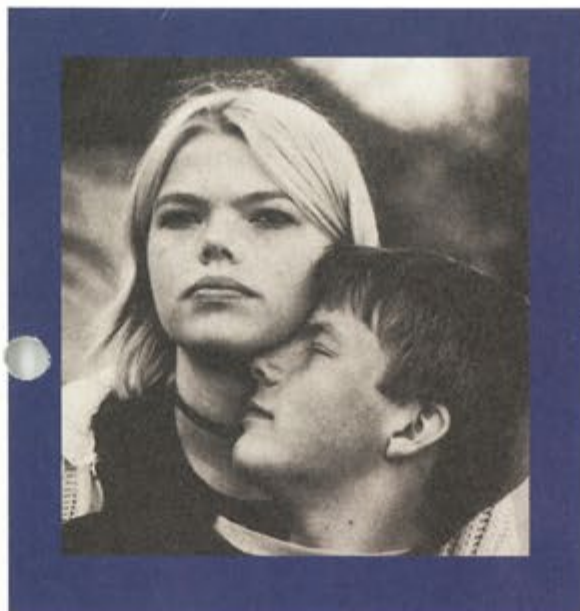




Innhold:

Leder: «Unger? Aldri i livet!» AV ELISABETH SWENSEN	s 1
Her, no. Livet er ein annan stad AV MARIT EIKEMO	s 2
Ungdom, samliv og seksualitet AV ULLA OLLENDORF	s 6
En allmennmedisinske karaffel AV ANNA STAVDAL	s 12
Sigurd Humerfelt (1914–2000) og akademisk allmennmedisin i Bergen 1972–1984 AV STEINAR HUNSKÅR OG KJELL HAUG	s 16
Nye tider. Nye spesialistregler fra 1.1.2003 AV KJELL NORDBY	s 19
Frå ein annan røyndom AV BJØRG HOLM	s 21
Interkommunalt samarbeid om legetjenesten – ikke bare om natten AV ANNE HELEN HANSEN	s 23
Pasientrollen – i et sosialantropologisk perspektiv AV ANNE KAREN BJELLAND	s 30
Testosteron – grunnleggende, oppskrytt, målbart og terapeutisk AV ESSEN BENESTAD	s 36
Å dra opp til Soria Moria for å lære seg å skrive AV INGER MARIE LID	s 38
Korleis ta vare på den faglege nyfikne? AV FRODE FORLAND	s 40
Faste spalter	s 42

utposten

Kontor:

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

Adresseliste redaktørene av
UTPOSTEN:

Torgeir Gilje Lid

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

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

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

Frode Forland

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

Erik J. Pedersen

Heskestadv. 13
4015 Stavanger
tlf: 51527560
fax: 51906901
E-mail: ejped@online.no

Tone Skjerven

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

Forsidefoto: Eirik Brekke, Bergens Tidende

Layout/ombrekning: Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:
PDC Tangen

«Unger? Aldri i livet! »

Jeg går regelmessig til frisør. (Det er dyrt, men nødvendig for å opprettholde en viss balanse mellom speilbilde og selvilde.) På den måten slipper jeg å kjøpe ukeblader. Jeg er svært glad i å lese ukeblader. Under en av mine frisørseanser kom jeg over en reportasje om ungdom og abort. Overskriften var «Mamma på prøve» eller noe sånt.

Ungdom interesserer meg. Jeg har tre tenåringsjenter i mitt eget hus, dessuten en ganske stor og mangslungen pasientgruppe under tyve. Mest jenter. Det handler mye om hormoner til hverdags og fest, hormoner og forventninger. Jeg liker ikke aborter, men har ikke noe prinsippielt abortstandpunkt (annet enn at jeg er prinsippielt mot abort-debatter). Å hjelpe kvinner som av ulike grunner ikke kan eller vil gjennomføre et svangerskap er en del av jobben. Sånn må det bli.

I reportasjen «Mamma på prøve» var det bilde av noen jenter, 9.-klassinger. De sto med hver sin baby i armene og smilte til fotografen. Litt flau, litt stolte. Ved nærmere studie av fotografiet kunne man se at babyene var av plast. En voksen dame som var prosjektleder – for dette var et prosjekt – fortalte at de prøvde ut en metode for å forebygge abort hentet fra USA. Jenter i passende alder (14–15 år) får ansvar for hver sin dukke, en surrogatbaby, 24 timer i døgnet over et visst tidsrom. Dukkene er programmert med de samme grunnleggende behovene som de dukkene Vårherre deler ut: mat, stell, trøst og oppmerksomhet. De melder fra ved å skrike vedvarende og høyt med jevne mellomrom og er i det hele tatt omtrent like sjarmerende som de ekle «datadyrene» (unnsfanget av det japanske gigantselskapet Nintendo) som terroriserte barnefamilier og deres omgivelser for et par år siden.

Jentene i bladet hadde lekt mamma i tre døgn og samvittighetsfullt ført logg over strabasene før de ble avbildet ved tilbakelevering av «barnet» til skolen. «Det var ganske gøy i begynnelsen, men så ble det helt grusomt» sier Lena (15). «Jeg hadde aldri trodd at det skulle være så slitsomt» stemmer Christine (15) i. En-null til prosjektet.

Dette er ingen lek. Det er bokstavelig talt dødsens alvor på høyt nivå. Det handler om reproduksjon og yngelpleie, artens overlevelse. Gjennom klassisk atferdsterapi – eller avskyterapi – skal unge kvinner i det rike Norge læres at unger er noe dritt. I dette lille landet der man må importere arbeidskraft, førstegangsfødende blir stadig eldre og sæd kvaliteten går til helvete skal potensielle mammaer minnes på at ordet «mor» i alle fall ikke har noe med «moro» å gjøre. Hva er det man tror man forhindrer her? Uønskede svangerskap?

Prosjektet som ble presentert i ukebladet er en spissformulering av det offisielle statsautoriserte budskapet som hamres inn blant annet av helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Etter hvert er det blitt stue-rent og nærmest litt pikant for middelaldrende helseopplysere å reklamere for seksuelle aktiviteter («sex er jo gøy da dere», he he). Men etter den søte kløe kommer den sure svie: HIV, chlamydia – og barn!

Da min datter gikk i 6. klasse – tolv år gammel – skrev hun en stil som het «Meg selv om ti år». Tolv pluss ti er toogtyve. «Eg bur i London og går på journalistiskule. Det er moro, men eg har det veldig travelt. Eg bur her aleine med sonen min. Han er ein veldig god gutt på to år. Me har det moro saman.» Og så videre.

Tenk om vi – helsearkitektene, de gode hjelperne – heller hadde laget en kampanje for å stimulere ungdom til å ta de lykkelige konsekvensene av sine seksuelle aktiviteter. Få barn tidlig! Få mange barn!

Eliabeth Swensen



Her, no

Marit Eikemo er frilansjournalist. I 1999 ga Det norske Samlaget ut boka «Her, no» som inneholdt Marit Eikemo sine skildringar av 19 møte med ungdommar, dei fleste frå Vestlandet. Boka er illustrert med svart-kvitt fotografi tekne av fotografane Eirik Brekke og Oddleiv Apneseth. «Her, no» er ei sjeldent god bok. Tekstene er sjølvsikre, sjølvkritiske, skjelvande, stolte og såre – og heile tida på ungdommane sine eigne premiss. Fotografia er unike. Dei kjem så nær, så nær, men blir aldri utleverande. Boka er og veldig morosam utan å bli moteprega ironisk. Eg har testa henne ut på mine eigne (kritiske) tenåringer, og dei er samde med mor si for ein gongs skuld.

Eg las eit intervju med Marit Eikemo i samband med utgjevinga av boka. Ho sa noko slikt som at «ungdom blir ofte sett inn i eit trendbilet som dei knapt kjenner seg att i». Det ho har greid gjennom sine skildringar av vanleg norsk ungdom er å syne kor forskjellige dei (sjølv sagt!) er. Me møter industriarbeidaren Jonny som ser optimistisk på 40 arbeidsår på samme bedrift, lengtande ungjenter som drøymmer om finare gitar og betre diskotek enn i heimbygda, byguten Kim som teikner, røykjer hasj og er prinsippielt opptatt av å prøve ut grenser.

Utposten vil takke Marit Eikemo og Eirik Brekke (som har teke fotografia som me har nytta her) for at me får trykke eit utdrag frå «Her, no». Me vil og takke Det norske Samlaget for ubyråkratisk velvilje. Til gjengjeld vil me oppmode alle som kjem i kontakt med unge menneske i arbeidet sitt eller som er opptekne av korleis ungdom har det eller som rett og slett likar gode tekster og fine bilete: Kjøp boka (og gje henne i gåve til neste konfirmant i familien...)

Elisabeth Swensen

Livet er

Den største aktiviteten i Ålvik er tungtrafikken som dundrar forbi. Bilar på veg til ein annan stad enn Ålvik. Like før sentrum står eit skilt som viser kilometeravstanden til Oslo, Kvanndal og Granvin. Kjør berre vidare, seier skiltet. Men dersom ein likevel stoppar ein sein ettermiddag, blir ein møtt av den einaste gjesten på den einaste kafeen. Han ser på deg og spør: «Kven er du?»

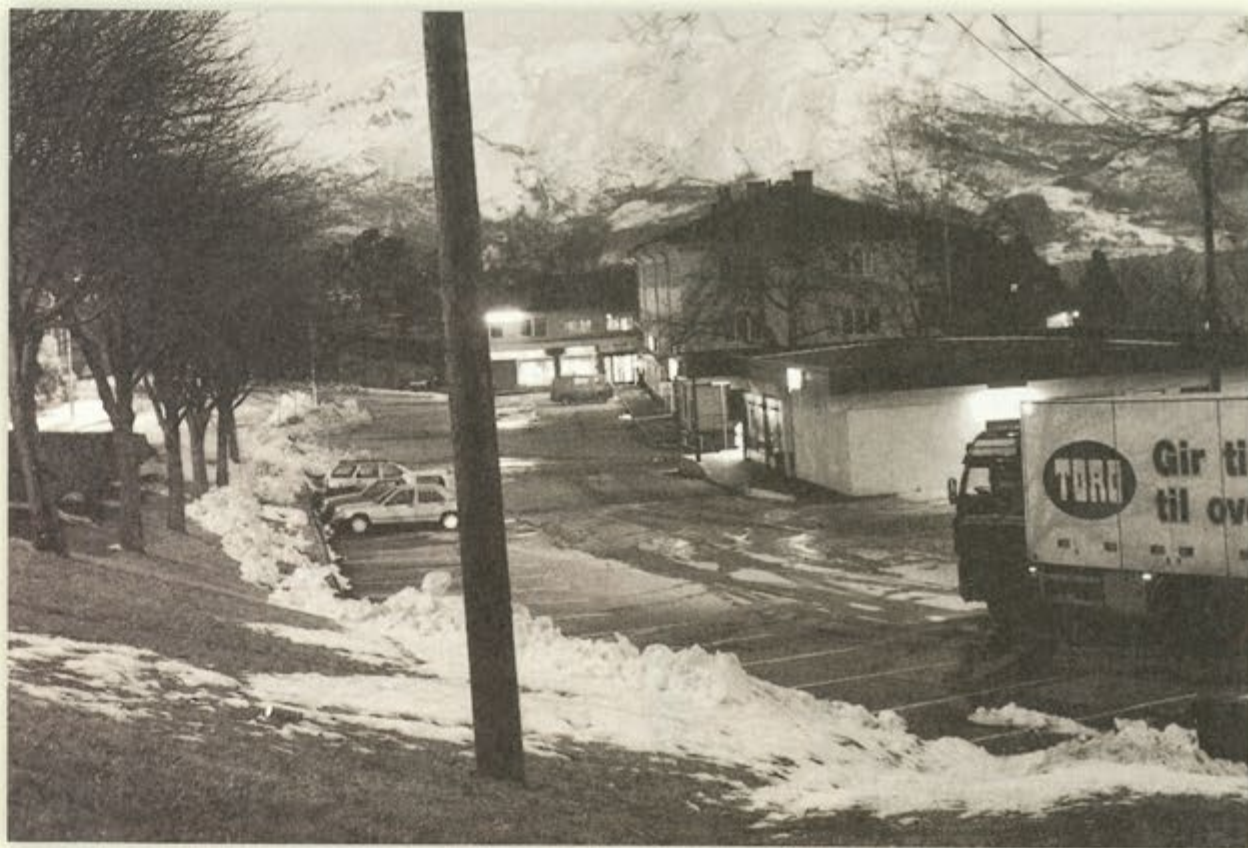
Det er ingen som ventar at nokon skal stoppe i Ålvik. Berre dei som er fødte her må opphalde seg på staden frå ei tid til ei anna. Frå barndom til vaksen. Til dei er gamle nok til å velje sjølv.

– Når eg blir vaksen, vil eg bu på Voss eller i Stavanger. Kanskje Bergen, eller kanskje Oslo... Nei forresten, ikkje Oslo, der ville eg følt meg som ein bondeknøl, seier Kari Helen. Ho tar seg i det og blir brydd.

Det er ikkje så verst her heller, i følgje femtenåringane. På skulen er det ingen som blir mobba, det er trygt og godt, seier dei. Det er trygt og godt. Og kaldt. Dei sit og hakkar tenner på ein benk i eit skur, klynger seg saman og knepper jakkene tett rundt seg. Om nokre år skal dei gjere noko anna. I mellomtida sit dei på denne benken i dette skuret og ventar på at tida skal gå. Dei ventar på betre tider. Dei ventar på sommaren då det ikkje lenger er



ein annan stad



så kaldt, dei ventar på den dagen dei skal få seg ein kjæraste – og på den dagen dei skal reise frå fucking Ålvik. Men kva med no? Kva med denne tida som er no?

– Skal de vere med oss på u-klubben? spør Åshild. Anna-kvar fredag er det ungdomsklubb i Ålvik. Alle skal dit. Åshild òg, men ho er noko brydd:

– De vil ikkje tru at det er eit diskotek. Det er berre nokre lyspærer som heng der og blenker, seier ho.

I Øystese har dei skikkeleg diskotek. I Ålvik er det berre nokre lyspærer, og tre foreldre som sit vakt ved inngangen og slepper inn ungar heilt ned i tolvårsalderen.

– Kor kjekt er det å gå på diskotek med tolvåringar, seier Åshild.

– Eg skal snart flytte til Fykkesund. Der er det kjedelig, seier Sara.

Ålvik er bra, Fykkesund er drit. Det er alltid noko som er verre. Liksom det alltid er noko som er «in» og noko anna som er «ut».

– Skal du ikkje spele Cher-songen, «Believe»?

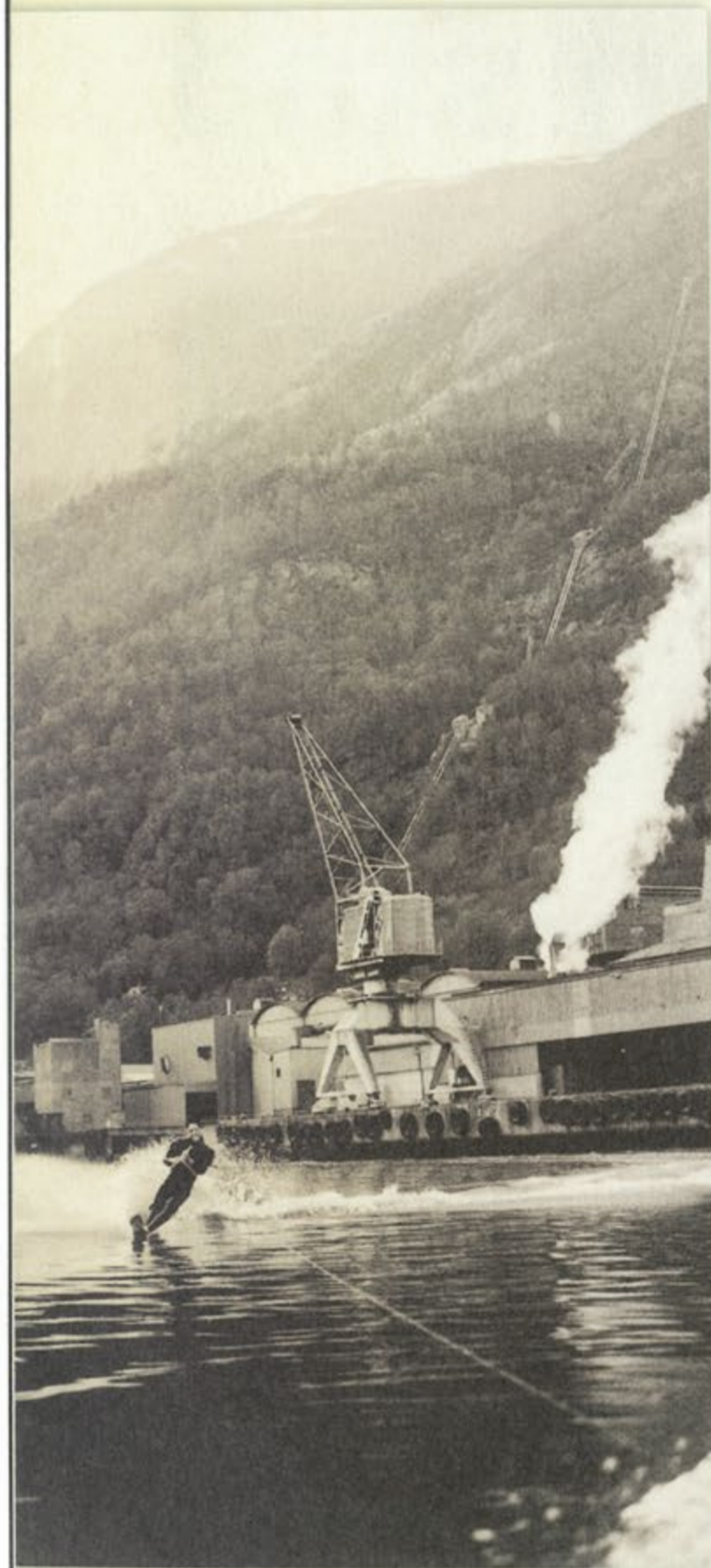
– Den er ut no, altfor gammal, seier DJ Cato bestemt. I staden spelar han temasongen til Ally McBeal, og får danse-golv til å koke: «I know something about love», syng dei og dansar seg sveitte i ei lang, lang rekke. Ein underleg dans. Er det Ålvik-dansen?

