år: 1 dose à 50 µg 2 ganger daglig. Voksne: Vanligvis 1 dose à 50 µg 2 ganger daglig. Ved alvorlig obstruksjon kan doseringen økes til 2 doser à 50 µg (=100 µg) 2 ganger daglig. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Tremor, hodepine og tåkardia. Behandling: En kardioselektiv betablocker er foretrukket antidot. Betablockere må brukes med forsiktighet til pasienter som har eller har hatt bronkospasme. Oppbevaring og holdbarhet: Inhalasjonsaerosolen bør beskyttes mot frost og direkte sollys. Andre opplysninger: Inhalasjonspulver: Til inhalasjon ved hjelp av en Diskhaler eller en Diskus. Administreringsmetode: Se pakningsvedlegg. Inhalasjonsaerosol: Til barn, 4-5 år, administreres truk sammen med inhalasjonskummet. Babyhaler: En dose om gangen sprayses inn i babyhaler, og barnet inhalerer 6-10 ganger. Prosedyren gjentas dersom flere doser skal administreres. Se for utvrig pakningsvedlegg for babyhaler. Forskrivningsregel: Behandlingen av barn skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin eller pediatri. Behandlingen av voksne bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin. Pakninger og priser: Inhalasjonsaerosol: 120 doser kr 329,50. Inhalasjonspulver: Dosering med Diskhaler: 60 doser kr 337,50. 180 doser kr 681,70. Diskus: 60 doser kr 337,50. Priser av 1.1.98. Felleskatalogiskt av 20.03.98.

Referanse:

T) Small R., Johnson M. β -adrenoceptor agonists and the airways. Royal Society of Medicine Press Ltd, 1995 (ISBN 1-853-251).

Presisjon

Serevent™ er den mest SELEKTIVE
 β -agonisten¹

og Utholdenhett

Serevent™ har MINST 12 TIMERS EFFEKT i lungene

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

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



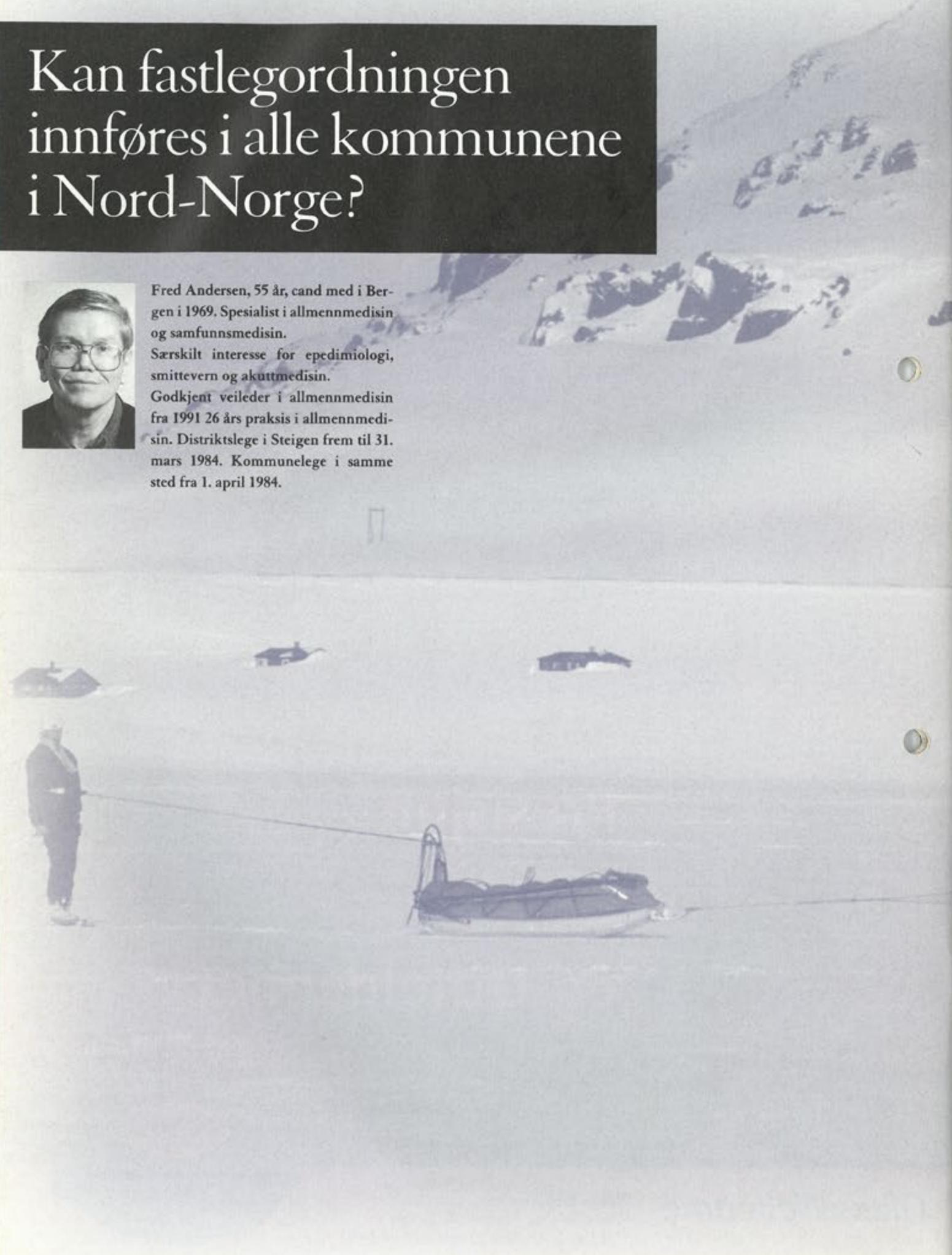
Kan fastlegordningen innføres i alle kommunene i Nord-Norge?



Fred Andersen, 55 år, cand med i Bergen i 1969. Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Særskilt interesse for epidemiologi, smittevern og akuttmedisin.

Godkjent veileder i allmennmedisin fra 1991. 26 års praksis i allmennmedisin. Distriktslege i Steigen frem til 31. mars 1984. Kommunelege i samme sted fra 1. april 1984.



Dette spørsmålet er reist fra ulike hold den siste tiden. Det er flere grunner til det. Undersøkelser gjennomført av Fylkeslegen i Nordland i samarbeid med ISM, Universitetet i Tromsø, har vist en foruroligende økning av ledigheten i faste legestillinger i de små utkantkommunene i helseregion V de siste tre årene. I tillegg har den samme kommunegruppen hatt en stor økning i bruken av korttidsvikarer i samme periode. (FIG 1)

FIG 1 Bruken av korttidsvikarer i helseregion V. Etter kommunegrupper:

Folketall < 4000

År	Antall kommuner	Stellings- hjemler	Stillinger besatt	Lege-dekning i %	Antall korttids-vikarer	Indeks
1995	46	110	85	77	86	0,78
1996	49	122	89	73	178	1,46
1997	54	129	81	63	251	1,95

Folketall > 4000

År	Antall kommuner	Stellings- hjemler	Stillinger besatt	Lege-dekning i %	Antall korttids-vikarer	Indeks
1995	19	161	102	63	86	0,53
1996	23	201	156	77	111	0,55
1997	24	221	172	78	120	0,54

Undersøkelsen viser at antall korttidsvikarer pr. stillingshjemmel pr. år (Indeks) har øket fra 0,78 til 1,95 i kommuner med folketall mindre enn 4000 innbyggere mens den har vært konstant i kommuner med folketall over 4000 innbyggere.

For Nordland fylke var legedekningen for kommuner med mindre enn 4000 innbyggere 53 % i 1997 mot 63 % for hele regionen. Antallet korttidsvikarer pr. stillingshjemmel pr år (Indeks) var 2,1 mot 1,95 for samme kommunegruppe for hele regionen under ett.