– Nei, det er reinlender.

Iselin og Anita og Åshild og dei går kvilelaust inn og ut. Dei dansar eit par dansar og så er det rett ut igjen. Når dei for ein gongs skuld får vere innomhus, går dei likevel ut. Dei set seg beint ned i snøen og ventar på noko ubestemmeleg, noko som plutsleg kan dukke opp og snu alt på hovudet.

– Det stod i lokalavisa at Ålvik er ein død plass, seier Iselin tørt.

– Det er ikkje sant, seier dei andre i protest. Det var Magnus som sa det, at Ålvik var ein død plass. Magnus, som flytta hit frå Os for halvanna år sidan med skateboard-interessene sine og bukser langt nede på knea. Magnus som bur på Flåten, langt frå alle dei andre. Altfor langt unna til at nokon besøker han. Sjølv er han sjeldan i Ålvik om kveldane. Det



går ikkje buss, og han er for ung til å køyre moped. Han reiser heller til Odda eller Os enn å gå på u-klubb i Ålvik. Skulekameratane har vore litt sure på han for oppslaget i lokalavisa, men Magnus held på sitt. Han har trass alt sett noko som er større. Han har budd i Os.

– *Kva er det som er så gale med Ålvik?*

– Kva faen trur du? seier Magnus.

Det er handarbeidstime på skulen og han sit over veven.

– Kor ville du elles budd?

– Veit da faen, vekk herifrå... Vil de vere med meg heim, forresten? Vi bur langt faen inni skogen heilt åleine i eit jævlig svært hus. Bli med meg heim og få ein kopp kaffi! Det er ei perle av ein plass, seier han entusiastisk og tøffare enn toget. Tøffe gutar vever ikkje. Denne meingslause aktiviteten som elevvar til alle tider må lære seg. Jarle og Daniel kan godt leve med litt veving dersom dei får spele knallhard techno i timen. Det er ikkje godt nok for Magnus.

– *Må vi veve då?* seier han oppgitt til lærarinna.

Irene Tveiten og Cato har tatt til å halde kvarandre i hendene i løpet av eit døgn. Det skjedde i går, det veit alle. Irene hadde hjulpet Cato å vaske mopeden hans som vanleg, då det plutsleg skjedde. Over den skinnande reine mopeden hadde dei kyssa kvarandre. Då var det gjort.

– Vi har venta på det lenge, seier dei andre.

– Har han sett rommet ditt, Irene?

– Nei, kviskrar Irene og ser ned. Den vesle handa hennar i hans, så rykane fersk er kjærleiken at han ikkje eingong har sett rommet hennar.

På eit anna rom er det andre gutar som blir diskutert. Heime hos Kari Helen – med Prodigy som vitne på vegg.

– Ho har utruleg spesiell musikksmak, forklarar Guro.

Det gjekk ikkje så bra med romansane deira frå nabobygda. Han som Guro likte, likte ikkje Guro og han som likte Kari Helen, var ikkje bra nok for Kari Helen.

– Eg trur alle gutane derifrå har hamna i tørketrommelen, så små er dei, seier Guro.

– Det er du som er høg, seier Kari Helen.

– Det kan vel ikkje eg noko for, seier Guro.

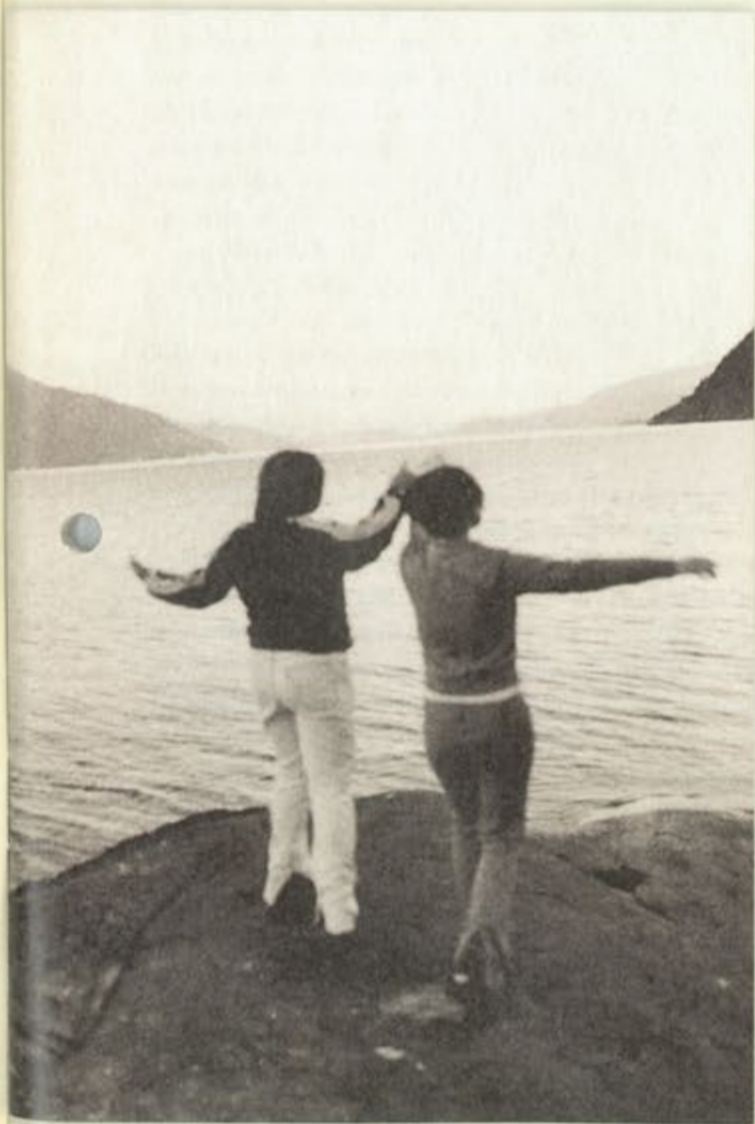
– *Er det ikkje så lett å finne nokon i Ålvik?*

– Hmm. Det er mange fine gutar her òg, altså, men alle får vite det dersom du er forelska i nokon. Eg var lenge forelska i ein gut, men då eg skreiv det i skuledagboka mi, fekk heile skulen pluteleg vite det, seier Guro.

– *Det blei aldri de to?*

– Nei, han likte ikkje meg.

Snart er det kveld. Ålvik sine 14-, 15- og 16-åringar skal trekke opp til skuret på skuleplassen og sette seg på benken der. Berre Magnus vil helst til Odda eller Os. Kanskje kor som helst, eigentleg. Berre det ikkje er fucking Ålvik.



– Magnus blir kjempeglad om de besøker han. Han får aldri besøk der ute, seier Kari Helen. Heime hos Magnus fortel han at han snart skal male rommet sitt i raudt, blått, grønt, gult og lilla.

– Får du lov til det?

– Ja, herregud, eg må tross alt bu i Ålvik.

Ein annan ting Magnus får lov til, er å male huset. Han har fått lov å male eit kjempestort yin-og-yang-merke på mønet, som vender mot fjorden. Det skulle berre mangle. Han må tros alt bu i Ålvik.

– Kva gjer du her om kveldane?

– Eg høgg ved.

Dei har fått internett, men han er ikkje interessert. Er det på nettet livet skal levast, kanskje? Kunne det i det minste bli sommar, så skulle han spent på seg vannskia og trossa kvar minste bølge i fjorden der, han skulle ha seira over kvart minste element på denne daue plassen, han skulle stått som ein konge med ei sky av havsprut etter seg og trossa den jævla fabrikk og dei høge fjella. Men det er lenge til sommaren kjem til Ålvik, det er lenge til alt.

– Eg har lyst å bli perledykkar i Karibien, seier Magnus. Utan å ta seg i det, utan å bli brydd. Det er ein stor draum å ha på ein liten plass.

– Ting funkar for så vidt no. Eg lever på luft og kjærleik, seier han plutsleg nøgd. Etter å ha vore forelska i same jente i over eit år, har det endeleg begynt å funke. Så gale er ikkje Ålvik, at det ikkje finst fine jenter her. Så bra er heller ikkje Ålvik, at det er verdt å sitte i skuret heile kvelden.

– Kan eg få reise til Os i helga? spør Magnus når mor hans kjem frå jobb.

– Nei.

– Kan eg ikkje få lov då?

– Nei.

Strategier i forebyggende helsearbeid – UNGDOM, SAMLIV

• AV ULLA OLLENDORFF, PROSJEKTLEDER
– HANDLINGSPLAN FOR FOREBYGGING AV
UØNSKEDE SVANGERSKAP OG ABORT

Ungdom er yndlingsmålgruppen fremfor noen for forebyggende helsearbeid. Og rasjonalen for det er ikke dum. På lang sikt kan det være stor helsegevinst ved å etablere en god livsstil tidlig i livet. Spørsmålet er imidlertid hva som skal til for å lykkes. Forebyggende innsats overfor ungdom gjøres med vekslende hell. Vi har ennå ikke fått dem til å la være å røyke og drikke, og vi har bare lyktes sånn passe med å få dem til bytte ut junk food med helsekost. Poenget er at ungdom gjennomskuer oss. Bak vår velmenende omtanke aner de en skjult agenda. Nemlig at det vi vil er å tre våre verdier og moralkodeks for hva som er helse og det gode liv nedover hodet på dem – uten å be om tillatelse og sjelden med respekt for deres egen moralkodeks og erfaringsverden. Forebyggende helsearbeid i forhold til ungdom bygger i liten grad på et dialogisk menneskesyn. Vi ser ikke at helse og det gode liv er sosiale og moralske konstruksjoner som skifter innhold i ulike kulturelle sammenheng – og at de derfor må være gjenstand for kontinuerlig fortolkning og dialog.¹

Skjulte agendaer i arbeidet med ungdom og seksualitet

Intet sted er vel mer innbydende for skjulte agendaer enn forebyggende arbeid på området ungdom og seksualitet. Historien vi bærer på tilsier at her ligger angst og moralisme tett under overflaten. Dette er lett å se når hovedoppslag i pressen er: «Helsetilsynet oppfordrer barn og ungdom til vill og uhemmet sex». Det gjør vi selvsagt ikke. Vanskeligere å ane og å komme til livs, når nødprevensjonen er gjemt bort på apoteket fordi «Det kan lett misbrukes og unge jenter kan la seg presse».

Samtidig er akkurat dette et felt der ungdom sjelden lar seg lure. Seksualiteten er en allmennmenneskelig erfaring vi

alle har tilgang til – uavhengig av alder, verdier og sosiale maktposisjoner. Det gjør også at dilemmaer og fallgruver i forebyggende arbeid kan bli ekstra tydelige. Å lykkes her krever tre ting: Du må kunne skjelle klart mellom hva som er god helsefaglig etikk og din egen personlige moral. Du må ta dine målgrupper på ubetinget alvor. Og du må ha klare strategier for arbeidet – sats stort på det som virker og skrot det som ikke fører frem.

Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort

Bekymring over et økende antall aborter blant ungdom og unge voksne, førte i begynnelsen av 1990 åra til en samlet politisk beslutning om ekstra innsats. Resultatet er tre påfølgende nasjonale handlingsplaner, som Helsetilsynet har hatt hovedansvar for å gjennomføre. Det gjør vi

med mange samarbeidspartnere – fagmiljøer med kompetanse på ungdom og seksualitet, skole- og ungdomshelsetjenesten i hele landet og ikke minst med ungdom selv. Målet er å få til en reduksjon i aborttallene blant ungdom og unge voksne – spesielt i områder av landet der abortraten er høy – og å skape gode forutsetninger for bevisste handlingsvalg i seksuelle situasjoner, slik at folk kan få mulighet til å velge når de vil ha barn.² Før vi går nærmere inn på strategiene for arbeidet, skal vi se på hva som er skjedd i ungdomsbefolkningen de siste 10 årene. Hvilke endringer kan vi spore og kan endringene vise om vi er på rett vei?

Noen foreløpige resultater

Noen overordnede indikatorer er bl.a. utviklingen i tenåringsabort og -graviditet, endring i unges kunnskaper om og bruk av prevensjon og endring i seksuell debutalder. En undersøkelse i 2000 som belyser utviklingen i aborttallene siden retten til selvbestemt abort ble lovfestet i 1979, viser at det har vært en jevn nedgang i abortraten utover 90 åra – spesielt blant hovedmålgruppene for handlingsplanene.³ Mens målet har vært en nedgang i abortraten på henholds-





OG SEKSUALITET

vis 5% og 8% i aldersgruppene 15–19 år og 20–24 år, er abortraten i begge aldersgrupper gått ned med noe over 15% på landsbasis fra 88/90 til 97/99. Den mest uttalte tilbakegang er skjedd i områder av landet med høye aborttall. I Oslo er for eksempel abortraten i aldersgruppen 15–19 år gått ned med 29% mens nedgangen i aldersgruppen 20–24 år er 35%. En landsomfattende oversikt over utviklingen i forekomsten av tenåringsgraviditeter viser tendenser i samme retning. Andelen tenåringsfødsler er halvert siden begynnelsen av 90-åra og tenåringsfødsler utgjør nå mindre enn 5% av alle førstegangs fødende.⁴

Vi har dessverre ingen sikre nye kunnskaper om ungdoms faktiske prevensjonsbruk. Omsetningen av prevensjonsmidler og endringer i ungdoms kunnskaper om prevensjon kan imidlertid gi en pekepinn om staa. En undersøkelse foretatt blant 5800 ungdommer i alder 15–25 år i 2000 viser en klar oppgang fra 1997 i kunnskap om de prevensjonsmetodene som gir best beskyttelse mot graviditet. I 2000 plasserte for eksempel 75% av ungdommene spiral blant de metodene som gir høy beskyttelse mot graviditet mot 13% i 1997. Tilsvarende tall for p-sprøyte er 38% i 2000 – en metode som ikke var kjent blant unge tre år tidligere. Undersøkelsen viser også at ungdom er godt kjent med nødprevensjon.⁵ De seneste tallene fra norsk medisinaldepot viser at det har vært en oppgang i salget av hormonelle prevensjonsmidler, p-piller og hormonspiral, og at omsetningen av nødprevensjon er økt med 100% i perioden 1996/1999.⁶ Tall fra helsestilbud med mange ungdomsklienter, som for eksempel Klinikk for seksuell opplysning i Oslo og Sosialmedisinsk senter i Tromsø, viser at konsultasjoner om p-sprøyte er doblet fra 1998 – en indikator på at også denne prevensjonsmetoden blir stadig mer brukt av målgruppene.^{7,8} Undersøkelser viser at alderen for samleiedebut har holdt seg relativt stabil siden begynnelsen av 70-tallet og har endret seg lite i løpet av 90-tallet. I 1991 var gjennomsnittsalderen for første samleie 17,3 år for jenter og 18 år for gutter.⁹ De tilsvarende tallene i 1998 var 17,6 år for jenter og 17,9 for gutter. 9,9% av jentene og 5,2% av guttene har sin samleiedebut før de er 16 år.¹⁰

Det er interessant å sammenholde disse tendensene med utviklingen i fødselstallene i 90-åra. Tall fra SSB viser en økning i det samlede fødselstall i slutten av perioden.¹¹ Samti-

dig er gjennomsnittsalderen på fødende og alder på førstegangs fødende steget. I Oslo var for eksempel gjennomsnittlig fødealder noe over 30 år i 1999.¹¹ Sett i sammenheng kan utviklingstrendene som er skissert her tyde på, at unge mennesker har fått økt kontroll over sine reproduktive liv – og at de benytter denne kontrollen til å velge graviditet på et mye senere tidspunkt enn for 10 år siden. Selvfølgelig kan utviklingen være et produkt av mange ulike faktorer og sammenhengen med den forebyggende innsats tilfeldig. En viktig faktor er at jenter har fått en generelt styrket samfunnsposisjon gjennom bedre arbeids- og utdanningsvilkår. Sosial posisjon er en sentral variabel i internasjonal forskning som brukes til å forklare hvordan sosial ulikhet fører til forskjeller i helse – også når det gjelder forekomst av tenåringsgraviditet og abort.^{12,13} På Island, der jenter gjennom lang tid har hatt en sterk samfunnsposisjon, er abortraten i de yngste aldersgruppene imidlertid steget kraftig de siste 10 årene. Utviklingen er nærmest motsatt den vi kan observere i Norge.³ Jenters styrkede posisjon ser derfor ikke ut til å være den viktigste faktor i å forklare det som er skjedd herhjemme. Undersøkelsene som er referert over, konkluderer med at nedgangen i tenåringssvangerskap og abort kan relateres til større åpenhet om seksualitet og vellykkete forebyggende tiltak.^{3,4} Handlingsplanen har vært gjenstand for en omfattende evaluering i 2000. I evalueringsrapporten trekkes samme konklusjon – spesielt med vekt på de endringene som er skjedd i landsdeler som er «målområder» for planen.¹⁴ Det kan altså være skjellig grunn til å anta at det forebyggende arbeid som gjøres på området har betydning for den utviklingen vi kan spore og at vi er på rett vei mot de målene som er satt.

Hva består strategiene i?

God sex er helsebringende. Det gjør oss gladere, sprekere og mindre utsatt for sykdom. Og det er det vi arbeider for å fremme. Det styrende prinsipp er å fremme seksuell autonomi – at du skal bli glad i og stolt av din kropp og din seksualitet. At det er du som eier og bestemmer over den. Og at du selv skal ta kontroll over din fertilitet og din seksuelle helse – det er du som bestemmer når du vil ha barn og hva slags prevensjon som passer best i din seksuelle livssituasjon. Stikkordet er å bli konge og dronning i sitt eget liv. Bak dette ligger de seksuelle rettighetene som den internasjonale organisasjonen International Planned Parenthood

Federation (IPPF) har utledet av FNs menneskerettighetserklæring:¹⁵

- Du har rett til et godt seksualliv
- Det er bare du som bestemmer over din egen kropp
- Du har rett til god informasjon og veiledning om seksualitet og prevensjon
- Du har rett til den prevensjon du føler deg mest vel og trygg med
- Du har rett til selvbestemt abort innen utgangen av 12. svangerskapsuke
- Du har rett til hjelp og behandling av seksuelle problemer
- Du har rett til gratis diagnose og behandling av seksuelt overførbare sykdommer

Norsk og internasjonal forskning viser at god seksualkunnskap og et positivt forhold til egen seksualitet er avgjørende for å utvikle en trygg seksuell identitet.^{16,17} Det er også avgjørende for å treffe selvstendige og bevisste valg i seksuelle situasjoner. En slik tilnærming ser ut til å føre både til bedre prevensjonsbruk og til større bevissthet om hvordan du skal unngå smitte med seksuelt overførbare sykdommer.¹⁸ Men minst like viktig er det å sørge for at de praktiske forutsetningene er tilstede for at ungdom kan ta kontroll over sin seksuelle helse. De må vite alt om prevensjon og den må være lett å få tak i. De viktigste overordnede strategier i arbeidet er:

- å skape stor åpenhet og dialog med ungdom om seksualitet med vekt på positive budskaper
- å sørge for at kommunikasjonen skjer på deres premisser, på arenaer de opplever som betydningsfulle og med personer de har tillit til
- å trene unge mennesker i handlingskompetanse i seksuelle situasjoner
- å få til god prevensjonsveiledning og lett tilgjengelighet til prevensjon
- å arbeide for at barn og unge får kunnskap om seksualitet så tidlig som mulig – at den er tilpasset deres kjønn og alder og gis med respekt for deres unike erfaringsverdener.

Strategiene nedfeller seg i mange og forskjelligartede tiltak – landsdekkende så vel som lokale. Det vil føre for langt å komme inn på alle disse her, men jeg skal gi noen få eksempler som kan illustrere prinsippene i arbeidet og belyse noen dilemmaer ungdom kommer opp i når de møter oss som helsearbeidere.

Kjønn og kommunikasjon

Kjønn er en sentral inngangsport til arbeidet med ungdom og seksualitet.^{19,20} Gutter og jenter har ulike erfaringsverdener, bruker ulike arenaer for helseopplysning og profiterer på ulike tiltak. Det er egentlig selvsagt – men lenge tok vi det for gitt at kjønn er uten betydning i formidling av helse-

informasjon. I det ligger en forestilling både om at gutter og jenter anvender informasjon og informasjonskilder likt og med likt utbytte, og at kjønn er lite vesentlig når det gjelder å utforme og bære frem budskaper. Det er imidlertid langt fra tilfellet. Undersøkelser viser at jenter gjør aktiv bruk av mange typer informasjon og informasjonskilder som ledd i å få kunnskap – brosjyrer, bøker og blader, samtale og tradisjonell undervisning om samliv og seksualitet. Gutter derimot opplever at dette i liten grad angår dem. Språk og form møter ikke guttekulturens metaforer. Innholdet, som i overveiende grad presenteres av kvinnelige lærere og -helsepersonell, defineres som jenteorientert og lite innrettet på gutters behov.^{2,20}

Det har vi forsøkt å ta lærdom av. Tradisjonelle budskaper til unge jenter på seksualitetens området har primært handlet om unngåelsesatferd – hvordan passe på seg selv, om modenhet og holdninger og hvordan unngå (press til) seksualitet. De har i liten grad vært innrettet på å fremme jenters seksuelle autonomi. I dag utformes informasjons- og undervisningsopplegg til jenter med klare budskaper som skal styrke og anerkjenne jenter som seksuelle personer. Aktuelle temaer er for eksempel: Din kropp er skapt til glede, vær stolt av den. Bli kjent med din seksualitet og nyt den. Poenget er at slike budskaper ikke bidrar til seksuell promiskuitet, men til å øke selvtilit – noe som er en forutsetning for å bli tydelig på hva man vil både for seg selv og andre.

Å lage gode tilbud til gutter er både enklere og mer problematisk. Enklere, fordi gutter i mindre grad enn jenter trenger aktiv bevisstgjøring på at de er seksuelle vesener. Vanskeligere, fordi det i dette ligger en implisitt antakelse om at gutter trenger mindre. Undersøkelser viser imidlertid at gutter har dårligere kunnskap enn jenter om sentrale tema i forhold til kropp og seksuell helse. De viser også at gutter ønsker slik kunnskap, og ikke minst at de ønsker noen å kommunisere med som vet hva gutteproblemer dreier seg om.²¹ I nye informasjons- og undervisningsopplegg om samliv og seksualitet forsøker vi å komme dem i møte. Gjennom kommunikasjonsverktøy med utgangspunkt i at guttekultur og teknokultur er nære størrelser – for eksempel problemløsende dataspill og kjappe SMS-meldinger. Og gjennom gruppeopplegg med informasjon av gutter for gutter. Medisinernes seksualopplysning, som er viktige helseundervisere for ungdom, er spesielt bevisste og kompetente til å gjennomføre denne form for undervisning. Det vanskeligste dilemma er imidlertid at det råder stor mangel på voksne menn på unge gutters nære handlingsarenaer. Både som rollemodeller, rådgivere og samtalepartnere. Gutterollen og dermed også gutters seksualitet, defineres for en stor del av kvinner – ikke sjelden i negativ

retning.²² Ut over hva det gjør med gutters selvbylde, kan det også være en viktig grunn til at gutter ikke bruker lokale helsetilbud i samme grad som jenter. Ungdomshelsetilbudene, som skal være et lavterskeltilbud til all ungdom, er fortsatt en kvinnedomineret arena, både når det gjelder brukere og helsearbeidere. Og vi har ennå til gode å se om de separate guttetilbudene som prøves ut, er egnet til bruk for dem.

Engasjement på ungdoms premisser – hva kreves?

Gjennom SUSS-telefonen og løpende ungdomsundersøkelser vet vi mye om hva ungdom selv legger mest vekt på når det gjelder rådgivning om samliv og seksualitet.^{21, 23} Hvordan skal veiledningen se ut og hva ønsker ungdom av sine sentrale informasjonskilder? Her er noen stikkord:

- Når voksne gir veiledning og undervisning skal det gjøres med varme og humor – i en voksen form og med et voksent språk. Det minst tillitvekkende ungdom vet er «hippe og coole» voksne, som later som de er seksten, og snakker noe de tror er ungdomsspråk. Ungdom søker kunnskap hos kompetente voksne for å få seriøse råd. Voksne som snakker gatespråk innbyr ikke til respekt og ungdom føler at de blir gjort narr av.
- Veiledningen skal ta utgangspunkt i og vise respekt for at ungdom er opptatt av følelser og relasjoner, men samtidig formidle konkret kunnskap om kropp, seksuell lek, samleie og prevensjon.
- Den skal skje i dialog med ungdom – du skal lytte til og diskutere ungdoms erfaringer. Tal med dem – ikke til dem. Respekter ungdoms etiske dilemmaer og deres evne til å foreta selvstendige ansvarlige valg. Respekter ungdoms grenser og deres behov for å være private.

En viktig grunn til at tilbudet ved SUSStelefonen er blitt en suksess, er antakelig at rådgivning og kunnskapsformidling her bygger nettopp på disse prinsippene. SUSStelefonen som er vår nasjonale hotline til ungdom om samliv og seksualitet, har samtaler med ca 30 000 barn og unge i alder 10–20 år årlig fra hele landet. Og mange står i kø for å komme frem. En viktig grunn til at tilbudet er blitt en suksess, er antakelig at rådgivning og kunnskapsformidling på SUSStelefonen bygger nettopp på disse prinsippene. Du kan være anonym og alt du spør om blir tatt alvorlig og besvart på en direkte og ordentlig måte. Samtidig blir det lagt stor vekt på å at samtalen skal ta utgangspunkt i innringernes egne erfaringer. Vil du ikke høre mer kan du legge på.

Internett er en annen arena som i tiltakende grad brukes til helseinformasjon. Undersøkelser viser at det spesielt er unge i alder 15–25 år som har glede og nytte av slik informasjon – ikke minst unge gutter.^{24,25} Gode helsesteder på

nettet som gir svar på spørsmål om samliv og seksualitet har mange fordeler for unge brukere. Flere av egenskapene som er nevnt for SUSStelefonen gjelder også her. Styrken ved helsetilbud på internett er imidlertid særlig at det gir brukeren stor grad av kontroll og mulighet for egen læring. Informasjonen har gjenbruksverdi – ofte kan du få svar på det du lurer på ved å gå inn i andres spørsmål og svarene de får. Samtidig er det relasjonelle maktforhold som er i en ansikt til ansikt rådgivning ikke tilstede. Det gjør at det både er lettere å stille vanskelige spørsmål og forkaste råd du ikke har nytte av. Selv om nettbaserte helsetjenester har mange begrensninger, kan de både fungere som en sentral førstelinjekontakt og anspore til nytenkning. Poenget er at her du nødt til å ta dine klienter på alvor og være tydelig som helsearbeider – ellers blir du ikke brukt.

Selvbestemt prevensjon

Selvbestemt prevensjon er et prinsipp som vi gjerne skulle realisere fullt ut. Det betyr at brukere og ikke helsearbeidere skal ha kontroll over prevensjon. Her er det nødvendig å tenke kjønn, seksuell livssituasjon og tilgjengelighet. Hva er best for gutter og for jenter. Gutter har foreløpig bare en prevensjonsmetode – og den er lett tilgjengelig. Kondomer kan kjøpes overalt. Det er viktig å bevisstgjøre unge gutter på at det er tøft å bruke kondom i god tid før de trenger det. Kondom skal være et flott symbol på at du er på vei til å bli mann. Det er et mål at kondom skal få samme status som tidligere tiders konfirmasjonsklokke. Men fortsatt mener mange unge gutter at det er problematisk. De synes det kan være flaut å kjøpe på butikken og at det er for dyrt. For å senke disse barrierene kan unge gutter nå få kondomer gratis hos skolehelsetjenesten og på helsestasjon for ungdom.

Men kondomer er et prevensjonsmiddel for gutter. Uansett beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer er det et prevensjonsmiddel som ikke er jenters. Og barrierene er høye for at de sikreste prevensjonsmetodene for jenter skal bli lett tilgjengelige. Helsetilsynet og Statens legemiddelkontroll har siden 1995 gått inn for at lavdoserte p-piller og nødprevensjon skal være reseptfritt. Reseptfri nødprevensjon har vi fått til – men vi har ennå ikke oppnådd at helseøstre og kommunejordmødre, som er de lettest tilgjengelige helsearbeidere for ungdom, kan skrive resept på p-piller til unge jenter. Det bør også vekke til ettertanke at



enkelte leger har problemer med å skrive ut p-piller til jenter under 16 år. Eller med å gi unge jenter som ønsker det en p-sprøyte. Er det bekymring for jentenes helse som ligger bak, er det for liten kunnskap om de ulike metodene, eller er det her noen av våre skjulte agendaer stikker hodet frem? På kondomer er det ingen aldersgrense – men det er et prevensjonsmiddel som gir mye dårligere beskyttelse mot graviditet. Jenters kontroll over sin fertilitet og mulighet til å ta selvstendige strategiske valg om sin prevensjon, er antakelig det som kan bidra til den største nedgang i aborttallene fremover. Og det vil vi vel alle? Å realisere det vil imidlertid bety at vi må gi noen helsetjenester fra oss. Spørsmålet er om vi er villig til det.

Ikke fall for forferdeliggjøringen av ungdom

Det er sterke aktører på banen med høyst ulike interesser i ungdoms sexliv. De kan ha stor makt over våre forestillinger. Kommersiell interesse, massemedia og ekstreme livsorganisasjoner spiller på vår historie og skaper overdrevne og negative forestillinger om ungdoms seksuelle liv. «Rystende undersøkelse om ungdoms seksualvaner» lød et nylig førstesideoppslag i en stor dagsavis. Oppslagsartikkelen, som refererte data fra undersøkelsen og hadde intervju med en ungdomsgruppe, avslørte imidlertid ingen rystende nyheter. En av de ting som ble forferdeliggjort var at ungdom mente at det var ok å ha sex med ungdom under seksuell lavalder. Her er det viktig ikke å gå i baret. Å lytte til hva ungdom faktisk sier og se hva de faktisk gjør. Hva er det ungdom mener med å ha sex og hva slags sex dreier det seg om? En innfallsport er tema som ungdom ofte bringer opp på SUSS telefonen. Undersøkelser herfra viser at ungdom er opptatt av forelskelse og seksuell kos, mens samleie er noe mange ønsker å utsette. Hjåsvæving – ikke penetrasjon er det de er opptatt av. Penetrasjon som seksuell uttrykksform er en voksen fiksering – ikke ungdoms.²³

Forferdeliggjøring av ungdom skjer på mange viktige helseområder. Når ungdom er opptatt av å være slanke og pene, slås de opp i dagspressen som ungdom med spiseforstyrrelser. Når de bruker trange klær for å fremheve en nydelig kropp, innbyr de til seksuelle overgrep og bruker de klær som henger om hasene, inviterer de til skjelett- og muskelsykdommer. Slike fremstillinger kan bidra til usikkerhet og forvirring. Antakelig har de mindre betydning så lenge de holder seg i dagspressen. Ingen undersøkelser har så langt vist at det er her ungdom henter bekreftelse på sin identitet. Langt mer skummelt er det når de kryper under huden på oss som helsearbeidere og betydningsfulle andre for ungdom.

Ungdomsundersøkelsene jeg tidligere har referert til viser nemlig med tydelig klarhet at helsearbeidere er de viktigste kilder til informasjon for unge mennesker, og at det er hos

oss de ønsker å få informasjon og veiledning.^{5,23} Vi er deres bolverk mot interesser som utnytter dem og tilskriver dem egenskaper og handlinger de ikke kjenner seg igjen i. De kommer til oss oftest for å få bekreftelse på at de er vanlige og normale – av og til fordi de trenger hjelp med alvorlige ting. Slik tillit krever at vi ikke faller for mytene, men heller gir dem av det beste vi har.