Nordland er samlet sett det fylke som kommer dårligst ut i den undersøkelsen som er gjort.

Korttidsvikarer i kommunelegetjenesten er nesten uten unntak utenlandske leger, i hovedsak svenskthalende, men ofte med annet morsmål.

En prevalensundersøkelse i oktober 1998 viste at bare 47 % av primærlegene i nordnorske kommuner med mindre enn 4000 innbyggere hadde norsk som sitt morsmål (FIG 2). For Nordlands del var prosentandelen 44.

FIG 2 Andelen leger i primærhelsetjenesten i Helseregion V fordelt på nasjonalitet og kommunegrupper

	Antall kommuner	Andel av befolkningen leger	Antall leger i arbeid oktober 1998	Andel norske leger	Andel svenske leger i %	Andel leger utenom Norden i %
Hele regionen	89	100	379	67	14	10
Folketall < 4000	62	27	127	47	22	13
Folketall > 4000	27	73	252	77	10	8
Folketall > 10.000	9	46	156	84	6	8

Konsekvensen av det store antallet korttidsvikarer og et flertall utenlandske leger kan være at norsk allmennmedisin er i ferd med å miste fotfestet i denne kommunegruppen.

Norsk allmennmedisin har røtter i vår egen kultur og lovgivning og er utviklet over flere tiår i nært samspill mellom befolkningen på den ene siden og andrelinjetjenesten i vårt helsevesen på den andre siden. Egentlig er det en fagutvikling vi ønsker å ta vare på og føre videre til nye generasjoner av leger i Norge.

Det er ingen problemer å gi utenlandske leger innføring i de grunnleggende ideer som ligger bak norsk allmennmedisin, men når andelen norske leger i små utkantkommuner blir så lav som det vi i øyeblikket opplever og flertallet av de utenlandske legene bare er korttidsvikarer, da kan vi risikere at kontinuiteten i utviklingen av norsk allmennmedisin blir brutt i hele regioner. Det som kan blistående igjen i disse deler av landet er en uensartet, flerkulturell blanding av legekunst som bringer med seg et epidemiologisk mangfold av realitetsoppfatninger og problem-løsninger som er fjernet fra norsk virkelighet.

Men det er mulig dette ikke er så risikofyldt som enkelte tror. Det er mulig det bare beriker vår egen realitetsorientering. I tillegg er korttidsvikarene en løsning på et utkantproblem som sentralmakten ikke har klart å løse. De fyller på en måte tomrommet etter landsdelens egne sønner og døtre som ikke lenger finner det komfortabelt nok å utøve sin legegjerning der de har sine røtter. For ihvertfall enkelte av utkantkommunene i Nord-Norge har gjennom ti-år vært netto eksportører av egne primærleger til mer sentrale deler av landet.

Sosial- og helsedepartementet forutsetter stabil legedekning før fastlegeordningen kan innføres i en kommune. Så vidt jeg kan se er det ikke gitt noen spesifikk definisjon av stabil legedekning, men korttidsvikarer med tjenestetid på tre måneder eller mindre faller ikke inn under denne defi-

nasjonen. Sannsynligvis vil fast ansettelse eller vikariater med avtalt tjenestetid på ett år eller mere være en definisjon som kunne aksepteres som uttrykk for stabilitet.

Det kan forventes at et stor antall små utkantkommuner ikke bare i Nordland, men også i store deler av landet forøvrig, i løpet av de kommende månedene på nytt vil søke etter leger i faste stillinger. Det vil skape et stort press i legemarkedet, først og fremst i Norge, men også i utlandet. Med det avtaleverket vi har hjemlet i EØS-avtalen uten mulighet til å overprøve autorisasjoner godkjent i andre EØS-land, står vi utvilsomt overfor en ustabil situasjon som vil kreve skjerpet oppmerksomhet fra tilsynsmyndighetenes

og arbeidsgivernes side.

Det er usikkert om alle kommunene i denne situasjonen vil nå målet om stabil legedekning, selv uten krav til faglig kompetanse og språk. Men startskuddet er gått, og de aller fleste vil gjøre sitt ytterste for å nå frem.

Så får vi bare lukke øynene og håpe det beste for norsk allmennmedisin i utkantene.

- Men når sant skal sies så kan innføringen av faslegeordningen i denne situasjonen fort bli et gigantisk folkehelseeksperiment for utkantenes del! -

SVERRE LUNDEVALL, PETER PRYDZ, BENTE ASCHIM (RED)

Hva, hvordan og med hvem?

Praktiske ferdigheter i allmennmedisin

Nytt heftet i Legeforeningens serie.

Her beskrives i detalj praktiske ferdigheter i allmennmedisin, slik erfarte kolleger utfører dem.

Heftet vil være til nytte for spesialistkandidater, turnuskandidater og studenter. Det vil også egne seg som en oppfrisking for spesialister i allmennmedisin.

Kollegial attestasjon på praktiske ferdigheter er obligatorisk i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Det gir også poeng i etterutdanningen.

Bestillingskupong

Jeg bestiller eks. av heftet:

Hva, hvordan og med hvem. Praktiske ferdigheter i allmennmedisin.

Lundevall, Prydz, Aschim (red)

Pris per eks.: kr 150,-

Navn:

Adresse:

Dato: _____ Signatur: _____

KAPITLENE I HEFTET:

- Problemorientert allmennmedisinsk øystatus
- Oftalamoskop
- Tonometri
- Problemorientert allmennmedisinsk ØNH-status
- Otoskop og undersøkelse av trommehinnens bevegelighet
- Biopsi/stansebiopsi fra hud
- Fåvning av sopp i kalilutpreparat fra hud/negl
- Orienterende allmennmedisinsk neurologisk status
- Rammen rundt og utføring av gynækologisk undersøkelse
- Cytologisk prøvetaking fra cervix
- Innlegging av spiral
- Palpasjon av mammae/axiller og instruksjon i selvundersøkelse
- Svangerskapspojournalen
- Allmennmedisinsk svangerskapkontroll
- Problemorientert allmennmedisinsk hjerte/kar-status
- Egenkontroll av asthma med PEF-måling
- Bruk av hjelpemidler i astmabehandlingen
- Retkoskop
- Bruk av hjelpemidler i diabetesbehandlingen
- Legging av lokal- og ledningsanestesi
- Infektionsbehandling ved tendinitt/bursitt
- Nakkundersøkelse
- Skulderundersøkelse
- Ryggundersøkelse
- Hofteundersøkelse
- Kneundersøkelse
- Hjerte/lungeredning (trening på dukke)
- Legging av venekanyle
- Henvisning til annen spesialist
- Melding til -erklæringer
- Uførepensions- eller rehabiliteringserklæringer

Bestillingskupongen sendes til:
Den norske Lægeforening v/Postavdelingen,
Postboks 1152 Sentrum, N-0107 Oslo,
Heftet kan også bestilles via e-post:
mariola.zytniewska@legeforeningen.no
eller telefaks nr.: 23109010

KATTEN OG SLADDEREN – OM Å FORSTÅ HVA SOM EGENTLIG ER POENGET

Av NILS GRUDE



Eksamens Oslo 1977, etter turnus og militærtjeneste allmennpraksis i Sandefjord fra 1979, i seks år kombinert med halvtids bedriftslege 1981 til 1987. Ett års tjeneste ved Yrkessmedisinsk avdeling Telemark Sentralsykehus, spesialist allmennmedisin. Sykehemslege. Publisert to artikler om helsemessige konsekvenser av bedriftsnedleggelse, samt en artikkel om utredning av løsemiddelskade i allmennpraksis.

Solveig på 77 var blitt enke og kunne ikke makte stell av stor enebolig, flyttet derfor til fin leilighet i eldresenter i sentrum. Hun savnet mannen, men klarte seg tross alt bra. Frisk også, kun lette ankelødemer og litt dyspnø i perioder, det kunne vi klare, verre med tinnitus og dårligere hørsel, «men noe må en jo regne med». Hun var glad i å gå til kirke, hver søndag, plass langt framme,» og slik en kjekk prest, han messer så fint». Nå kom hun til sin lege til vanlig sjekk, alt som før, men det var likevel noe ved henne, hun ville på

en måte ikke gå, på vei ut snudde hun seg og spurte om jeg hadde to minutter til- og så kom historien: Etter kirketid var hun sammen med 2-3 venninner, enker de også, til middag i eldresenteret og de siste gangene var også 2-3 eldre herrer blitt med, sånn for hyggens skyld. Så var sladderen begynt å gå, om romanser både her og der, dette var blitt en så uutholdelig situasjon for Solveig. Vi pratet om saken og fikk satt ord på vonde følelser, hun gikk lettet hjem og har senere fått slutt på usanne rykter og misunnelse.

Dagny L. født i 1927 har vårt min pasient fra tidenes morgen, altså da jeg startet min praksis i 1979. Det har aldri vært noe særlig galt med henne, kun småting av forbigående art. Da heller verre med hennes tre år eldre mann Leif, som dessverre døde nylig av cancer pulm., han var også pasient hos meg. Hans lungetumor ble raskt påvist etter kun kort episode med hoste og blodig ekspektorat, han døde etter få måneders sykdom natt til en søndag, hjemme i senga ved siden av sin hustru. Hun har tatt det svært tungt, synes på mange måter utrustelig. Da hun kom til meg

*Historier
fra
virkeligheten*

like etter begravelsen måtte vi jo prate ommannens sykdom og død, litt om hans gode vesen, han var virkelig en hendersmann. Men det var noe mere- jeg kjente det på stemningen- og så kom det: De har to barn, en datter bosatt i Trøndelag, en sønn her i byen. Av en eller annen grunn har det vært et meget anstrengt forhold mellom sønn og foreldre, i flere år, de har aldri forstått hvorfor. Og så ville ikke sønnen komme i begravelsen. En smerte så stor for mor,



verre ennmannens død. Så måtte hun få fritt løp for tårer og fortvilelse, legen hadde ingen medisin men litt til tilstøt og oppmuntring, også en slik situasjon er en del av allmennpraktikerens hverdag.

Så siste stopp, det gjelder Johan som nylig fylte 70 år. Han har vært uføretrygdet i mange år etter fall på skip i utenrikssfart, alvorlig sequele i begge underekstremeter. I tillegg har han også hjerteplager og asthma. Han er egentlig en skøyer og vi har en temmelig åpen og rett på tone i konsul-

tasjonen. Han har ofte spurt meg: «Skulle du ikke ofte ønske du var dyrlege heller, Grude?» Vel, han ble altså nylig 70 og jeg gratulerte og skrev ut førerkort for nye to år. Jeg spurte også om feiringen var veldig, men skjønte at alt ikke var som det skulle være. Slik har han også reagert tidligere, tar lett til tårene, han spørker, men tristheten er alltid så nær. Hva er årsaken? Taushet og taushet igjen. Så kom historien: Om hytta på sørlandet som ble solgt til sønnen, så altfor billig, ifølge den andre sønnen, som aldri mer ville se sine foreldre og som følgelig heller ikke viste seg i 70-års laget. En konstant sorg og smerte som er mye verre å bære enn hjerteplager og asthma, og som ingen andre en legen tidligere var blitt del i.

Disse fire kasuistikkene, riktignok litt omskrevet av hensyn til taushet og personvern, illustrerer alle situasjoner der legen trodde han fikk fram og skjønte budskapet, men der hovedpoenget var et helt annet. Dette er nok et vanlig fenomen i allmennpraksis, mye begrundet i stor pasientpågang og liten tid. Opplagt er vi i mange, forhåpentligvis de fleste, tilfeller i stand til å gjennomføre en god konsultasjon med rette tiltak og konklusjoner. Ofte må dette være på legens premisser for å få fram de viktige poengene, mange pasienter må til en viss grad ledes og styres til å komme med de vesentlige opplysningene. Imidlertid må vi ikke i all vår iver etter å innpasse pasientene i A4 diagnoser og behandlingsstrategier glemme sjela, her oppfattet som de innerste tanker og følelser, gjerne av ytterst privat karakter. Hva hjelper det om blodsukkeret er 5.8 fastende når det er en gnagende uro over å ha begravet en død katt på et upassende sted, eller når hjertesvikten er velbehandlet men sladderen går om en påstått romanse på eldre-sentere?

Trygve har jeg kjent i mange år, han har lett diabetes mellitus type II og er fint regulert på diett, mosjon og «den hvite tabletten som jeg tar hver morgen før frokost.» I tillegg lett hypertensjon, et infarkt har han også hatt, men i fin form, fornøyd, kommer punktlig til kontroll hver 3.mnd., alltid kl. 12.00. En onsdag i vinter kom han som vanlig, men jeg så straks at noe ikke var som før. Han var mere urolig, nesten nervøs, pulsen rask og hånden ikke fast og varm som før, men klam. Jeg «fisket» litt, fikk han på gli, og så kom det: Før bodde Trygve i eget hus, men flyttet i leilighet for et halvt års tid siden. Han hadde katt hvilket ikke var lovlig i blokka, men katten var en god og nærliggende venn som ble tatt med til ny bolig, sønn i smug. Nå hadde det seg slik at katten dessverre ble påkjørt og drept, Trygve sørget betydelig og erkjente for meg at pus var begravet i hagen, rett nedenfor terrassen i blokka. En alvorlig sak. Han var så engstelig for at han var observert. Trygve fikk bekjenne dette for sin lege og vi var begge tårevåte under skriftemøtet, jeg tror Trygve gikk lettet hjem og legen var en erfaring rikere.

En Lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten 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 oppdrag

å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten. Velkommen og lykke til!
Tone Skjerven - lagleder

Lyrikk

LYRIKKSTAFETTEN I UTPOSTEN

Kort ferie, travel oppstart på ettersommaren, og hausten har ikke gjeve rom for å prioritera diktlesing. Overskot har vore mangelvare. Kommunen har satsa hardt på prosedyreutvikling. Kommunelege I som ein av mellomleiarane i helse- og sosialetaten, er pålagd å nytta mykje tid til prosedyrearbeid. Dette i tillegg til prosjektarbeid innan miljøretta helsevern og ein travel kurativ kvardag, har gjort at oppgåva har vorte utsett.

Ein av kollegane løyste imidlertid oppgåva for meg. Som dei fleste av dykk nok er kjende med, er dette med registrering og handsaming av avvik sentralt i prosedyrearbeidet. Vi har laga utkast til slik prosedyre hjå oss, men han er ikke distribuert. Kollega Morten Langeland laga difor si eiga avviksmelding på rim. Eg vil med løye frå forfattaren dela denne med dykk.

"Meldinga" var ikke til å misforstå. Ho var konkret og effektfull.

Diktet heiter

VENTELØNN

For å være klar til sjuke folk å hjelpe, gutt som jente
vi lønn får for å vente.

Vaktsentralen liste til lønnskontoret sendte
og rutinene burde være kjente.

Men da jeg min lønns-slipps skulle hente,
det under humøret mitt spente.

For uansett hvordan jeg på posten vendte,
Så var det ingen lønn å hente.

Da var det at jeg tente,
men det var ikke hjelp at jeg skjente.
Men kanskje at jeg noe skulle prente
om irritasjonen som godviljen brente.

Så skriver jeg til deg: Hvor skal jeg min lønn få hente?