Referanser:

1. Stewart J (1995): Philosophical features of social approaches to interpersonal communication. I: Leeds-Hurwitz W red. Social approaches to communication. New York. The Guilford Press
2. Sosial og helsedepartementet (1991, 1995, 1999): Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort. Oslo.
3. Skjeldstad F.E (2000): 20 år med selvbestemt abort – hva viser aborttallene? Rapport, SINTEF Unimed.
4. Lappegård T (2000): Sex, men ikke barn. Samfunnsspeilet nr. 6, Statistisk sentralbyrå
5. Statens helsetilsyn (2001): UNG 2000. Rapport under publisering
6. Norsk Medisinal Depot (2001): Legemiddelforbruket i Norge 1995-1999. Oslo
7. Klinikk for seksuell opplysning (2000): Årsrapport for virksomheten ved KSO i 1999
8. Lande U. (2000): Årsrapport fra Sosialmedisinsk senter i Tromsø 1999
9. Sundet J.M., Magnus P., Kvalem I.L., Samulesen S.O., Bakkeiteig L. (1992): Secular trends and sociodemographic correlates of sexual debut in the general population of Norway. Archives of Sexual Behavior, 21 (3): 241-252
10. Stigum H., Træen B., Magnus P. (1999): Rapport fra seksualvanundersøkelsene i 1987, 1992 og 1997. Statens institutt for folkehelse
11. Statistisk sentralbyrå (2000): Aktuell befolkningsstatistikk nr. 7/2000
12. Smith T. (1993): Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies. British Medical Journal, 40 (1): 77-90
13. Luker K. (1996): Dubious Conception. The politics of teenage pregnancy. Harvard University Press. Cambridge.
14. Sverdrup S., Lunde T.K. (2000): Evaluering av handlingsplan 1995-1998 for forebygging av uønskede svangerskap og abort. Asplan analyse
15. International planned parenthood federation (1996): IPPF Charter on sexual and reproductive rights. London
16. Tschann J.M., Adler N.E. (1997): Sexual self-acceptance, communication with partner, and contraceptive use among adolescent females: A longitudinal study. Journal of Research on Adolescence, 7 (4)
17. Helmius G (2000): Manus for mognad. Om kärlek, sexualitet og socialisation i ungdomsåren. Kunnskapsforlaget
18. Robinson R.B., Frank D.I. (1994): The relation between self-esteem, sexual activity and pregnancy. Adolescence, 29 (113)
19. Lewis C (2000): Living for tomorrow. Norsk institutt for kvinne og kjønnsforskning, UiO
20. Svanemyr J (1998): Dum med kondom. Rapport fra en kvalitativ undersøkelse blant unge menn i Oslo. Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo
21. Statens helsetilsyn (1999): UNG 1995-1998. Ungdoms perspektiver på seksualitet og prevensjon. Rapport, Helsetilsynet
22. Barne og familiedepartementet (2000): Retningslinjer for likestillingsarbeidet i skolen
23. Senter for ungdom, samliv og seksualitet (1998): Rapporter fra SUSSteletonen 1995-1998, Helsetilsynet
24. Norman C.D., Maley O., Skinner H. (2000): CyberIsle: Using information technology to promote health in youth. e-cronicle, JAMIP
25. Kummervold P.E., Gammon D., Bergvik S., Johnsen J.K., Hasvold T., Rosenvinge H. (2000): Social support in a wired world - Use of online mental health forums in Norway el, Institutt for telemedisin, Universitetet i Tromsø

den ALLMENNMEDISINSKE KARAFFEL

Kommunestyret i Tinn i Telemark har nettopp, etter forslag fra kommunelege 1, vedtatt en ny helseplan. Her er målsetningen klar. I løpet av en 10-års periode skal dødeligheten og andelen langtidssykemeldte i kommunen ned på landsgjennomsnittet.

Tinn har 6600 innbyggere. Det er 5 primærleger. Listelengden for de enkelte legene varierer fra 1.100 til 1.600. Sammen har de ansvaret for hele kommunens befolkning. Man er naturligvis klar over at legenes innsats er av relativt marginal betydning i forhold til å nå kommunestyrets målsetninger. Allikevel føler legene et klart ansvar for å prøve å bidra til målet, både sammen som et kollegium, og enkeltvis i forhold til egen pasientpopulasjon. Da trenger de en gjennomtenkt plan.

I Tinn er det, som i de fleste andre kommuner i landet, forhold som er av spesiell betydning. Det skal vi se bort fra i denne oppgaven:

Anta at du er fastlege i en gjennomsnittlig norsk kommune. Anta videre at din pasientpopulasjon er en gjennomsnittlig populasjon. Kommunestyret har vedtatt at dødeligheten og andelen langtidssykemeldte skal målbart ned over en 10 års periode. Hvordan vil du prioritere arbeidet med din pasientpopulasjon for å bidra til at målene kan nås? Eller, sagt med andre ord, hvordan vil du fordele det edle innholdet fra din allmennmedisinske karaffel for at festen skal bli mest mulig vellykket?

Vi vil gjerne ha besvarelsen strukturert slik:

A: Vil du også bruke andre indikatorer eller målestokker for arbeidet ditt? Bør fastlegekollegiet i fellesskap vektlegge andre indikatorer for hele kommunen? Hvordan vil du eventuelt monitorere virksomheten for å se at du/dere er på rett spor?

B: Du kan naturligvis ikke gjøre alt mulig. Karaffelen må ikke være tom når hedersgjestene kommer. Hvordan vil du prioritere arbeidet for å nå de målene kommunestyret, fastlegene og du selv eventuelt har satt?

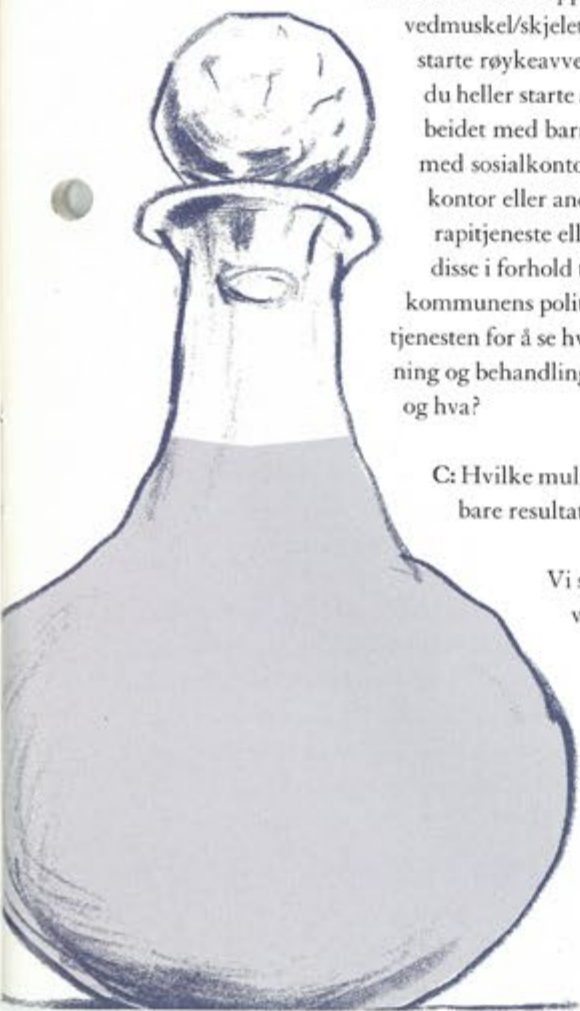
Eksempler på problemstillinger: Hvilke sykdommer vil du prioritere? Hvordan vil du eventuelt optimalisere arbeidet med hjerte/karsykdommer? Effektive kontrollrutiner og strengt regime? Sekundærforebygging, primærforebygging, eventuelt hvordan? Aktiv oppsporing av diabetikere? Hyppige og strenge kontroller? Hva vil du legge vekt på ved muskel/skjelettsykdommer? Primærforebygging, behandling, sekundærforebygging? Vil du starte røykeavvenningskurs eller ryggskole? Vil du prioritere arbeid i attføringsutvalg, eller vil du heller starte astmaskole? Skal du arbeide mye med rusproblemer? Hva vil du prioritere i arbeidet med barna og med de gamle i populasjonen din? Hvor kan du bidra mest i samarbeid, med sosialkontor, PP-tjeneste, bedriftshelsetjeneste, arbeidskontor, trygdekontor, familievernkontor eller andre? Vil du identifisere flaskehalser i kommunalt apparat, for eksempel fysioterapitjeneste eller hjemmesykepleie, og vil du eventuelt prioritere arbeid med å gjøre noe med disse i forhold til kommune-administrasjon/politikere? Vil du identifisere kritiske områder av kommunens politikk for øvrig, gjøre noe med det, og eventuelt hva? Vil du overvåke andrelinjetjenesten for å se hvor den bør forbedres i forhold til din populasjon? Ventelister, kvalitet på utredning og behandling, utskrivningsprosedyrer? Vil du eventuelt prøve å gjøre noe med flaskehalser, og hva?

C: Hvilke muligheter tror du fastlegekollegiet i en kommune har for i fellesskap å oppnå målbare resultater for folkehelsen?

Vi ser gjerne at du kort begrunner valgene og vurderingene dine. De trenger ikke være dokumenterte, men du må eventuelt kunne sannsynliggjøre at de er fornuftige.

Utposten vil i de kommende nummerne bringe flere besvarelser på denne oppgaven. I dette nummeret finner du svaret fra:

• Anna Stavdal, leder av NSAM



Den allmennmedisinske karaffel



Anna Stavdal, cand.med. 1987. Allmennpraktiker i Oslo fra 1989.
Amanuensis II ved Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo. Leder av NSAM.

Fastlegeordningen (FLO) gir oss muligheten til å foredle og skjenke av de edle dråpene i den allmennmedisinske karaffel på rettferdig og omsorgsfullt vis. De fleste allmennlegene i landet har fått skjenkebevilling, hver og en skal vi fordele eliksiret på menneskene som mer eller mindre frivillig står oppført på vår liste. Men vi skal også ha en skvett med oss når vi beveger oss utenfor kontoret for å utføre de "offentlige allmennmedisinske oppgavene". Således er allmennlegen kjøgemeister i to gjestebud. I det kurative arbeidet har pasienten på eget initiativ oppsøkt legen ut fra et behov for medisinsk hjelp. "Listen" er utgangspunktet når tid og andre ressurser skal fordeles.

Utenfor kontoret utfører legen oppgaver som direkte er knyttet til kommunens behov for forebyggende helsearbeid og tilsynstjenester. Planleggingen av innhold og omfang av disse oppgavene er et samfunnsmedisinsk anliggende, og bør bygge på en diskusjon med allmennlegene slik at fordelingen av de edle dråpene sees i sammenheng, om skjenkingen foregår på timelønn eller gjennom normaltariffen bør ikke gjenspeiles i hverken kvalitet eller mengde.

I vår kommune har politikerne vedtatt en helseplan. Arbeidet mot nivåer lik landsgjennomsnittet når det gjelder dødelighet og langtidssykmeldte kan opplagt evalueres med tall over en tiårs periode. Et annet spørsmål er i hvilken grad det er legenes arbeid som måles, sannsynligvis utgjør legenes isolerte innsats kun en liten del av resultatet. Oppgaven for fastlegekollegiet er å operasjonalisere denne målsetting for å se hvilken rolle allmennlegene kan ta for å medvirke til at målet nås.

For å legge en kollektiv strategi kreves en felles forståelse hos legene for hva målsettingene betyr. Det første vi må gjøre er å konsolidere allmennlegeutvalget i forhold til oppdraget som gis i helseplanen. Derfor må vi begynne med følgende spørsmål:

Hvilke muligheter har fastlegekollegiet i felle-skap til å oppnå målbare resultater for folkehelsen?

Allmennlegeutvalget tjener to formål utover det rent fagforeningsmessige: Det er legenes faglige forum, og det velger legenes representanter til kommunens samarbeids-

utvalg På denne måten gis legene anledning til å påvirke helsepolitiske prioriteringer. Jeg ser tre hovedoverskrifter for allmennlegeutvalget:

1. Faglig diskusjon om innholdet i kurativ praksis, inkludert bruk av legevakt.

Hvilken prioritet gir vi sosialmedisinske problemstillinger i forhold til blodtryksbehandling av friske? Hvordan sørger vi for at grupper med kjent oversykkelighet og beskjeden legesøkningsatferd får adekvat legehjelp og behandling for sin diabetes og sin KOLS? Hvordan kan hjemmebesøk brukes som et virkemiddel for rettfredig fordeling av legehjelp? Hvilken forskrivingspolitikk har vi når det gjelder B-preparater og hvordan forvalter vi sykmelding for arbeidsgivers og trygdens regning?

Dette er noen stikkord for hva vi som forposter i helsevesenet hele tiden bør diskutere. I FLO er ansvaret i større grad plassert på den enkelte lege. Desto viktigere blir det å ha en felles basis i et samfunn som stadig endres i retning av økt konsum og privatisering, ikke bare av helsetjenester, men av sosial samvittighet og egen lykke.

2. Innhold, mengde og fordeling av de offentlige allmennmedisinske oppgavene

Behovet for legeinnsats i forebyggende helsetjeneste vil variere med befolkningens sykkelighet til enhver tid. De edle dråper i vår karaffel bør ikke sløses bort på omfattende tiltak som vi ikke kjenner effekten av, eller der effekten er liten. Kanskje skal de ritepregede screeningundersøkelsene i regi av helsestasjons- og skolehelstjeneste utføres på kortere tid, slik at ressurser blir frigjort til målrettet case-finding av barn og ungdom som er utsatt for rusrelaterte helseproblemer. Kanskje er en offensiv mot økt forpliktende samarbeid med sosialtjenesten vel anvendt tid for å øke kontinuiteten i kjeden av offentlige hjelpere som gjerne er i bildet i forhold til barnefamilier med sammensatte problemer. Vi vet at dårlig økonomi, migrasjon og familiesplittelse er blant de faktorer som koder for uhelse.

3. Tiltak utenfor den medisinske arena:

Som leger ser vi ofte at medisinske råd er inadekvate når vi kommer til årsakene til folks helseproblemer. Høye effektivitetskrav på arbeidsplassen, dårlige boliger, dårlig økonomi, utrygg skolevei og vanskelige familieforhold kan ikke behandles hverken med beroligende tabletter, sykmelding eller trygd. Når leger snakker sammen er de ofte enige i analysen av årsaker, men er oppradd når det gjelder botemidler. Gjennom FLOlegens liste kan hver enkelt skaffe seg en oversikt over sykkelighet somatisk, psykiatrisk og sosialmedisinsk. Således blir den brede epidemiologiske oversikten mere konkret, og kan brukes som et premiss i dialo-

gen med byråkrater og politikere i kommunen: Flere barnehageplasser, ikke legg ned ungdomsklubben, opprusting av de kommunale boligene, skolefrokost, flere sykkel-veier, prioritering av ordentlige toaletter på skolene, norskkurs for fremmedspråklige. Vi kjenner mange av de gode tiltakene, som er nødvendige for å opprettholde velferd for alle, men som ikke skal være et helsetjenesteanliggende. Problemet er at stemmen til dem som har mye fra før er sterk nok til at deres behov prioriteres. Legekollegiets oppgave er her å stå på de svakes side: peke på problemene og årsakssammenhengene, og legge sin samlede tyngde slik at de riktige premisser legges for de politiske beslutningene.

Så langt de generelle betraktninger omkring fastlegekollegiet. Nå til den konkrete situasjonen i vår kommune. Fastlegekollegiet må sette seg inn i hva som feiler folk i kommunen som helhet: Hvilke diagnosegrupper topper sykmeldings- og dødstatistikkene i kommunen? I min kommune er hjerte/karsykdommer og trafikkulykker blant de hyppigste dødsårsakene. Blant langtidssykmeldte er muskel/skjelettplager og lettere psykiatriske lidelser de hyppigste. Gravide ansatt i offentlig sektor i kommunen er nesten uten unntak sykmeldt 12 uker eller mere.

Prioritering og rettferdighet blir nå to viktige stikkord. For å bidra til å nå helsepolitiske mål av denne karakter, blir prioriteringsdebatten også en debatt om rettferdighet. Legene kommer ikke unna å ta stilling til hva som er en rettfredig fordeling av helsetjenester. Etikuttvalg og regjeringsnedsatte komiteer kan gi innspill, men i den konkrete virkeligheten er det i den aktuelle populasjon man står overfor som lege, godene skal fordeles.

- Det viktigste er å sørge for at dem med størst sykkelighet får et godt legetilbud: pasienter med kroniske sykdommer med høyere sykkelighet enn gjennomsnittet, pasienter med sammensatte behov (funksjonshemmede), pasienter med stoff- og alkoholproblematikk skal prioriteres. Å sørge for optimal behandling av dem med størst sykkelighet kan bidra til redusert dødelighet på kort sikt.
- For å bidra til kommunens målsetting må støtet settes inn i det sekundær og tertiærforebyggende arbeid. Legene skal forøvrig vedta «ressursfokusering» som felles strategi for forebyggende og kurativt arbeid. Et aktivt oppgjør med medikaliseringen er både til beste for pasientenes helsetilstand, og vil frigjøre tid og ressurser til arbeid med høyrisikanter og syke.

**Andre indikatorer for fastlegenes arbeid/
faktorer som kan monitorere arbeidet:**

Redusere dødeligheten:

- *Selvevaluert helse:* Data samles ved surveys i forhold til et utvalg av befolkningen, eksempelvis i aldersspennet 30–45

år, ved tidspunkt 0, 5 og 10 år i prosjektperioden. Selvevaluert helse korrelerer med sykkelighet og dødelighet. Dette blir en slags «negativ indikator» og kan like mye reflektere hva legen har latt være å gjøre, som hvilke intervensjoner som er igangsatt.