Vil jeg få måneders etterslep med rentes rente,
eller må jeg ha beløpet in mente.

Det tar på å bare gå å vente.

Mine kreditorer vil ikke gå å vente,
men spør etter hvordan dette endte.

Så hva skal jeg si til slike kjente?

Får jeg lønn for på lønn å vente?

Alle fekk løn til slutt. Avviksmeldinga
var på sin plass, vart oppfatta og førde
til korrigering av avvik, men utbetalinga
var utan rentes rente. Dette har definitivt
vore det lyriske innslaget som har betydd mest
for meg i haust. Eg og fleire med meg fekk gjennom
dette diktet ei god lyrisk "vitamininnsprøyting" i kvardagen.

Utfordringa går no vidare til Morten Svinvik ved Sama legesenter i Harstad.

Med helsing

Arne Aksnes

EDB @ SPALESEN

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.
Kontaktperson: John Leer, 5305 Florvåg
Tlf. j.: 56140661 Tlf.p.: 56141133, Fax: 56150037
E-mail: john.leer@isf.uib.no

Nettavhengighet

"Internet har ødelagt ekteskap, forårsaket oppsigelser og fanget de sårbare i cyberkonger" forteller psykologen Maressa Hecht Orzack, grunnleggeren av Computer Addiction Service ved McLean Hospital, Belmont, Massachusetts i USA til bladet PC World.

I følge Orzack og flere andre profesjonelle helsearbeidere representerer computere og Internet problem som bør sidesilles med alkoholavhengighet: tilbaketrekkning, kontrolltap og tvangspreget atferd.

En av ti faste Internet-brukere blir nettavhengige, og det er samme risiko som for spilleavhengighet og alkoholavhengighet.

Orzack antar at nettavhengighet vil bli klassifisert i samme diagnosegruppe som kleptomani, tvangspreget handling (shopping) og spillavhengighet: en impuls-kontroll-forstyrrelse.

Psykiateren Ivan Goldberg fra New York er av en annen oppfatning. Han mener at datamaskiner og Internet bare er en flukt fra en trist eller ubehagelig hverdag. Han skrev om Internet-avhengighet som en spøk i en vittespalte for 3 år siden, men oppdaget snart at folk trodde han mente alvor da mange kontaktet ham for hjelp for sin avhengighet.

Det eksisterer selvhjelpsgrupper, polikliniker, klinikker og subspesialister som tilbyr behandling. Selvfølgelig foregår det også behandling online – slik professor Kimberly Young ved universitetet i Pittsburgh-Bradford tilbyr.

Nathan Shapira, professor i psykologi ved universitetet i Cincinnati, Ohio har ledet en studie om Internet-avhengighet som er presentert for the American Psychiatric Association. Han fant at de som er storbrukere av Internet er utsatt for ensomhetsfølelse og depresjon. Han mener at Internet ikke forårsaker depresjonen, men derimot at folk med depresjoner søker tilflukt online. Studien viste at mange av de som var inkludert i studien som ikke kunne kontrollere egen Internetbruk hadde andre psykiatriske lidelser.

Alle forskerne er enige om at enkelte mennesker bruker mer tid online enn hva de har godt av. Hva er årsaken til at noen går over streken fra overdreven nettbruk til nettavhengighet? Er du "hektet" hvis du bruker mer enn 20 timer pr uke på Internet-surfing? Nei, det finnes ingen sikre studier eller klare svar, sier Orzack. Hvis du mister venner, skofter arbeid og blir sovn-løs fordi du tilbringer for mye tid online så anser vi det som kriterier for å bruke avhengighetsdiagnosen sier Shapira.

Studiene av Internetavhengighet som hittil har vært gjennomført baserer seg på case-studies og ikke større statistisk valide studier. Orzack håper at en slik studie kan gjennomføres slik at vi kan definere grensene for normal computerbruk og derved også avgjøre hva som er patologisk.

I mellomtiden foreslår Orzack følgende retningslinjer for å bli oppmerksom på tegn til nettavhengighet:

- Opptatt med computer-aktiviteter for å oppleve glede, belønning eller befrielse.
- Emosjonelle symptomer som uro, irritabilitet, sovnforstyrrelser og engstelse, depresjon eller fientlighet når ikke sysselsatt med computeraktiviteter.
- Besatt av computere ved hele tiden å tenke på computeraktivitet, planlegge å komme raskt tilbake til computeren eller kjøpe de nyeste maskiner, utstyr og dataprogram.
- Behov for å bruke stadig mer tid og penger på computeraktivitet for å oppnå forandring i sinnstemning.
- Neglisjerer sosiale, familiære, utdannings- eller arbeidsforpliktelser.
- Lyver for familiemedlemmer, medarbeidere, medstuderter, terapeuter og andre om hvor mye tid som brukes ved datamaskinen.
- Risikerer tap av betydningsfulle personlige forhold, karemuligheter, økonomisk stabilitet og utdanningsmuligheter.
- Mislykkes stadig i forsøk på å kontrollere computeraktivitet.
- Fysiske symptomer som carpal tunnel syndrom og andre belastningssykdommer, ryggsmerter, migrrene, uregelmessige måltider, mangelfull omsorg for egen helse og dårlig personlig hygiene.

John Leer

Scanning av dokumenter

Moderne scannere går ikke lett sammen med DOS-baserte legeprogrammer. Men man trenger ikke kjøpe nytt legeprogram for bruker scanner for å legge inn epikriser, røntgensvar osv. Det går fint an å komme rundt dette problemet.

Trikset er at man først scanner inn dokumentet i et Windowsbasert tekstbehandlingsprogram, deretter flytter man det over til DOS-programmet ved hjelp av Windows' klipp-og-lim-funksjon.

For å få til dette må man ha en scanner koplet til en PC med Win-95 eller Win-98. Det går an å bruke Windows 3.x, men Win-95 plattformen er bedre tilpasset scanneren. Jeg bruker en rimelig flat-bed bordscanner som ble levert med OmniPage programvare for tekstgjenkjenning.

Når scanneren er montert er det bare å sette i gang:

- 1) Legg dokumentet i scanneren og start scan-prosessen
- 2) Start deretter OCR-programmet
- 3) Lagre dokumentet i rtf-format, gjerne i en egen mappe på serveren
- 4) Åpne det innscannede dokumentet med en Windowsbasert tekstbehandler, jeg bruker WordPad som fulgte med Win-95
- 5) Rediger dokumentet ferdig, merk det og kopier det til utklippstavlen
- 6) Åpne ditt DOS-baserte legeprogram i et annet vindu. Hent fram riktig pasient og gå til det området hvor du før pleide å skrive inn epikrisen
- 7) Klikk på "Lim inn" symbolet i DOS-vinduet og hele epikrisen smeller på plass på under ett sekund.
Man kan scanne inn en og en epikrise eller man kan scanne inn en hel bunke.
Scannere kan også leveres med arkater. Fordelen med å scanne bunkevis er at man kan hente opp de innscannede dokumentene på andre maskiner i nettverket. Flere medarbeidere kan da jobbe samtidig med arkivering av epikriser etc.
Prøv! Dette er ikke vanskelig å få til.

Hilsen

Bjørn T. Kristiansen
Øvre Klekken vei 53
3500 Hønefoss

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 epister 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!

Karriere



Å gjøre karriere er ikke en fremmed tanke i mangt et legesinn. Noen av oss har klart det, og vi andre prøver kanskje å innbille oss at det går like bra uten. Selve ordet har sin opprinnelse i det latinske ordet *carrus* (som igjen er avledet av et keltisk ord) som er en firehjulet arbeidsvogn.