- **Redusert bruk av legevaktjenester** er en god indikator på at pasientene er trygge, og at de med alvorlige kroniske sykdommer, som eksempelvis KOLS, angina pectoris og diabetes mellitus, har et godt tilbud hos sin fastlege. Det vil formodentlig redusere dødeligheten.

- **Redusert antall akutte sykehusinnleggelser** vil også speile hvorvidt primærlegene treffer riktig med sine prioriteringer. Om ikke de prioriteringene som gjøres i førstelinje følges opp i sykehuset, er jobben bare halvgjort. For å pleie dialogen mellom nivåene i behandlingsskjeden er opprettelse av sykehusallmennpraktikere et viktig virkemiddel. Kanskje kunne slik tjeneste endog være en offentlig allmennmedisinsk oppgave? På den måten sikres et generalistperspektiv representert i et sykehusvesen som blir stadig mere spesialisert, og som sies å være i krise. Vi må lete etter virkemidler i stafettvekslingen mellom første- og annenlinjetjenesten. På jakt etter løsning på krisen må det synliggjøres at premissene for aktiviteten i spesialisthelsetesen legges i primærhelsetjenesten; det er der behovet meldes og det er der hovedtyngden av diagnostikk og behandling skal foregå. Sykehuslegene utfører konsulenttjenester som bestilles av allmennlegene på vegne av pasientene. «Skal»- og «bør»-dekretene fra spesialistene bør imøtegås. Dette gjelder i høyeste grad også den psykiatriske spesialisttjenesten.

Redusere antall langtidssykmeldte:

Vår kommune er relativt liten, og har noen få store arbeidsplasser; en av dem er kommunen. Ved å inngå samarbeid med de største arbeidsgiverne om enkelte problemstillinger kan man oppnå resultater. Hvilke grupper man skal velge er avhengig

av demografisk forhold, primært alders- og kjønnsammensetning. La oss se på noen:

1. Langtidssykmeldte gravide:

Målet må være at gravide med behov for redusert arbeidsbelastning eller omlegging av arbeidsoppgaver (sykehjem, barnehager, skole, produksjonsarbeid) holdes i arbeid så lenge som mulig. Ofte er bakgrunnen for sykmelding i svangerskapet «vanlige» svangerskapsrelaterte plager; økt tretthet, sårbarhet for tunge løft, mye gange, høyt tempo. Et mål må være bevisstgjøring av arbeidsgivers ansvar for tilrettelegging. Et samarbeid med arbeidsgiver kan også synliggjøre hvordan offentlige etater raskt gjør seg avhengig av en viss sykmeldingsgrad, og budsjetterer med sykepengeinntekt fra trygden for langtidssykmeldte og på den måten sikrer en inntektspost som kan bety balanse i en anstrengt kommuneøkonomi.

2. **Muskelskjelettlidelser:** Legene kan foreslå opprettelse av lavterskeltilbud for mosjon/bevegelse, ikke innenfor behandlingsapparatet, men aktiviteter som krever lavt utgangsnivå prestasjonsmessig og som ikke ledes av profesjonelle hjelpere. Mye tyder på at «ikke-intervensjon» i snever medisinsk behandlingsforstand i forhold til denne gruppen er av det gode.

Om strategien her skal slå til, kreves et nært samarbeid med paramedisinske grupper, fysioterapeuter og kiropraktorer. Det er avgjørende at de involverte opptrer som ledd i en kjede, og ikke som konkurrenter i et marked. Her er det et stort potensial for bedre samhandling, og en grunnleggende diskusjon om hva som er oppdraget er nødvendig også her.

Dette utfordrer ledelsen for kommunens helsetjenester. Målet må være å minske avstanden mellom byråkratisk tankegang og praktisk virkelighet. Moderne avguder som omfattende internkontrollsystemer og bunkevis med «autoriserte» veiledere for smått og stort må kun gis den plass de fortjener som et innspill til arbeidet med organisering og innhold i det pasientrettede arbeidet.

Sluttord

Tilmålt spalteplass tatt i betraktning: Dette er kun et riss av en mulig tilnærming til oppgaven vi har foran oss. Skjenkepolitikk er stridstema i Norge – striden omfatter også hvordan de edle dråpene i allmennlegens karaffel skal forvaltes. Her er få avholdsfolk – kun festdeltakere, – med forskjellige lyster og behov. Som kjøgemeistre og godt vertskap skal vi sørge for alle – hedersgjestene skal være dem som trenger dråpene mest. Hvem det er endrer seg over tid, og må stadig diskuteres av fastlegekollegiet.

KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2001

Utposten, bladet for samfunn og allmennmedisin
har et opplag på 2000 og utkommer 7 ganger årlig med dobbelt
julenummer. 7 primærleger er redaktører.

STR.	4-FARGER	SORT/HVITT	1 FARGE	2 FARGE
1/1	Kr. 10 800,-	Kr. 6 200,-	Kr. 7 600,-	Kr. 8 900,-
1/2	Kr. 7 300,-	Kr. 3 900,-	Kr. 4 600,-	Kr. 5 400,-
1/4	Kr. 5 900,-	Kr. 2 500,-	Kr. 4 500,-	Kr. 4 900,-

- 1/1 side på siste omslagsside kr. 14 500,-
- Løst bilag koster 10 500,-
- Klebet bilag kr. 11 400,- pluss kr. 0,95 pr. eks.
- Ved bestilling av annonser i hvert nummer blir den siste annonsen gratis!

MATERIELL FRIST

Nr. 1	30. januar
Nr. 2	6. mars
Nr. 3	18. april
Nr. 4	15. mai
Nr. 5	28. september
Nr. 6	25. september
Nr. 7/8	30. oktober



TEKNISK: Annonseansvarlig: Tove og Karianne Rutle
RMR, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Tlf: 63 97 32 22 - Fax: 63 97 16 25
E-mail: rmrtove@online.no

Materiell: Elektronisk
Format: A4, 210x297 mm. Satsflate 185 x 265 mm
Raster: 48-60 linjer
Trykkeri: PDC Tangen, 1930 Aurskog
Kontaktperson: Morten Hernæs. Tlf: 63 88 44 63

Infodoc for Windows

- **Sikker**
- **Funksjonell**
- **Hurtig**
- **Pålitelig**

Ring 55 52 63 00

og vi demonstrerer programmet hos deg

infodoc as

BRUKERVENNLIGHET SATT I SYSTEM

Bergen: Infodoc as, P.B. 183, Bønes, 5849 Bergen

Tlf. 55 52 63 00 - Fax. 55 52 63 29

Oslo: Infodoc as, Kilenvæien 45, 1366 Lysaker

Tlf. 67 59 27 60 - Fax. 67 59 27 69

www.infodoc.no

Sigurd Humerfelt (1914–2000)

og akademisk allmennmedisin i Bergen 1972–1984

• AV STEINAR HUNSKÅR OG KJELL HAUG

Professor emeritus Sigurd Bjarne Humerfelt døde brått 30. oktober 2000, 86 år gammel. Han var den første professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen (1972–1984). Hans bortgang gir anledning til et tilbakeblikk for de som husker ham og en gjennomgang for de mange allmennpraktikere som tilhører en nyere generasjon. Humerfelt gjorde en stor innsats for faget, og bygde opp og bestyrte Institutt for almenmedisin til han ble pensjonist. Han var engasjert i medisinen og undervisning til det siste, og var en flittig, noterende og engasjert deltaker på faglige møter. Den morgenen han døde var han opptatt av en reportasje i Bergens Tidende om kommunikasjonsundervisningen for legestudenter.

Sigurd Humerfelt ble født på Hamar i 1914 og tok medisinsk embetseksamen i 1942. I studietiden deltok han aktivt i forsvaret av Norge under tyskernes invasjon våren 1940, og i 1945 fikk han krigsdeltakermedaljen for sin innsats. Etter noen år som underordnet sykehuslege ble han i 1947 lærer ved Fysiologisk institutt, Universitetet i Oslo, og kom til Indremedisinsk avdeling ved Haukeland Sykehus året etter. I 1964 ble han dosent i indremedisin. Han var en sentral person under oppbyggingen av den indremedisinske universitetsklinikken i en tid da bevilgningene var små og vanskene mange.

Han reiste til England i 1961 og studerte statistikk og epidemiologi ved London School of Hygiene and Tropical Medicine. Sammen med medarbeidere gjennomførte han den store og verdenskjente blodtrykksundersøkelsen blant Bergens befolkning. Dette ble et grunnleggende arbeid i blodtrykkssykdommens epidemiologi, og har dannet mye av grunnlaget for senere forskning i Bergen omkring blodtrykkssykdom. Hans eget doktorarbeid, «An epidemiological study of high blood pressure with special reference to the influence of blood pressure and age on cardiac signs and symptoms», utkom i 1963.

Humerfelt spilte en stor rolle i planleggingen av medisinstudiet i Bergen og var formann i studieplankomiteen fra 1958 til 1969, hvorav 6 år som formann. Han satt i utvalget som utredet klinisk legestudium i Trondheim og i programkomiteen som planla den første studieplanen der.



Sigurd Bjarne Humerfelt 1914–2000

Født på Hamar, artium der i 1932
Medisinsk embetseksamen i 1942
Krigsdeltakermedaljen med rosett i 1945 for innsats under krigen
Underordnet lege ved sykehus i Hamar, Trondheim, Porsgrunn og Oslo 1942–1947
Til Indremedisinsk avdeling ved Haukeland Sykehus 1948

London School of Hygiene and Tropical Medicine 1961
Doktorarbeid 1965: An epidemiological study of high blood pressure
Dosent i indremedisin Universitetet i Bergen 1964
Kst. distriktslege i Askøy 1970–71
Første professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen 1972–1984
Æresmedlem av Norsk Hypertensjonsforening, International Hospital Federation og Norsk Forening for Helsetjeneste.
Ridder av 1. klasse av St. Olavs Orden 1982 blant annet for sin innsats til utviklingen av norsk allmennmedisin

Han ble etterhvert en ivrig talsmann for at allmennmedisin burde inn i studiet. I en alder av 57 år bestemte han seg for å si ja til å bygge opp faget allmennmedisin i Bergen, og i 1972 ble han dermed den første professor i faget ved Universitetet i Bergen, en stilling han hadde fram til pensjonsalder i 1984. Da hadde han i ett år vært stipendiat finansiert av Legeforeningen og hadde vikariert som distriktslege på Askøy utenfor Bergen i 4 måneder.

Allmennmedisinens harde kår på 50- og 60-tallet

Etterkrigstiden var først og fremst sykehusbyggingens æra. Distriktslegetjenesten og allmennmedisinen levde sitt eget kummerlige liv med definert lav status. Gjennomsnittsalderen for allmennpraktikerne steg med 10 år (fra 45 til 55 år) på like mange år (1955–1965), og antallet primærleger sank til tross for stor økning i folketallet. Det fantes områder

med 8000 personer på hver lege. Arbeidspresstet var stort, økonomien dårlig og vaktordninger lite utbygd.

Fra slutten av 60-årene skjedde en bevisstgjøring blant allmennpraktikerne og mange gode forslag om styrking av allmennpraksis kom på bordet. Opprettelsen av gruppepraksiser skjøt fart, de første i Moss, Oslo, Trondheim, Hokksund og Fyllingsdalen ved Bergen.

Innad i Legeforeningen ble det kjempet for allmennmedisinen, og det ble fremmet krav om egen spesialitet og egen undervisning ved universitetene. Legeforeningens fond finansierte de første professoratene i allmennmedisin, først i Oslo i 1969 (Christian F Borchgrevink), så i 1972 i Bergen. Sigurd Humerfelt har selv fortalt om hva som fikk han til å søke professoratet i allmennmedisin: «– Det var tre avgjørende momenter. For det første lå mine viktigste vitenskapelige arbeider innenfor det epidemiologiske området. Jeg var vel en av de første norske indremedisinere som gikk inn for en epidemiologisk skoloring... For det annet var jeg i 6 år formann i Studieplankomiteen. Allmennmedisinen var da på veg inn i medisinstudiet i flere land, som USA, England og Holland. Takket være et reisestipendium fikk jeg førstehåndskjennskap til disse nye retninger innen akademisk medisin. For det tredje må jeg nevne tillitsvervene... På denne tiden var legeforeningen særlig interessert i allmennpraktikernes status og arbeidsområde.»

Humerfelt kom fra indremedisinen til allmennmedisinen, en vanlig karriereveg for allmennmedisinprofessorer i Norden i første generasjon. I Sverige har denne tradisjonen fortsatt til nylig. Det har nok farget noe av aktivitetene ved instituttene, en sterk understrekning av undervisning og forskning (ofte epidemiologisk vinklet), mens de særegne kliniske aspektene oftere er kommet i bakgrunnen.

Institutt for almenmedisin

Instituttet fikk lokaler i et nybygg («søsterblokken») ved Diakonissehjemmets Sykehus Haraldsplass, som delvis var lånefinansiert fra legeforeningen. I første etasje var det kontorer for professor, sekretær, amanuensis og stipendiater, samt bibliotek. I andre etasje ble det innredet en moderne gruppepraksis med fire legestillinger. Praksisen var etter datidens målestokk svært godt utstyrt, blant annet var det egen sykepleier på forkontoret til hver lege, i tillegg til personell i ekspedisjon og laboratorium. Legeforeningen hadde et ønske om praksisen som et «utstillingsvindu» for moderne allmennmedisin. Legene skulle samtidig være hjelpelærere i undervisningen, og delta i videre- og etterutdanning for allmennpraktikere. Legesenteret skulle også være utgangspunkt for praksisnær forskning og modellutprøving.

På tross av sin beskjedne bemanning spilte instituttene en aktiv rolle i utviklingen av norsk allmennmedisin på 70-tallet. Humerfelt var særlig opptatt av allmennlegers videre- og etterutdanning og bidrog dermed til å gi faget sin identitet. Han var leder i kurskomiteen ved fakultetet 1974–1984, og et stort antall kurs utgikk fra instituttet, en tradisjon som har holdt seg helt til det siste. Spesielt vil vi nevne at han var med og startet flere ukeskurs i samarbeid med spesialfeltene, dette var nytt på den tiden, og medførte økt gjensidig forståelse for fagene. Han medvirket til de såkalte «lørdagskursene», en kurs- og møteserie med faste møter om lørdagene. Nasjonalt arbeidet han aktivt for å få i gang legeforeningens pedagogiske avdeling, han satt i Fondsstyret i årene 1968–1981 og i Rådet for videre- og etterutdanning av almenpraktiserende leger 1969–1973. Han deltok internasjonalt i danningen av den såkalte Leeuwenhorstgruppen (forløperen til dagens EURACT innen WONCA) og arbeidet der med definisjonen av faget allmennmedisin, målsetting, innhold og metoder i etterutdanningen og fagets organisering i samfunnet. Han var også aktiv deltaker i Nordisk Føderasjon for Medisinsk Undervisning.

Han var opptatt av at allmennmedisinen måtte få sin egen litteratur, basert på fagets egne premisser. I 1979 ble det laget en allmennmedisinsk prøveserie i Tidsskriftet, der instituttet i Bergen deltok. Dette var på mange måter en forløper til dagens handlingsprogram, men tiltaket ble ikke videreført. Både for kliniske ytringsformer og for laboratoriebruk så Humerfelt at allmennpraksis var ulik sykehuspraksis, og at undervisningen måtte understreke at allmennmedisinen har sine egne prinsipper for diagnostisk og terapeutisk arbeid. I tråd med dette ble det lagt ned et stort arbeid i å lage skriftlige grenseoppganger mellom allmennpraksis og spesialistmedisin. En serie hefter ble utgitt av legeforeningen, og Humerfelt var en aktiv pådriver i arbeidet. Heftene skulle gi råd om hva som var allmennpraktikernes og spesialistenes domene, og på den måten understreket de også allmennmedisinen som et eget fag.

Han så teknologiens inntog i allmennpraksis som både en velsignelse og en utfordring. Etterhvert som apparater ble enklere, billigere og skreddersydd for legekantoret, kunne de overtas av allmennlegene. EKG og rektoskop ble for eksempel etterhvert vanlig på kontorene til allmennpraktikere. Men det var særlig på ett område Humerfelt skjønte at en ny tid ville komme; bruken av edb i kontorrutiner og journalsystemer. I Bergen var det en gruppe leger som var svært opptatt av dette, og som satte i gang utviklingsprosjekter. Med utgangspunkt i legesenteret ved instituttet, ble de første edb-baserte journalsystem utviklet. Pasientene måtte venne seg til at legen hadde deres journal på 8 tom-

mers disketter som hver rommet noen få pasientjournaler. Dette var forløperen til det senere Infodoc systemet.

Helt fra starten av sin funksjon som professor i allmennmedisin var Humerfelt opptatt av å styrke undervisningen i kommunikasjon og medisinske atferdsfag. Det viste seg imidlertid vanskelig å få gjennomslag for disse nye ideene, og ikke minst om hva atferdsfaget skulle inneholde. Han mente at dette ikke først og fremst var allmennmedisinens anliggende, men et felles ansvar for studieplanen. Fra midten på 70-tallet kom noe undervisning i gang, men først etter hans tid er kommunikasjonsundervisning av noe omfang blitt en realitet. Seksjon for allmennmedisin har sammen med Psykiatrisk institutt ansvar for en ukes grunnleggende kommunikasjonskurs i tredje studieår. Allmennmedisinsk konsultasjonsundervisning er nå en hovedpillars i den spesifikke allmennmedisinske undervisningen.

Humerfelt hadde solid bakgrunn i egen forskning, men forskningen ved instituttet måtte til en viss grad lide i oppbyggingsårene. Det kom relativt få publikasjoner, spesielt internasjonale, fordi kreftene ble brukt på undervisning og fagutvikling. Det betyr ikke at man ikke så verdien av forskning eller at man ikke stimulerte andre. I 1974 ble Allmennmedisinsk forskningsutvalg etablert i samarbeid mellom instituttene, APLF og OLL. Utvalget kan ses på som en forløper til NSAM. Humerfelt var også sentral i etableringen av de årlige felles allmennmedisinske instituttmøtene, en tradisjon som er høyst oppegående den dag i dag. Få andre medisinske fagområder, om noen, har så tett samarbeid nasjonalt som allmennmedisin. Økende forskningsinnsats og bedre dokumentasjon av faget ga grunnlaget for ideen om en egen nordisk allmennmedisinsk forskningskongress. Den første ble avholdt i København i 1979, der Humerfelt var aktiv deltaker og møteleder. Det ble bestemt at neste kongress skulle holdes i Bergen.

2. Nordiske kongress i Bergen 1981, med Sigurd Humerfelt som president, ble en faglig, sosialt og meteorologisk meget vellykket kongress. En rekke gode faglige foredrag, kurs, postere med presentasjon av allmennmedisinsk forskning og utstillinger satte standard for kommende kongresser. Helt til det siste har deltakere ment at bergenskongressen var den beste noensinne, ikke minst blir vi stadig minnet av allmennpraktikere fra hele Norden om den storslåtte festmiddagen i Håkonshallen. Et slikt arrangement involverte mange personer, og et stort antall allmennpraktikere var med på planleggingen. Fruktene av slikt arbeid kan måles mange år etterpå.

Avslutning

Som professor emeritus fortsatte Sigurd Humerfelt sitt arbeid i medisinen langt etter pensjonsalder var nådd. Han var tilsynslege, han hadde mange verv i frivillige organisasjoner, og han fulgte levende med i utviklingen på instituttet og i norsk allmennmedisin. Ved instituttets 25 årsjubileum i 1997 var han hedersgjest, og vi vet han gledet seg over utviklingen etter hans tid.

Alle som møtte Sigurd Humerfelt husker hans vitalitet og energi. Men vi husker han også for hans evne til å lytte. Derfor var han alltid i utvikling, alltid villig til å forsøke seg på nye oppgaver, på å lære noe nytt. Denne evnen til å lytte var også noe hans mange pasienter satte stor pris på. I hele sitt lange virke som lege praktiserte Sigurd Humerfelt den form for kommunikasjon i lege-pasientforholdet som vi i dag prøver å lære framtidige leger. Men først og fremst vil vi huske han for hans varme smil og vesen. Sigurd Humerfelt var et raust menneske som ville alle vel. Han var en avholdt og dyktig lege, en inspirerende lærer og en samvittighetsfull forsker. Det er vedmodig at han nå er borte, men vi er glad for at han fikk et langt og aktivt liv. Vi er mange som minnes denne gamle hedersmannen med takknemlighet.

Steinar Hunskår
(f.1956) er professor
i allmennmedisin ved
Universitetet
i Bergen.



Kjell Haug
(f.1948) er professor
i sosialmedisin ved
Universitetet
i Bergen.



NYE TIDER

AV KJELL NORDBY

Nye spesialistregler i allmennmedisin fra 1. januar 2003.

Historien

Norges første spesialist utnevnte seg selv i 1890. Ideen fenget, og i 1893 fikk kongeriket sin første «hurtigspesialist», tre år etter at vedkommende var ferdig lege. Få år etter, i 1896, var det imidlertid en kollega som titulerte seg som spesialist allerede to uker etter avsluttet studium. Spesialiseringsordningen ble formelt innført av DNLF i 1918, den gang med 11 spesialiteter. Spesialiteten allmennmedisin ble etablert i 1985, og er således en ganske ung spesialitet.

Før den tid hadde vi fra 1973 hatt noe som mange kalte et spesialoid, nemlig tittelen allmennpraktiker DNLF. Dette innebar en kortere praksisperiode på tre år, men hadde i seg kravet om resertifisering hver femte år.

Det store nye i 1985 var at veiledningsgrupper ble et obligatorium i spesialistutdanningen, ellers var kravene til kursstimer mye sydd over gammel lest. Eller sagt på en annen måte: Den ordningen vi har nå er godt kjent og innarbeidet i hele allmennlegekorpset.

Nye tider

Da Olav Rutle overtok som leder av spesialitetskomiteen i 1994, satte han i gang en pedagogisk nytenkning i komiteen som fortsatte etter hans død. Videreutdanningen, dvs spesialistutdanningen, hadde fått et løft i 1985, så komiteen satte hovedfokus på etterutdanningen. Med basis i det man mener å vite om læring, ble etter hvert målsettingen å få kollegene til å gå litt mindre på kurs og å øke sin delaktighet i mer praksisnære læringssituasjoner.

DE NYE SPESIALISTR UTFYLLENDE REGLE

KURS

Her er det strammet inn definisjonen på kurs som "omhandler diagnose og behandling". Kursprogrammets utforming vil være klinisk emnekurs. Bakgrunnen for innstramningen er at komiteen ønsker at en utdanning og ikke omskrives til en annen av r (se også under "møteserier").

PRAKSISBESØK (10 poeng/dag inn)

I videreutdanningen må man gjøre i to kolleger, men basiskravet er at man

I etterutdanningen velger man fritt.

Komiteen har godkjent at man kan i allmennmedisinske arbeidsområder tilsynslege på alders- eller sykehjelp. Man kan ha 5 av ialt 10 mulige praksisbesøk til flere besøk hos samme god grunn til flere besøk til dette. Praksisbesøk kan også gjøres av kolleger. Man kan også gjøre praksisbesøk ut i fra språk. Man kan bare ta to slike praksisbesøk.

Fond II dekker utgifter til praksisbesøk

SMÅGRUPPEVIRKSOMHET (10 poeng)

Smågrupper er en lokal gruppe av leger - tverrfaglige grupper godkjennes ikke. Minste størrelse på en gruppe er tre deltakere. Et gruppemøte kan godkjennes hvis minst to deltakere er til stede. Som for veiledningsgruppene bør ikke deltakerantallet overstige 12. For at gruppevirksomhet skal merittere, må man ha deltatt minimum 6 timer per 12 måneder. Komiteen har valgt å ikke definere noen minimumstid for hvor raskt man kan gjennomføre 20 timers smågruppevirksomhet. Det er kun deltakelse i smågrupper som teller, evt. innledningsforedrag som deltakere holder i en smågruppe vil ikke merittere som foredrag. Fond II dekker utgifter til smågruppevirksomhet innenfor to nabofylker, overnatting dekkes normalt ikke.

Spesialistregler i allmennmedisin

(Se forøvrig også de generelle spesialistreglene i Årbok for Den norske lægeforening)

Vedtatt av landstyre 24. oktober 1997.
Vedtatt av Helsestyre 26. mars 1998 med
ikrafttreden 1. januar 2003.
Endringer vedtatt av Sosial- og helsedepartementet 21. juni 2000.
Endringer vedtatt av Nasjonalt Råd 10. november 2000.

Spesialitetskomiteen endte derfor opp med å merittere en rekke praksisnære læringsaktiviteter. Kunnskap om hvordan høykvalifiserte yrkesutøvere lærer, tilsier at selvstyrt læring er mest effektiv. Ut i fra dette valgte komiteen å lage et regelverk som skulle kombinere muligheten for størst mulig selvstyrt læring med en viss overordnet styring i retning visse aktiviteter. Vi valgte å lage reglene slik at man nå ikke får merittert mer enn 200

poeng/timer med kurs i sin resertifiseringsperiode, de resterende poeng/timer må tas i form av andre aktiviteter. Vi valgte også å legge et mildt(?) press på kollegiet i retning av å åpne opp våre lukkede rom ved å kreve to praksisbesøk, og å oppmuntre kollegiet til å danne lokale nettverk ved å kreve 20 timer i smågruppe i hver resertifiseringsperiode. For om mulig å myke opp overgangen kan man fritt ta i bruk de nye aktivitetene og søke dem godkjent i forhold til det gamle regelverket.

01.01.2003

Fra denne dato må alle som søker om spesialiteten og om resertifisering søke etter de nye reglene. Kravene til timer/poeng er uendret, men for spesialistkandidatene innebærer det at man maksimalt kan få merittet 330 poeng fra kurs. De resterende 70 poeng må skaffes til veie ved å delta i andre aktiviteter. Man må også gjennomføre et gjensidig praksisbesøk. For ferdige spesialister må altså nå 100 av de obligatoriske 300 timer/poeng tas på annen måte enn ved å gå på kurs, og man må gjennomføre to praksisbesøk og ha 20 timer/poeng i smågruppe.

01.01.04

Fra denne dato må alle som søker om spesialiteten allmennmedisin ha dokumentasjon for at de har hatt 40 legevakter. Etter et grundig forarbeid i APLF, NSAM og spesialitetskomiteen ble forslaget bifalt av legeforeningens landsmøte i høst for så å bli vedtatt av Sosialdepartementet. Vaktkompetanse anses som en viktig ferdighet i allmennmedisin, og ferdige spesialister som aldri har kjørt en vakt vil erfaringsmessig bli svært vanskelige å få med i videre vaktarbeid omkring i kommunene.

Hvordan få det til?

Vår felles utfordring blir å få dette til selv om det utvilsomt vil kunne føles ubekvemt å endre vaner. Praksisnær læring vil kreve mer egeninnsats. Det blir mindre anledning til å lese avisen på bakerste benk, men samtidig får vi økte muligheter til å utvikle relasjoner til kolleger i første – og annenlinjetjenesten. I tillegg må man kanskje ta noe mer initiativ selv med hensyn til å organisere sin egen læring. Det vil vel som regel medføre at vi blir mer målbevisste på hva vil ha svar på hvis vi f. eks. bruker en dag på en poliklinikk.

Gode ideer!

Smågruppe. For å få en gruppe til å overleve bør en gruppe ha en sekretær som tar ansvar for innkalling og fører tilstedeprotokoll. Når det gjelder smågrupper har komiteen sett eksempler på at f. eks. tilsynsleger ved fengsler i ett område har samlet seg med en psykiater og kjørt en smågruppe over noe tid, på samme måte kan vi lage smågrupper med ut-

gangspunkt i andre typer tilsynslegejobber. På legeforeningens nettsider kan man finne et idehefte for smågrupper.

Praksisbesøk. Føles det for nifst å slippe en kollega inn på kontoret for å bivåne konsultasjonene, kan man velge å lage praksisbesøk der fokus er satt på f. eks. administrasjon, eller journaldokumentasjon. Føler man seg litt idefattig, kan man plukke ideer fra et hefte i legeforeningens skriftserie om utdanning og kvalitetssikring: «Praksisbesøk hos kolleger i allmennpraksis», skrevet av undertegnede.

Dagsbesøk hos spesialist. Klargjør i forkant hva du gjerne vil se og lære mer om. Ta gjerne kontakt med spesialisten i forkant for å drøfte læringsmål. Da øker sjansen for et vellykket besøk betydelig.

Fallgruber

Industrien og oss er et evig problemområde. Når vi på denne måten har desentralisert en del av vår meritterende videre- og etterutdanningsaktivitet, er spesialitetskomiteen fullstendig klar over at den på sett og vis ber om trøbbel. Det er mye lettere å kontrollere at et kurs arrangeres på rett måte i forhold til industrimedvirkning enn når det gjelder en smågruppe. Og ingen behøver å fortelle spesialitetskomiteen at kreativiteten blant oss allmennleger er ganske stor. Hovedpoenget når det gjelder vår videre – og etterutdanning er følgende: Vi bør la industrien informere oss så mye den vil på sine arrangementer, og så skal vi drive vår formaliserte videre- og etterutdanning som selvstyrt aktivitet drevet og finansiert via legeforeningens fonds. Så enkelt – og så vanskelig!

Det betyr at smågrupper med innleide forelesere betalt av industrien ikke godkjennes. (I det hele tatt har innleide/inviterte forelesere ikke noe å gjøre i en smågruppe hvis de da ikke er invitert som resurspersoner som skal delta som samtalepartnere i gruppen? Grupper som har industrien som sekretariat godkjennes heller ikke.

Gjør porten høy, gjør døren vid

Det har faktisk vært et viktig poeng for spesialitetskomiteen å følge overnevnte prinsipp når den har prøvd å vurdere den praktiske fortolkningen av regelverket. Komiteen har prøvd å gi rom for mye innenfor regelverket og håper at kollegene i tiden fremover lar seg inspirere av de nye læringsformene og med nyoppstått glød inspirerer både seg selv og sine øvrige kolleger til i hvert fall å fremvise en smule ny giv og ikke blir sittende og mimre med solnedgang i blikket over forgangne tider da alt var såre vel og intet var så ille som det er nå.

Frå ein annan røyndom

Ein sjukehusreform som er skreddarsydd for kommersialisering og privatisering er på full fart inn i helsevesenet. Trass ei godt dokumentert MOTMELDING frå 10 medisinarar, vert denne saka stort sett møtt med stavstilla frå media og rikssynsarar. Noreg er tatt på senga. Kvar vert det av det solidariske og humane samfunnet som skal vera grunnlaget for regjeringas politikk – både i helsesaker og i andre samanhengar? Som kronikar ser eg med uro på denne utviklinga.

På denne bakgrunnen vil eg ta opp problema til ei av landets kronikargrupper – dei som fekk poliomyelitt på 40–50-talet. Framleis er vi ca. 15000 polio-overlevandar i Noreg. Kva gjorde så denne sjukdommen med liva til dei som blei sjuke? Konsekvensane var store og endringane i livsvilkåra kan vera vanskelege å fatta.

Litt eiga historie

Eg fekk polio som femåring like etter krigen, vart hardt skadd i akuttfasen, totalt lam etter sjukdommen og greidde knapt å pusta. Eg voks opp i Vesterålen; og på den tida var det vanskeleg å få helsefagleg hjelp til opptrening. Det var avhengig av kvar i landet ein budde. Seinare kom diverse sjukehusopphald, m.a. på Rikshospitalet. Utan nære på besøk over lang tid, vart dette traumatisk for ein sjuk femåring. Sjukehuskulturen på den tida var heller lite barnevennleg. Resultatet vart likevel såpass at eg lærte å gå brukbart og kunne fungera i utdanning og arbeidsliv. Eg gifta meg, fekk etter kvart to barn og gjekk mange år i full jobb ved sidan av arbeidet i heimen.

På åttitalet kom seinskadane som få i helsevesenet kjende til. Gradvis og snikande invaderte dei også meg: smerter, kraftsvikt og utmatting – såkalla *fatigue*. Eg trudde det var innbiling, men på eit nordisk fagseminar i Stockholm fekk eg og mange andre polioskadde frå heile Norden sanninga



Bjørg Holm,

Voss. Født 1941 i Vesterålen.

Polioskadd som 5-åring med seinskadeerfaring dei siste 12 åra. Har vore leiar i Troms Poliolag og arbeidd for å få landets første kompetansesenter i nord. Tidlegare arbeidd i Oslo kommune, sosialavdelingen og deltatt i kriesenterarbeid nokre år. Aktiv i Landsforeningen for Polioskadde frå interimstyret starta i 1991. Har vore knytt til styret og fungert som mediakontakt i LFPS nokre år. Ho har arbeidd med brukarmedverknads- og rehabiliteringsprosjekt i Voss kommune og er opptatt av «Råd- og Veiledningstjenesten» i regi av Norges Handikapforbund Hordaland. Særleg opptatt av vilkåra til dei polioskadde.

ter i nord. Tidlegare arbeidd i Oslo kommune, sosialavdelingen og deltatt i kriesenterarbeid nokre år. Aktiv i Landsforeningen for Polioskadde frå interimstyret starta i 1991. Har vore knytt til styret og fungert som mediakontakt i LFPS nokre år. Ho har arbeidd med brukarmedverknads- og rehabiliteringsprosjekt i Voss kommune og er opptatt av «Råd- og Veiledningstjenesten» i regi av Norges Handikapforbund Hordaland. Særleg opptatt av vilkåra til dei polioskadde.

om denne lidinga. Forsking viste at energisvikten var reell nok, og ein del av Postpoliosyndromet. At respirasjonen byrja å svikta, gjorde ikkje saka betre. Eg hadde framleis små ungar, og relativt mykje ugjort. Kampen for å få helsevesenet til å ta dette på alvor, var lang og vond. Via RITØ, Sunnaas, Ullevål og Haukeland fekk eg hjelp til slutt. I dag er eg avhengig heimerespirator om natta og el. rullestol. Eg har flytta frå Troms til Hordaland for å vera nær eit sjukehus med god lungeavdeling – og for å få ein kortare vinter.