Det engelske *car*, franske *char* og de norske *kjerre* og *karjol* er avledninger fra dette. Men hvor er så likheten med en karrierebevisst person? Umidelbart er det vanskelig å se sammenhengen her, men av *carrus* dannet man *carraria* = kjørebane, og på fransk ble dette *carriere*. (eg é med ` over). Donner *carriere au cheval* betyr å gi hesten frie tøyler, på svensk heter det å sette hesten i fullt karrier (ä med tödler). Vår egen Amalie Skram skriver også om rytterne som kom i strakt karriere. Nå er lettere å forstå at man så av dette avledet ordet karriere, likheten mellom en hest som farer raskt over en kjørebane og en som gjør karriere er jo ganske god! (Og farene ved å falle av i fart er like slående!)

Av *carrus* dannet man på latin verbet *caricare* som betyr å løsse på en vogn. Senere har ordet fått betydningen å løsse på for mye, og av dette ble ordene karikere og karikatur dannet.

Så kan altså vi som ikke gjorde den store karrieren heretter trøste oss med at karriere og karikatur har større likhetstrekk enn vi tidligere har visst.

Jannike Reymert

Elveblest – etter ein gong

Det er ein svært gammal forestilling at sjukdom vart årsaka av vonde makter, mellom anna elver, troll, hekser, tussar og dvergar. Denne påverknad tok gjerne formen av skot eller pilar. Det finst rikeleg med eksemplar frå dei skandinaviske språka, men også frå dei fleste andre språk.

Når det gjeld akkurat elveblest finst same uttrykk på svensk, älvbålåst. På islandsk finst alfabruni, som også tyder utslett. I same gate er trollskot, älvsot og hekseskot, brukt om ulike, brått insettjande sjukdomar som hjerneslag eller plutselig ryggverk. Tussbitt (byll eller betent sår) og draug- eller dvergslag (ein storfesjukdom) er andre gamle sjukdomsnamn med same opphav.

På latin heiter elveblest urticaria, frå det latinske namnet på nesle, urtica. Elveblesten ser jo ut akkurat som om ein hadde brent seg på ei nesle. Det vanlege svenske ordet for elveblest er nässelutslag. Neslens latinske namn er kjent frå romartiden (Catullus, d. 54 f. Kr.), og kjem frå det latinske verbet urere, å brenna. Vi har i Norge to arter: Stornesle (sv. brännässa) Urtica dioica, og smånesle (sv. etternässa) U. urens (urens tyder såleis brennande). Vårt ord for nesle (eldre ord nettle, fornvensk nætla, engelsk nettle) kjem faktisk frå at neslen har vorte mykje brukt til å lage stoff av. Enno finst uttrykket nettelduk som ord for eit tynt fint stoff som før vart laga av neslens fibrer. Ein meinar at opphavet er det germanske ordet nati som tydde å knyte (nett). Den indoeuropeiske rota skulle då vere ned- som også gitt opphav til ord som nodus (knutepunkt) og nectere (å knyte, binde), som i sin tur gitt liv å ord som anneks, anektere og connection.

Nesleliknande utslett kan ein jo også få når ein vert brend av ein manet, eit ord som sikkert kjem frå ei samansetjing av mar- og nettle, det vil seie hav-nesle. Mar- er eit anna eldgammalt ord, med tydinga hav, vatn. Eit ord som ein faktiskt finn stort sett i alle indoeuropeiske språk. (Til dømes tysk Meer, fransk mer, italiensk mare m.v.) Andre ord på norsk med dette prefiks er marstein, marulk, marsvin (som jo opphavleg tydde nise, ein delfinart). Innlantede slike ord er til dømes marin, marina, marine og maritim.

Helsing Peter Wetterberg,

f. 1958 i Lund, Sverige

Spesialist i Geriatri

Kommunelege i Herøy kommune,

Møre og Romsdal sidan 1996

Adresse: Peter Wetterberg,

N-6094 Leinøy, Norway

peterdoc@online.no

ICQ: 7026804

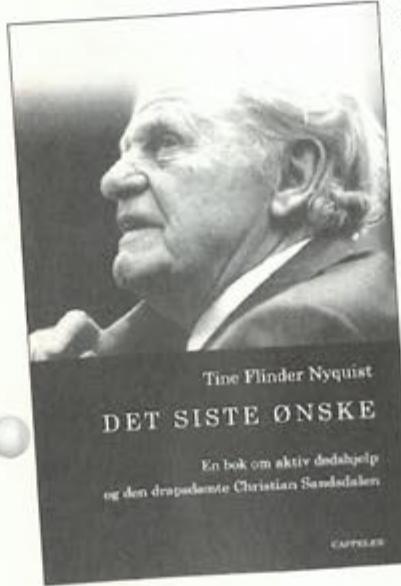
Get your own ICQ at: <http://www.mirabilis.com>



Panegyrisk levnedsbeskrivelse og tidvis interessante samtaler

Tine Flinder Nyquist: «Det siste ønske»
En bok om aktiv dødshjelp og den drapsdømte
Christian Sandsdalen, Cappelen 1998.

Anmeldt av Inger Marie Lid



Hvilken smerte oppleves som meningsfull av den som føler smerten; hvilken lidelse oppleves meningsfull av den lidende? Disse spørsmålene kan virke som en inngang til boken om Christian Sandsdalen og euthanasi, «Det siste ønsket», skrevet av frilans-journalisten Tine Flinder Nyquist. Vi kan også ta med et sitat fra psykiaten Finn Skårderud. I en samtale med bladet «Psykisk helse» slår han fast at det er tre ting som

kan gjøre oss til bedre mennesker. En av dem er å oppleve meningsbærende kriser. Jeg tenker at det blir nødvendig å spørre: Når er en krise meningsbærende; eller: Hva gjør en krise til en meningsbærende krise?

Denne boken tilhører den type bøker som skrives for å oppnå noe. Forfatteren og hovedpersonen ønsker å oppnå at aktiv dødshjelp skal bli tillatt i Norge, dvs. at loven endres slik at den (fortrinnvis en lege) som hjelper et annet menneske til å dø, ikke blir dømt for drap. Boken er dermed et subjektivt bidrag til debatten for eller mot aktiv dødshjelp. Metoden forfatteren har valgt, er den narrative etikks metode. Hun forteller oss historien om et og flere liv, først historien

om Christian Sandsdalen, deretter (og nærmest som en del av denne) historien om den MS-syke Bodil Bjerkmanns liv. Senere kommer historien om flere andre liv og historier parallelle med den første Sandsdalen/Bjerkmann-historien. Disse historiene er likesom den første fortalt av den som har tatt liv, slik må det være fordi det jo er denne som fortsatt er i live. Ved hjelp av Fortellingen, Fortellingen om et liv, en smerte, et ønske håper Nyquist å bidra til at vanlige folks oppfatning om euthanasi skal endres slik at et flertall blir for aktiv dødshjelp og et mindretall mot. Vi som leser skal forstå hvor følt det er å leve når en ikke ønsker det ved å se hvor vanskelig alvorlig syke mennesker har det. Dette er forskjellig fra annen type litteratur som har lidelsen som tema. Ofte er det slik når lidelsen tematiseres at forfatteren ønsker å bevege leseren i retning identifikasjon med den lidende slik at ønsket om å trøste og lindre aktiviseres. Men i «Det siste ønske» skal enigheten i en lovendring aktiviseres hos leseren.

Problemet med «Det siste ønsket» er ikke at den er et subjektiv bidrag i en debatt, men at den ikke rommer refleksjon, det blir en subjektivitet uten kritisk refleksjon, og dermed blir den påståelig i stedet for spørrende og undersøkende. Enkelte avgjørende momenter dveles aldri ved, og begrunnes heller ikke. Det kan godt være at man utfra et liv og/eller en fortelling om et liv kan komme frem til en mening om dette eller hint, men det bør ikke være bare utfra livet/fortellingen. Man trenger en kritisk refleksjon over dette liv (hvis det er ens eget eller en av sine nærmestes) eller denne fortellingen. Ting er ofte ikke entydige, og en fortelling som fortelles for å oppnå noe står i fare for å bli tendensiøs. Brokker og enkelthendelser kan fortelles på flere forskjellige måter uten at den ene nødvendigvis er mer «riklig» enn den andre. I tillegg tror jeg også det kan være nyttig å trekke inn andre faktorer i ens vurdering av et etisk problem, så som spørsmålet om universalisering og hvordan det hemmer eller fremmer det som for oss er det gode liv.