Kva gjer denne nye helsesvikten med deg?

Det er svært ulikt kva den einskilde polioskadde treng av helsehjelp. Det vert bestemt bl.a. av skadegrad, funksjonstap eller seinskadar. Mange voks opp med ein meistringskultur som gjorde oss til «overytarar» – vi skulle makta det meste trass i at vi var fysisk reduserte. Dette var nok med og prega mange polioskadde opp gjennom livet. Når ein etter dagens medisinske råd skal læra å spara krefter, blir dette på ein måte å tenkja omvendt. Barrierane mot å bruke hjelpemiddel ligg der frå overlevingsstriden i barndommen. ➔

Opplevinga av helsevesenet

Det finst mange gode hjelparar som tek oss på alvor og er positivt lyttande når helsevikten røyner på som verst. Desse punkta er baserte på inntrykk frå likemannsgrupper og spørjerundar i målgruppa postpolio/polio.

- Stor vankunne rår i «systemet» om situasjonen til polio-skadde. Mange kjenner seg som kateballar i eit helsestell som delvis har fråskrive seg og pulverisert ansvaret for diagnosen. Sjølv om USA og resten av Norden har tatt seinskadane på alvor i mange år, har det ikkje vore enkelt å få bukt med informasjonssvikten her til lands.
- Mange slit med smerter, tap av krefter og energisvikt. Helsehjelp for dette har ikkje vore sjølvst. At tverrfaglegheit og den nødvendige heilskapsvurderinga ofte vert gjort vanskelegare av sektortenkning ved store sjukehus, er noko vi må retta oss etter.
- Identiteten din, sjølvkjensla – den du gradvis har bygd opp gjennom åra, vert truga når seinskadane gradvis endrar livet ditt. Det kan kjennast som ei slags rolleforvirring. Sårbar var ein kanskje frå før, men ny helsereaksjon forsterkar dette. Redselen for sterkare stigmatisering vert større for mange polioskadde når seinskadane kjem. Vegring mot å ta i bruk hjelpemiddel som trengst, blir ein ny barriere. Mange føler holdningane frå omgivnaden nærmast som ein trussel.
- Det er viktig å synleggjera dei mange som slit med store psykososiale problem. Dette kjem klårt fram av spørjerundar. Seinskadane kan reaktivera opplevingar og traume frå fortida og ikkje minst minner frå den vanskelege akuttfasen. Det er som å få polio på nytt, ei slags katastrofekjensle.
- Nokre polioskadde har nytte av psykologisk hjelp for å koma gjennom dette. Denne delen av problematikken er dessverre ofte eit ikkje-eksisterande tema. Mange slit derfor unødig psykisk – t.d. med depresjonar over lang tid. Ein kan undra seg om skolemedisinen har gløymt denne delen av mennesket.
- Det trengst å kommunisera klårt med helsepersonell, familie og andre nære personar. Helsearbeidarar kan ikkje lesa tankane, derfor er det viktig å formidla kvar problem ligg. Ofte greier ein ikkje eingong sjølv å forstå, godta eller vedgå sine plager. Difor håpar den seinskadde at hjelparane skal kunna lesa «mellom linjene».

- Kulturen til mange saksbehandlarar både i trygde-, skatteetat – og ikkje minst hjelpemiddelsektoren er delvis gjennomsyra av kontroll og mistenkeleggjing.
- Å meistra kvardagen vert eit veksande problem for kronikarane. Mindre overskott fører med seg innsnevring av det sosiale «nettverket» – med konsekvens at det livsviktige menneskelege samværet minskar. Isolasjonen aukar. For å bota på dette kan Brukarstyrt Personleg Assistanse vera til god hjelp, i tillegg kjem IT- teknologi og andre nødvendige og føremålstenlege tilretteleggingar.

Røyndas paradoks

Alle dei fine orda frå helsepolitikarar og plandokument er på kollisjonskurs med sperrane i det verkelege samfunnet. Gapet mellom teori og praksis vert for stort i kronikaren sin kvardag. Den byråkratiske røyndomen er ein heilt annan enn dei ideelle planane på papiet. Det handlar om økonomi, men kanskje i større grad om vilje til å satsa/prioritera ei kronikargruppe som lenge har vore for tålmodig.

Helse-Noreg var ikkje budde på postpoliosyndromet. Sjølv om vår rehabiliteringskultur er bygd på erfaringane etter polioepidemiane, har all polioomsorg etter kvart blitt nedlagt. I dag har Sosial- og Helsedepartementet slått fast at ansvaret for «følgetilstander og senskader etter polio» ligg på regionsplan. Til no er berre eitt kompetansesenter for polioskadde skipa: Ved RITØ i Tromsø.

Når WHO no går inn for å sortera menneske, sette verdistempel etter alder, helse etc. (Dagens Medisin 03/01) kan det sjå vanskeleg ut for kronikarar. Dersom framtidens helseprioriteringar ser til eit slikt system, vil enkelte grupper koma dårleg ut. Kva med FN's menneskerettsfråsegn der alle skal ha likeverd?

Vår diagnosegruppe har ramla mellom dei ulike helsereformer til nå. Vi var og vert avhengige av spesielt interesserte fagfolk «eldsjeler». Dei er for få til å hjelpa alle med utgreiing, behandling osv. Mange av dei er slitne. Det er vi og.

Framtida

Forventningane frå polioskadde må ligga innanfor det som er mogleg å oppnå. Når det gjeld kunnskap, bruk eit alternativ til dei tradisjonelle faglege kunnskapkjeldene, nemleg dei polioskadde sjølve. Dei sit med kunnskapen om korleis denne sjukdommen vart opplevd og kva konsekvensar den har hatt for livet til den enkelte. Informasjon finst og hos «Landsforeiningen for Polioskadde». Det er viktig å ta vare på eigenerfart kunnskap. Vi har levd med polio – og mange nå med seinskadane. Mitt råd til helsepersonell er derfor: Lytt og lær –

INTERKOMMUNALT SAMARBEID OM legetjenesten

– ikke bare om natten

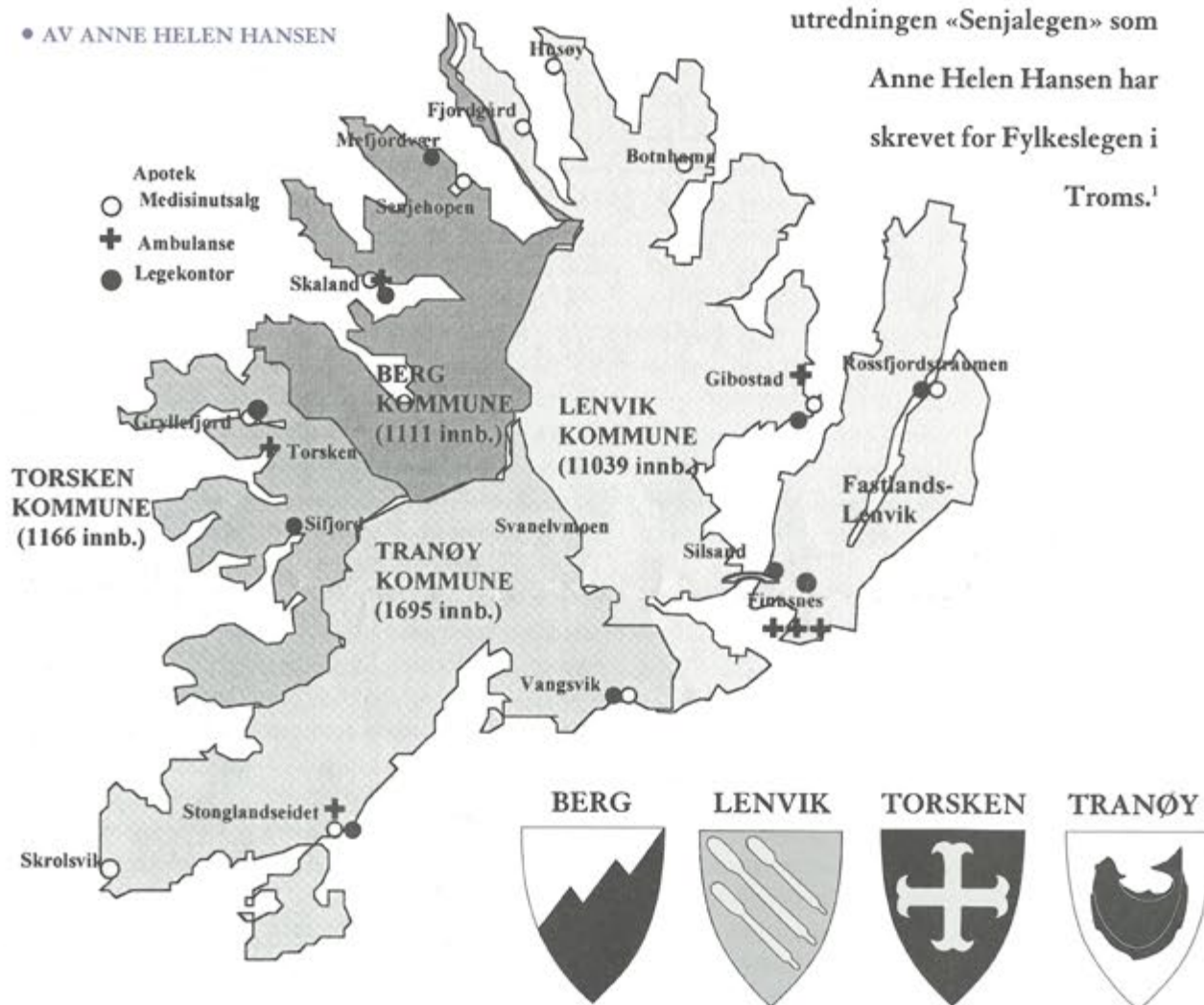
Interkommunalt samarbeid om legetjenesten er ikke bare aktuelt for legevakt, men kan også bli nødvendig for legetjenesten på dagtid. Mange små kommuner sliter med å få til et stabilt legetilbud til befolkningen, og det er avgjørende for fremtidens legetjeneste i disse kommunene at re-

kruttering og stabilitet styrkes. Dette skjer best gjennom oppbygning av robuste allmennmedisinske fagmiljøer. På Senja i Troms er interkommunalt samarbeid nødvendig for å skape et slikt fagmiljø og dermed rekruttering og stabilitet i legetjenesten. Dette er hovedkonklusjonen i

utredningen «Senjalegen» som

Anne Helen Hansen har skrevet for Fylkeslegen i Troms.¹

• AV ANNE HELEN HANSEN





Anne Helen Hansen

kommer opprinnelig fra Lødingen i Nordland. Hun er spesialist i allmennmedisin og fastlege i Tromsø. For tiden har hun permisjon fra sin praksis ved Kroken Legeklinikk, og arbeider som ass. fylkeslege i Troms.

Anne Helen Hansen har utarbeidet rapporten «Senjalegen» som er en utredning om interkommunal legetjeneste på Senja.

Det har de senere år vært vanskelig å rekruttere leger til allmennmedisin både i Norge og internasjonalt.² Den vanskelige situasjonen merkes sterkest i distriktene. I Troms er det kommunene Berg og Torsken som har hatt det vanskeligst. Et økende antall vikarer har betjent befolkningen, og i fjor byttet de lege mer enn en gang i måneden. De fleste vikarene kom fra utlandet.

Forbedring og videreutvikling

Den dårlige legedekningen har skapt behov for en gjennomgang av legetjenesten i området med tanke på forbedring og videreutvikling. Fylkeslegen i Troms har fått midler fra Sosial- og helsedepartementet til å utrede mulighetene for interkommunal legetjeneste på Senja. Vi har utviklet flere alternative modeller for organisering av legetjenesten, og alle modellene innebærer samarbeid mellom to eller flere kommuner. Formålet med endret organisering er å skape større fagmiljø og bedre rekruttering og stabilitet i legetjenesten. Endret organisering kan være interessant for flere små kommuner med marginal rekruttering.

I utredningen «Senjalegen» blir disse modellene presentert og drøftet. Utredningen er gjennomført i samarbeid med de aktuelle kommunene og har underveis vært drøftet i en egen referansegruppe. Rapporten vil bli gjenstand for politisk behandling, og den fremtidige organiseringen av legetjenesten vil bli et resultat av politiske prosesser i kommunene. Vi vil her presentere den modellen som etter vår vurdering best sikrer rekruttering og stabilitet i legetjenesten i disse små kommunene. Men først en liten geografisk realitetsorientering....

Senja – vill og vakker

Senja er Norges nest største øy. Naturen er vill og vakker, og øya har blitt kalt et Norge i miniatyr. Her finner vi kommunene Berg (i nordvest), Torsken (i sørvest), Tranøy (i sørøst) og

deler av Lenvik (i nordøst). Senja har bruforbindelse til Finnsnes, byen i Midt-Troms. På yttersida (Berg og Torsken) er øya preget av mange fjorder som i liten grad har vegforbindelse seg i mellom. I dag er området mellom Svalenmoen og Silsand øyas trafikk-knutepunkt idet alle eksisterende veier fra fjordene møtes i dette området.

Kommuneinndelingen bærer preg av at sjøen i tidligere tider var hovedferdselsåre. Både Berg og Torsken kommuner er delt i to av dype fjorder og høye fjell. For å komme med bil fra nordre Berg til kommunesenteret i søndre del av kommunen, må man reise 110 km gjennom både Lenvik og Tranøy kommuner. I nordre Berg bor om lag halvparten av kommunens befolkning. Det er håp om at internveier mellom de nordre og søndre deler av kommunene skal stå ferdig om noen år.

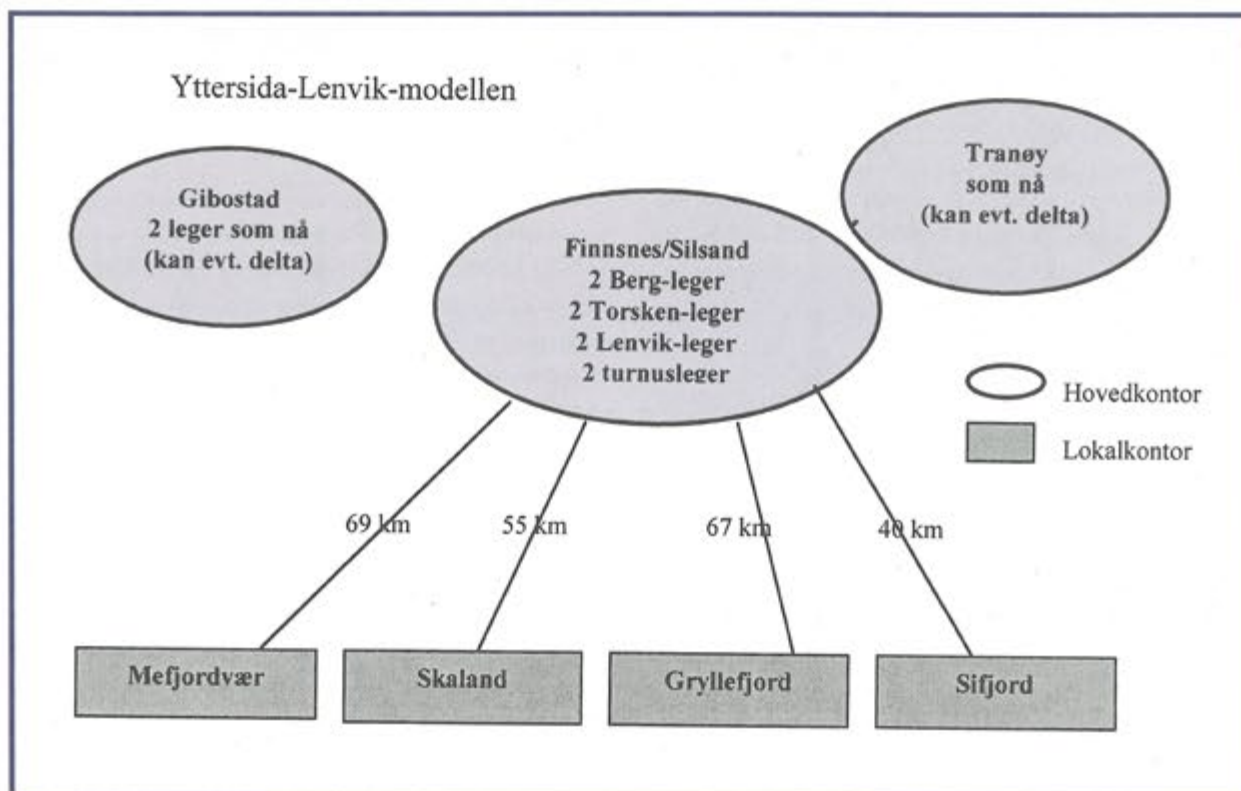
Mange pendler over kommunegrensene i forbindelse med arbeid, skolegang og fritidsaktiviteter. Reisetiden til Finnsnes er stort sett mindre enn en time uansett hvor man befinner seg på Senja, og det er enda kortere til Silsand. Det er større avstand fra viktige områder i Berg og Torsken til eget kommunesenter, enn til Silsand/ Finnsnes-området. Fremkommeligheten begrenses i perioder vinterstid av uvær og rasfare.