Når jeg ikke liker Nyquist's bok om aktiv dødshjelp, er det fordi den ikke fremmer den kritiske refleksjon over et etisk problem. Tvert i mot blir den gang på gang tendensiøs. Helteskrivelsen av den pensjonerte legen Sandsdalen er panegyrisk inntil det komiske, fortellingen om den andre hovedpersonen, Bodil Bjerkmann, rommer så lite kritisk refleksjon at det er egnet som et skremme-eksempel for alle kommende skribenter. Det hender ikke at forfatteren stiller seg kritisk til Sandsdalens valg og handlinger. Hverken Sandsdalen eller Nyquist ser det f.eks. som et omsorgsproblem at Bjerkmann ikke får den hjelp fra kommunen som ville ha gitt henne et bedre liv.

BOK anmeldelser

Gråhårete barn

En bok for voksne med gamle foreldre.
Charlotte Strandgaard og Lis Vibeke Kristensen.
 Grøndahl Dreyer.
 1998.
 Pris: kr 248,-

Anmeldt av Jannike Reymert

Forfatterne ønsker å belyse en side ved livet vi gradvis erkjenner viktigheten av opp gjennom voksenlivet. Uten at så mange av oss reflekterer over det fortsetter vi å være våre foreldres barn lenge, gjerne til vi er både 40 og 50. Men så snus rollene plutselig oppned. Å bli sine foreldres «foreldre» når alderdommen og seniliteten har herjet med dem er langt vanskeligere for mange enn de hadde trodd, kanskje nettopp fordi vi ikke helt er ferdige med å være deres barn, iallefall på det psykologiske plan?

Boka gir oss muligheten til å undres over livets gang. Det å bli gammel kjennes nok ikke slik vi har forestilt oss. Forfatterne hevder at generasjonene egentlig ikke kjenner hverandre så godt, på sine gamle dager kan mor og far vise nye sider vi ikke ante noe om og som vi kanskje også skulle ønske vi slapp å vite noe om. Det klassiske her er når far på nærmere 80 forelsker og oppfører seg så altfor likt sør-

nen i huset som kanpt har fyllt 18.

Bokas budskap blir fremstilt i form av 21 brev gråhårete barn har skrevet om sitt forhold til gamle, syke og døende foreldre. Forfatterne peker på at brevskrivingen har en «terapeutisk» funksjon, idet tanken klarner mens man skriver og man kan plutselig se klart det som tidligere har vært en diffus følelse. Brevskriverne har svært ulik bakgrunn og evne til å uttrykke seg, til tider blir vi presentert tanker og meninger som etter mitt syn blir for ureflektere og banale. Redaktørene kunne med fordel ha sensurert noe av det som skrives for å holde nivået på boka oppe.

Boka gir oss allikevel et verdifullt bidrag til ettertanke. Mange av oss som ser slike problemer i vårt arbeide, er nok allikevel ikke bedre forberedt enn folk flest når vi selv står

opp i det. Boka gjør det også lettere for oss å forstå hvorfor pårørende til eldre pasienter til tider kan framvise en merkelig adferd i saker som vedrører deres gamle foreldre. Det er slående hvor mange av bidragsyterne som trekker fram opplevelser fra barndommen som dukker opp og preger forholdet når foreldrene blir gamle og trenger omsorg. Søksensjalusi, uoppkjorte problemer, aggresjon og følelsen av at man aldri var helt akseptert kan plutselig få stor betydning. Vonde følelser man trodde var gjemt og glemt kan nå i denne slitsomme livsfasen gjøre forholdene enda mer komplekse og vanskelige. Hvis kommunikasjon om følelser har vært mangelfull tidligere og man derfor har valgt å ha en overflatisk kontakt, kan denne tida for

mange fortone seg som nærmest uutholdelig. Konklusjonen i boka blir vel derfor at man med fordel kan forberede seg og bruke tid og krefter på å ordne opp i den grad det lar seg gjøre før våre foreldre blir våre «barn».



VIDEREUTDANNING I FOLKEHELSEVITENSKAP (FH)



Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisin tar opp studenter til ett-årig eller ett-semesters videreutdanning i folkehelsevitenskap. Tilbudene er opprettet med økonomisk støtte fra Den norske lægeforening. Første semester inkl. bestått eksamen godkjennes som obligatorisk teoridel til spesialiteten i samfunnsmedisin (Kurs i kommunalt helsearbeid for leger). I tillegg er høstsemesteret godkjent med 175 kurstimer for spesialiteten i allmennmedisin. MPH-grad gir ekstra meritt ved søknad på stilling (konf. Legeforeningens årbok).

Legeforeningen yter etter fastsatte retningslinjer stipend til dekning av boutgifter, reiser, litteratur samt lønnstap (for leger som ikke får permisjon med lønn i 2. semester). Kommunenes sentralforbund har anbefalt at det legges til rette for at leger får ta samfunnsmedisinsk utdanning. De som får problemer med å få permisjon fra sin arbeidsgiver, kan ta kontakt med Legeforeningens forhandlingsavdeling. Studiet gir normalt rett til studielån i Statens lånekasse for utdanning.

Ett-årig videreutdanning i folkehelsevitenskap

FH-studiet er et tverrfaglig heltidsstudium som kvalifiserer helsepersonell for ledende stillinger i helsevesenet både i kommune, fylke eller stat. Det er også velegnet for helsepersonell som vil gå inn i forskning. Studiet tilsvarer utdanning til Master of Public Health. Målgruppen er leger, sykepleiere, helsesøstre, tannleger, fysioterapeuter, farmasøyter, psykologer etc. Søkerne må ha helse-/sosialfaglig utdanning og dokumentert cand.mag., min. 2 års yrkeserfaring fra helsevesenet samt kunnskap om medisinsk terminologi. Mye av pensumslitteraturen er på engelsk. Etter gjennomført studium og godkjent spesialoppgave får studentene graden Kandidat i folkehelsevitenskap.

Folkehelsevitenskap er kunnskap om og metoder for å forebygge sykdom og fremme helse ved organisert samfunnmessig arbeid. Folke-

helsevitenskap dekker et noe videre emneområde enn det som omfattes av samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet. Undervisningen i epidemiologiske metoder er derfor gitt et større omfang enn de andre emnene. Studiet er metodeorientert og holder et høyt internasjonalt metodennivå, og målsettingen er å gi studentene et «verktøy» framfor ren kunnskapslæring.

Høstsemesteret går over 17 uker og omfatter følgende emner: EDB, statistikk og programpakken Epi-Info, Epidemiologi og medisinsk statistikk, Forebyggende helsearbeid, Organisasjon og ledelse, Klinisk epidemiologi, Helseøkonomi og Miljørettet helsevern. Epidemiologibolken og klinisk epidemiologi er godkjent som forskerkurs for stipendiater og doktorgradstudenter, og disse samkjøres med FH-studentene. Deler av undervisningen er også godkjent som Legeforeningskurs.

Vårsemesteret går over ca. 10 uker fordelt to perioder, hvor emnene videreføres men hovedvekten er lagt på oppgaveskriving under veiling.

Studiet er integrert i Institutt for samfunnsmedisins lokaler med nærhet til forskningsmiljø, forelesere og veiledere. Studentene har egne undervisnings- og PC-rom, og disponerer i hele studietiden egen PC med oppdatert programvare, tilgang til Internett og e-postadresse.

Søknadsfrist: 20. februar 1999 på universitetets søkeradsskjema

Nærmore opplysninger: FH-utdanningen, Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø. Internettadresse: <http://www.ism.uit.no/fh.html> Tlf. 77 64 48 16 eller 48 24, telefaks 77 64 48 31, e-post: FHstudiet@ism.uit.no

**Søknadsskjema fås også hos
Studieavdelingen,
Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø,
tlf. 77 64 49 60**



Nyhet! Nå også i 28 forpakning

Synfase®

noretisteron/etinylostradiol
-lik men allikevel ulik.

Antikonseptjonsmiddelet

TABLETTER: Hver 1/2 tabletten inneholder: Noretisteron 0,5 mg, etinylostradiol 35 µg, lactose, hjelpestoffer. Fargestoff: Indigokarmin (E132). Hver 1/2 tabletten inneholder: Noretisteron 1 mg, etinylostradiol 35 µg, lactose, hjelpestoffer. Hver 2/3 tabletten inneholder: Lactose, hjelpe-stoffer. En pakning inneholder 12 blå tabletter og 9 hvite tabletter. Pakninger med 28 tabletter inneholder dessuten 7 orange tabletter. I løpet av 1998 er fargen på tabletene endret. De tabletter som var hvite er nå blå og de tabletter som var gule er nå hvite.

Egenskaper: Klaustrofin: Trafask estrogen-progestogen-kombinasjon (kombinasjonspill) med økt progestogeninnhold i midtcyclus svarende til den postovulatoriske progestogendominante fasen i normalcyclus. De siste 5 dager er progestogendoseringen redusert til ungangs-doseringen. Østrogendosisen holdes konstant gjennom hele behandlingsperioden. Den totale steroidbehandlinga per cyclus blir dermed lav, samtidig som sikkerheten opprettholdes og cykluskontrollen er god. Noretisteron har gestagen effekt og etinylostradiol har estrogen effekt. Kombinasjons-pillet er det sikreste antikonseptjonsmiddelet tilgjengelig dag. I internasjonale statistikkene og fra WHO er det oppgitt at ved bruk av kombinasjonspillene må man regne med fra 0,12 til 0,34 svangerskap-dersom 100 kvinner bruker kombinasjonspillene i 1 år. Virkungsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjonen. Densitet påvirker cervix-sekretet slik at spermienes passasjene avskjælegges og endometriose påvirkes med redusert mulighet for nidaison. *Avergijsos:* Hurtig absorpsjon med maks. serumkoncentrasjon før middag. *Hurtig:* Hurtig absorpsjon med maks. serumkoncentrasjon før begge hormoner innen 2 timer etter innslag. *Hulveringoid:* Noretisteron: Ca. 19-72 timer (varierer i ulike studier), etinylostradiol: Ca. 26 timer.

Metabolisme: Begge hormoner metaboliseres i leveren. **Unskilje:** Metabolitene unskilles via urin og fæces.

Indikasjoner: Antikonseptjon.

Kontraindikasjoner: Verksemt eller mistenkt cancer mammae og østrogenavhengige tumorer inkl. endometriose/hyperplasi eller slike i anamnesen. Kardiovaskulære eller cerebrovaskulære lidelser som tromboflebitis eller tromboemboli i akutt stadium eller i anamnesen. Uspeget families disposisjon for kardiovasku-

lære sykdommer eller trombose. Leverfunktions-fortyrelser, ikterus, Dubin-Johnsons syndrom, Rotor-syndrom, graviditetsikterus i anamnesen (gjennomgått hepatit med normalisert leverfunksjon) er dog ikke kontraindikert.

Sigdiklantens, Postfy. Hypertension. Graviditet. Udiagnosert vaginalbladdning. Herpes gestationis i anamnesen. Hypoflipoproteinemi.

Bivirkninger: Tromboembolier (hjerte, hjerte, lung, dype vene) forekommer. Blodningsfortryrelser særlig initialt, vieskerretasjon, mastalg, kvalme, hodepine, migrene, hunnerforandringer, synafonyktretret, chloasma. Endring av vekti og libido. Hypertension kan oppstå. Opptrer tegn på ikterus ikke nadvindigvis relateret til preparatet, skal medisinasjonen straks avbrytes. Tilfeller av leverforandringer (ademos, fokal nodular hyperplasi) er beskrevet. Forandringerne kan ytre seg som akutte bukmerter eller tegn på intraabdominal blodning, og behandlingen bør da straks stoppes.

Forskriftsregler: For behandling institueres forstørre grundig underøksnelse inkl. mammæreundersøkelse, blodtrykkskontrolling samt en grundig familiatrenings. Kontrollen gjentas delig. Forsyrrelset i koagulasjonsystemet skal utelakkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre Dø har forekommert tromboemboliske sykdommer (hvit- og fremste hjerte-infarkt, slagfall). Cytologiske prøver skal tas etter screening-progr. grammat. Bruk av personale antikonseptjonsmidler øker risikoen for hjerte- og karsykdom. Risiko i kombinasjon med p-piller øker risikoen for blodprepp, hjerteinfarkt og hjerneslag. Dette gjelder særlig kvinner over 35 år. Disse kvinnene bør slutt å røke hvis de vil ta p-piller. Friske ikke-rokende kvinner uten økt risiko for hjerte/karsykdommer kan bruke p-piller opp mot overgangsalderen. Opptrer tegn på tromboemboli skal preparatet umiddelbart stoppes, og pasienten undersøkes nøye. Likeledes stoppes ved tegn på ikterus. Hvis mulig, stoppes minst 4 uker før kirurgiske inngrep, som kan tenkes å medføre økt tromboembosiko. Kan nedsett glukoseterolansens og diabetikere bør stå under streng legeskjønn. Det samme gjelder pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyre-sykdom, epilepsi eller migræne. Unge kvinner med ikke-stabiliserte cykler, samt kvinner med oligomenorø eller sekundær anovulans bør helst anvende annen form for preventjon. Ved markant blod-

trykksigning bør preparatet stoppes. Ved uteblitt bortfallsblodning skal graviditettest utføres. Effekten kan reduseres ved oppkast og diarré. I slike tilfeller bør ikkehormonelle antikonseptjonsmidler anvendes i tillegg.

Har 36 timer eller mer gått siden sist tabletten ble tatt, bør annen preventjon anvendes i tillegg i 14 dager.

Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morseligg. Både østrogener og gestagener er plikt i morseligg. Bør ikke brukes under amning.

Interaksjoner: (E122e sterolter, 122e antikonseptjonsmidler, perorale (p-piller), 122e noretisteron)

Dosering: 1 tablet daglig.

21 tabletters brett: Medikasjonen begynner på menstruasjonsbleddningens 1. dag og fortsetter med en tabletten hver dag i 21 dager. Etter 7 tabletterne dager startes så en ny serie på 21 tabletter. I løpet av den tablettefrie pausen på 7 dager inntar en menstruasjonslignende blodding (bortfallsblodning). Tabletteninntaket fra neste brett startet etter 7 dagerpausen, på samme ukedag som man startet det første brettet på. Tabellene bør tas på ømmt samme tid hver dag. Med dette doseringssregime oppnås full beskyttelse fra første tablet.

28 tabletters brett: Medikasjonen begynner på menstruasjonsbleddningens 1. dag og fortsetter med en tabletten hver dag i 28 dager. I løpet av de 7 dagene med plas-cobatosletter (orange) inntarfører en menstruasjonslignende blodding (bortfallsblodning). Neste brett påbegynnes uten pause mellom brettene.

Behandlingen fortsetter dermed kontinuerlig, også under den menstruasjons-lignende blodding (bortfallsblodning) som vanligvis intrerfører når man tar de siste tabletterne på brettet. Tabellene bør tas på ømmt samme tid hver dag. Med dette doseringssregime oppnås full beskyttelse fra første tablet.

Ressesegruppe: C

Pakninger og priser pr. 01.06.98: Datopakn.: 3 x 21 stk. pris 96,80
6 x 21 stk. pris 158,10
3 x 28 stk. pris 96,80
6 x 28 stk. pris 158,20

 **Synarelta®**
nafarelin

 **Synfase®**
noretisteron/etinylostradiol

 **Conludag®**
noretisteron

SEARLE
SCANDINAVIA
Division of Monsanto Norge A/S

Norsk selskap for allmennmedisin – korttidsstillinger ved kreftavdelingene

Den norske kreftforening har for 1999 bevilget lønnsmidler til 6 stillinger à 3 måneder for allmennpraktiserende leger ved Det norske radiumhospital samt de onkologiske avdelinger ved Ullevål sykehus, Haukeland sykehus, Regionssykehuset i Trondheim og Regionssykehuset i Tromsø.

Hensikten med tjenesten er å gi den allmennpraktiserende lege innsikt i onkologisk virksomhet og å bedre samarbeidet mellom allmennpraktiker og sykehuset innen dette feltet.

Tjenesten er delvis strukturert og det er utarbeidet egen målbeskrivelse. Stillingen er lønnet i ltr. 47.

Tjenesten teller som sykehustjeneste for etterutdannelse i spesialiteten allmennmedisin.

Tjenesten kan utføres når som helst i løpet av kalenderåret etter nærmere avtale med den enkelte avdeling.

Ved tildeling vil det bli lagt vekt på motivasjon og klininsk behov for tjenesten. Søkere vil primært fordeles på sine respektive regionale onkologiske avdelinger.

Nærmere opplysninger fås ved de respektive avdelingsoverleger.

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

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

LØVETANNPRISEN- 1998



Norsk selskap for allmennmedisin skal på årsmøtet på Primærmedisinske Uke onsdag 28. oktober dele ut Løvetannprisen for 13. gang. Prisen består av et litografi av Barbra Vogler og 1000 kroner. Den skal deles ut til en allmennpraktiker som på en eller annen måte har gjort en innsats for allmennmedisin. Innsatsen kan være på sentralt eller på lokalplan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk.

Det er du som nå har ansvaret for at styret i NSAM får kjennskap til kandidatene. Nøl ikke - gi en begrunnet anmeldelse av en kollega i dag!

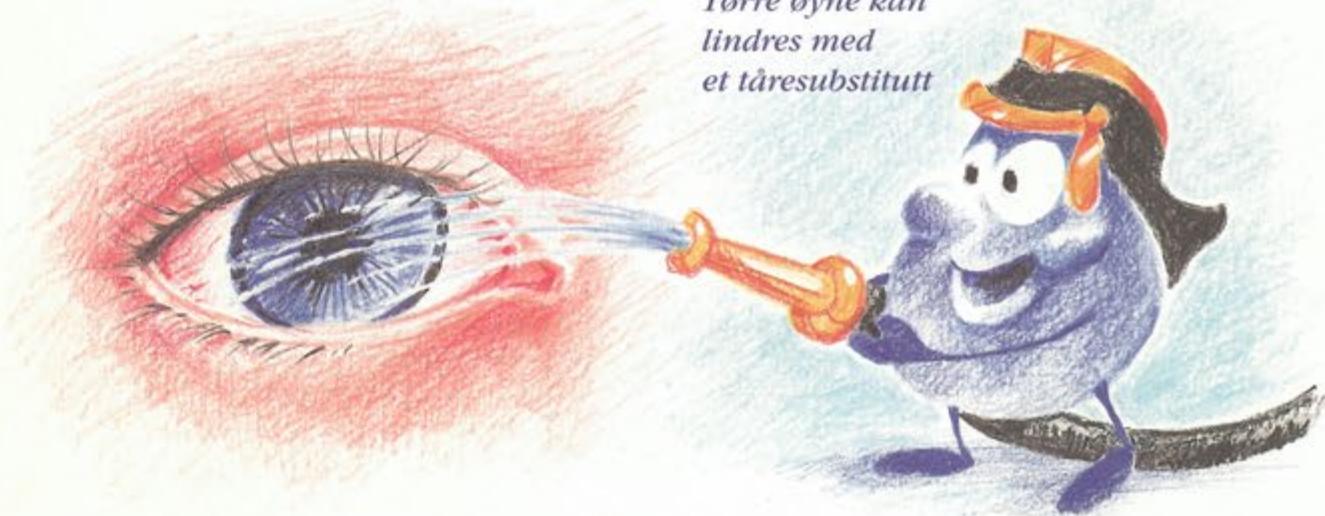
**Fristen på gode kandidater sendes innen 15. oktober til:
NSAM , Institutt for allmennmedisin,
Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo.**

TØRRE ØYNE

Mer utbredt enn mange er klar over

Pasienter kan ha følelsen av svie, iritasjon, slørsyn, eller tretthet i øynene uten at objektive funn er klare. Plagene kan skyldes tørre øyne på grunn av nedsatt tåreproduksjon og/eller gal sammensetning av tårevæsen. Årsakene kan være mange. Det kan skyldes inneklima, medikamenter, sykdommer, alder, kontaktlinsebruk, langvarig computerarbeid med mере.

*Tørre øyne kan
lindres med
et tåresubstitutt*



Oculac® et nytt tåresubstitutt

- Effektiv behandling av tørre øyne
- Inneholder Povidon - et mucomimetikum med egenskaper nær mucin - øyets smøremiddel
- Inneholder viktige elektrolytter - Ca²⁺, K⁺, Na⁺, Mg²⁺ og Cl⁻
- Konserveringsmiddelfrie engangspipetter (20 x 0,4ml) eller i konservert form i 10ml plastflaske
- Selges reseptfritt på apotek
- Kan benyttes av kontaktlinsebrukere (engangspipetter)

Oculac® "CIBA Vision". Kunstig tårevæske.

ØYEDRÅPER 50 mg/ml: 1 ml innh.: Povidon 50 mg, borsyre, natriumklorid, natriumlaktat, kaliumklorid, kalsiumkloriddihydrat, magnesiumkloridheksahydrat, benzalkonol 50 mikrog, natriumhydroksid, sterilt vann. pH ca. 7,4. Engangspipetter uten konserveringsmiddel.

Egenskaper: Klassifisering: Tåresubstitutt. Virkningsmekanisme: Povidon virker fuktende og beskyttende på øyets hornhinne og bindehinne. Indikasjoner: Symptomatisk behandling av tørre øyne. Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for innholdsstoffene. Blirikninger:

Mindre hyppige: Syn: Lett forbigående svie eller klebrig følelse. Sjeldne (<1/1000): Syn: Irritasjon eller hypersensitivitetsreaksjon. Forsiktig-

hetsregler: Konserveringsmidlet benzalkonoloid kan misfarge myke kontaktlinser. Etter inndrypping bør det derfor gå ca. 30 minutter før kontaktlinserne settes på. Gravitet/Amming: Risiko ved bruk under gravitet og amming vurderes som liten, da systemisk absorasjon av povidon forventes å være minimal. Interaksjoner: Dersom pasienten står på annen lokal øyebehandling samtidig med Oculac skal det gå

minst 5 minutter mellom behandlingene. Oculac skal alltid dryppes sist. Dosering: 1 dråpe i hvert øye 4 ganger daglig eller ved behov.

Pakninger og priser: 10 ml*, 20 x 0,4 ml engangspipetter uten konserveringsmiddel.

ATC-nr.: S01X A20

**CIBA
Vision.**
A Novartis Company