Hovedkontor og lokalkontor

Her presenteres den modellen som er størst og minst sårbar for fravær, og som vi mener kan sikre rekruttering og stabilitet i de små kommunene; den såkalte Yttersida-Lenvik-modellen. Modellen innebærer et samarbeid mellom tre kommuner; Lenvik, Berg og Torsken. Vi tenker oss 2 leger fra hver av disse kommunene pluss 2 turnusleger samlet på et sentralt hovedkontor på Finnsnes/Silsand. På grunn av bosetningsmønsteret må lokalkontorene bestå som i dag. Reisingen til de ulike lokalkontorene vil innebære slitasje, men kommunene kan kompensere dette med å legge transportvilkårene godt til rette praktisk og økonomisk. Hvorfor vil vi anbefale denne modellen for å bedre legetilbudet til befolkningen? Hva er fordelene med interkommunalt samarbeid om legetjenesten? Vi vil her ta for oss de viktigste momentene i denne diskusjonen.

Fagmiljø, rekruttering og stabilitet

Yttersida-Lenvik-modellen med 6 leger pluss 2 turnusleger er størst blant våre modeller og vil gi det minst sårbare fagmiljøet. Store kontorer vil gi mulighet for faglige møter, legene vil kunne konsultere hverandre og det vil samlet være store faglige ressurser i miljøet. Unge leger vil kunne nyte godt av eldre kollegers erfaringer. For å rekruttere må faglig isolasjon unngås da dette skremmer leger fra distriktene.^{3,4}



Erfaringene fra fastlegeforsøket tilsier at det bør være minimum 3 faste leger på et legekontor for å sikre kontinuerlig drift i forbindelse med ulike typer fravær. Et stort miljø har muligheter for fleksible løsninger både på kort varsel og på lengre sikt. I det nye avtaleverket for fastlegeordningen har den enkelte privatpraktiserende lege rett (ikke plikt) til å begrense åpningstiden til 28 timer pr uke ved full kurativ praksis.³ Dette bidrar til at små legekontor ikke alltid kan ha lege tilgjengelig i vanlig åpningstid. Større legekontor vil også være mindre sårbare når det gjelder hjelpepersonell, hvilket vil være positivt både for legesekretærene, legene og pasientene.

Det er i Norge alminnelig enighet om at den mest hensiktsmessige størrelsen på en legepraksis er 4–5 leger.⁶ Større praksiser vil ofte føre til at presset på resepsjon og laboratorium blir for stort. I Yttersida-Lenvik-modellen kan hovedkontoret imidlertid tåle et større antall leger fordi flere leger til enhver tid har andre oppgaver enn kurativt arbeid på hovedkontoret. Hensiktsmessige planløsninger og organisasjon kan også bidra til at det kan utvikles større enheter enn tidligere antatt.⁶

Fagmiljøets lokalisasjon har også stor betydning for rekruttering og stabilitet. Lokalisering av hovedkontoret til Finnsnes eller Silsand vil være gunstig, da det allerede er et stort miljø både faglig og sosialt i dette området. Etablering av hovedkontoret sentralt vil også gjøre at legene i større

grad tør å satse på privat praksis. Flere undersøkelser har vist at privatpraktiserende leger er mer stabile enn fast-lønnsleger.⁷

Ressurskommuner

Med støtte fra Sosial- og helsedepartementet har Universitetet i Tromsø nylig etablert en forsøksordning med såkalte «ressurskommuner», hvor universitetet og kommunene samarbeider om medisinerutdanningen.⁸ Sosial- og helsedepartementet vurderer å øke de økonomiske tilskuddene til dette. Yttersida-Lenvik-modellen gir plass til to turnusleger, og er gunstig med tanke på å komme i betraktning som «ressurskommune» og få adgang til særlige økonomiske stimulerings tiltak. *Kontoret vil kunne bli attraktivt for turnusleger og for undervisning av legestudenter. Begge deler er viktig for rekruttering av leger og for utvikling av et godt faglig miljø.*

Nærhet og tilgjengelighet

Når det gjelder geografisk nærhet vil den nye modellen gi et tilbud på lokalkontorene i Berg og Torsken som sannsynligvis blir bedre enn i dag.

Befolkningen i uværsutsatte områder i Berg og Torsken er særlig bekymret over å bli avsondret fra tilgang til medisinsk hjelp i krisesituasjoner.⁹ Det viktige i slike situasjoner må være å ha en lege på vakt som kjenner de lokale forhold og som enten kjenner pasienten personlig eller har tilgang

til journalopplysninger på data. Det er også viktig å ha en godt utbygd ambulansetjeneste som kan iverksette medisinske tiltak etter delegering fra lege.

Nærhet i betydningen at legen og pasienten kjenner hverandre, krever stabile leger. Brukerundersøkelser viser at pasienter leger stor vekt på å kunne møte samme lege ved hver konsultasjon.¹⁰ På dette punkt kan legetjenesten til befolkningen i mange små kommuner forbedres vesentlig.

Brukerundersøkelser har også vist at legens tilgjengelighet har høy prioritet for pasienter. På et større legekantor vil det til enhver tid være mulig å få tak i en fast lege. Et mindre legekantor vil være mer sårbart for fravær av forskjellig art, og belastningen på de øvrige legene vil være større når en lege er borte. Dette vil gi forholdsvis lavere tilgjengelighet overfor pasientene. Et stort miljø har muligheter for fleksible løsninger både på kort varsel og på lengre sikt.

Kvalitetssikring

Befolkningen skal være sikret en kvalitetsmessig trygg legetjeneste. Medisinsk arbeid vil ha best kvalitet når det utøves i et faglig fellesskap hvor kolleger kan gi hverandre råd og veiledning. *Det kan synes som om det er en sammenheng mellom tilgangen til et fagmiljø og hvilke legetyper som rekrutteres til en kommune.¹¹ For mange små kommuner vil legetjenestens kvalitet sikres bedre ved en interkommunal organisering.*

Samfunnsmedisinsk arbeid

Det vil være fordelaktig med felles kommunelege I for flere kommuner. Det er mange felles problemstillinger for kommunene i en region, og man kan dra nytte av stordriftens fordeler. I Yttersida-Lenvik-modellen er det god kapasitet til samfunnsmedisinsk arbeid. Det viktigste for dette arbeidet er kjennskap til regionen. Dette opparbeides over tid. Den modellen som best gir rekruttering og stabilitet, vil også best ivareta det samfunnsmedisinske arbeidet.

Legevakt

Det ble høsten 2000 inngått en ny landsdekkende avtale om legevakt. Den innebærer honorering i form av fast lønn til leger som har tilstedevakt om natten (kl 23–08) på en interkommunal vaktentral, og ikke avlønning etter stykkprisordning som tidligere. Avtalen medfører store vakt-distrikter og vil føre til økende samarbeid mellom kommunene og redusert vaktbelastning for den enkelte lege. Avtalen gir legene rett til fri med lønn eller praksiskompensasjon 2–4 timer dagen etter vakt, eller hele dagen i vakt-distrikter med et befolkningsgrunnlag på mer enn 60 000 mennesker.¹² Dette vil ha stor betydning for legetjenesten på dagtid og vil gjøre små enheter enda mer sårbare på dagtid enn tidligere. Det vil være en fordel for små legekantor at mange leger

inngår i legevaktordningen, slik at hver lege tar relativt sjelden fri etter vakt. Det fremgår av avtaleverket i forbindelse med fastlegeordningen at legene normalt ikke bør ha vakt oftere enn hvert 3. døgn.¹³

Det er viktig for små kommuner å få til stabilitet i legetjenesten dersom de ønsker legevaktssamarbeid med kommuner som har stabile leger. Stabile leger ønsker ikke at pasienter som skulle vært behandlet på dagtid skyves over til vaktarbeid på kveld og natt. Med et jevnt godt legetilbud i en region vil alle kommunene høste gevinst av legevaktssamarbeid idet sjeldnere vakt er viktig for rekrutteringen av faste leger. De kommunene som er tidlig ute med å legge til rette for dette, vil få et konkurransefortrinn når det gjelder å skaffe nye leger.

Økonomi

Det vil koste om lag 1,5 mill kr (ekskl. moms) å utstyre et 6-legesenter i Yttersida-Lenvik-modellen med nytt utstyr til dagens pris. Prisen pr utstyrt legeplass er høyere når færre leger inngår i fellesskapet.¹⁴

Det er stor økonomisk gevinst ved stordrift og ved å unngå de ekstraavgiftene som bruk av korttidsvikarer medfører. En legetjeneste med to faste leger og en turnuslege etter Yttersida-Lenvik-modellen vil gi Berg og Torsken kommuner en legetjeneste til samme kostnad som i år 2000, men med nesten tre ganger så mange legeårsverk.

Det er grunn til her å ta med noen betraktninger omkring legeavlønning og økonomiske vilkår, da dette kan være en viktig faktor i forbindelse med rekruttering. Ved inngåelse av fastlegeavtaler har høy lønn vært et viktig virkemiddel for mange små kommuner for å sikre seg leger. Bø kommune (Vesterålen) har for eksempel valgt å lønne nyutdannede leger i lønnsstrinn 70 samtidig som legene er innvilget en rekke øvrige gunstige ordninger. Kommuner som har problemer med rekruttering bør vurdere å tilby legene noe gunstigere vilkår enn det som oppnås i nabokommunene.

Konklusjoner

Det er landets kommuner som har ansvar for å gi befolkningen en tilfredsstillende helsetjeneste. Det blir viktig for kommunene å organisere legetjenesten slik at rekruttering og stabilitet sikres. I små kommuner gjøres dette sikrest ved interkommunalt samarbeid. Dette vil gi økonomiske stordriftsfordeler også til små kommuner. Legekantorer med mindre enn 3 leger er ikke å anbefale når distriktene i fremtiden skal utvikle en moderne, faglig forsvarlig og stabil legetjeneste. Erfaringene fra fastlegeforsøket, avtaleverket for fastlegeordningen samt den nye legevaktavtalen tilsier at små legekantorer også i forbindelse den daglige drift vil

bli mer sårbar enn tidligere. Dette skyldes blant annet problemer med å skaffe vikar i forbindelse med fravær av ulike art, privatpraktiserende legers rett til redusert åpningstid og legenes rett til fri etter vakt.

Referanser

1. Hansen A H. Senjalegen – en utredning om interkommunal legetjeneste på Senja. Fylkeslegen i Troms. Tromsø februar 2001.
2. Hays RB, Veitch PC, Cheers B, Crossland L. Why doctors leave rural practice. Aust J Rural Health 1997; 5, side 198-203.
3. Olsen A G. Hvilke faktorer får leger til å velge seg bort fra primærhelsetjenesten i Nord-Norge? Universitetet i Tromsø 1998.
4. Hays RB, Veitch PC, Cheers B, Crossland L. Why doctors leave rural practice. Australian Journal Rural Health (1997) 5; 198-203.
5. Kommuneavtalen ASA 4310 pkt 13.1.
6. Kvamme, Jan-Ivar. Etablering av legepraksis i fastlegereformens rike. Utposten nr 3 – 2000. Side 10-13.
7. Olsen A G. Hvilke faktorer får leger til å velge seg bort fra primærhelsetjenesten i Nord-Norge? Universitetet i Tromsø 1988. Side 41.
8. Aaraas, Hasvold, Andersen, Swensen, Straume. Legeflukten fra distriktene. Universitetet i Tromsø. Betenkning. Side 6.
9. Johansen A-M. Uten lege dør vi. Troms Folkeblad 29. april 2000, side 6.
10. Kvamme OJ, Hjortdahl P. Den gode allmennpraksisen – norske pasienter sine vurderinger og prioriteringer. Tidsskrift Nor Lægefor nr 18/1997; 117: 2607-9.
11. Bjørkli V. Uholdbar legeordning. Troms Folkeblad 26. februar 1999, side 6.
12. Særvatnalen mellom KS og Dnlf SFS 2305 § 8. Legevakt i interkommunal vaksentral i tiden 2300-0800.
13. Særvatnalen mellom KS og Dnlf SFS 2305 § 7.
14. Hansen A H. Senjalegen – en utredning om interkommunal legetjeneste på Senja. Fylkeslegen i Troms. Tromsø februar 2001.

Smittsomme sykdommer. Utfordringer i en storby

Tuberkulose, hepatitt og HIV – og møtet med pasienten

Kurs for allmennleger, smittevernleger og andre ansatte innen smittevern

Tid: 28. og 29. mai 2001.

Sted: Vestre Aker kirkes menighetshus, Oslo

Kursavgift: kr. 900,-

Påmeldingsfrist: 1. mai 2001

Målsetting:

- øke kompetanse vedrørende tuberkulose, hepatitt og HIV
- fremme samarbeid mellom 1. og 2. linje tjenesten for disse pasientene
- remme kommunikasjon med personer tilhørende risikogrupper

Kurset er søkt godkjent som emnekurs.

Kurskomité: overlege Reidun Brunvatne, sykepleier/antropolog Ragnhild Magelssen og teknisk arrangør Tove Rutle

Programmet fåes ved henvendelse til: Tove Rutle, RMR kursarrangør, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim. Tlf. 63 97 32 22, fax 63 97 16 25 og e-mail rmtove@online.no

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 - 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 - Fax 63 97 16 25 - E-mail rmtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN

Det koster kr. 375,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



Helvetes



c Valtrex Glaxo Wellcome

ATC-nr.: J05AB11

Antiviralt middel.

TABLETTER 250 mg og 500 mg:

Hver tablett inneh.: Valaciclovirhydroklorid tilsv. valaciclovir 250 mg, resp. 500 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Brillantblått (E 133), titandioksid (E 171).

Egenskaper: Klassifisering: Valinsyreester av aciclovir. Omdannes til aciclovir etter peroral absorpsjon. Aciclovir har spesifikk antiviral effekt in vitro mot herpes simplex virus type 1 og 2, varicella zoster (VZV), cytomegalovirus (CMV), Epstein-Barr virus (EBV) og humant herpes virus 6 (HHV-6). Klinisk effekt er ikke vist mot de to sistnevnte virus. Virus med nedsatt følsomhet for aciclovir kan en sjelden gang ses hos alvorlig immunkompromitterte personer. Kliniske studier tyder på at dette er meget sjelden hos immunkompetente pasienter.

Virkningsmekanisme: Aciclovir hemmer syntesen av viralt DNA etter fosforylering til dets trifosfat. Omdannelsen fra mono- til trifosfat skjer via cellulære kinaser. Aciclovirtrifosfat er en nukleosidanalogue som ved inkorporering i virus-DNA kompetitivt hemmer DNA-polymerase. Dermed termineres DNA-kjeden, og videre virusreplikasjon blokkeres. Etablert latens i gangliene elimineres ikke, hvilket innebærer at aciclovir ikke hindrer fremtidige residiv. I en klinisk studie var tiden til smertefrihet ved Herpes zoster-infeksjon signifikant kortere etter behandling med valaciclovir sammenlignet med aciclovir. Median tid til smertefrihet var 38 dager ved valaciclovirbehandling mot 51 dager ved aciclovirbehandling. Effekt på smerte er kun vist hos pasienter eldre enn 50 år. CMV-profylakse med valaciclovir i forbindelse med nyretransplantasjon er vist å redusere forekomst av akutt graft-avstøtning, opportunistiske infeksjoner og andre herpesvirusinfeksjoner (HSV, VZV). **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet av aciclovir fra valaciclovirtabletter ca. 54 %, dvs. 3-5 ganger høyere enn for peroralt aciclovir. 1 g valaciclovir gir gjennomsnittlig maks. plasmakonsentrasjon av aciclovir på ca. 25,1 µmol/liter (ca. 5,7 µg/ml) etter ca. 1 time og 45 minutter. 500 mg valaciclovir gir en gjennomsnittlig maks. plasmakonsentrasjon av aciclovir på ca. 15 µmol/liter (ca. 3,3 µg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 15 %. **Halveringstid:** Med normal nyrefunksjon, ca. 3 timer (i plasma). Hos pasienter med nyresvikt er tilsvarende halveringstid omtrent 14 timer.

Metabolisme: Valaciclovir omdannes til aciclovir via hydrolyse. **Utskillelse:** Utskilles i urin hovedsakelig som aciclovir (mer enn 80%) og 9-karboxymetoksymetylguanin. < 1 % av gitt dose valaciclovir gjenfinnes i urinen som uforandret legemiddel. Nyretransplanterte pasienter som behandles med 2000 mg 4 ganger daglig har en maksimal konsentrasjon som er den samme eller høyere enn friske frivillige behandlet med samme dose. Estimert daglig AUC er vesentlig større hos nyretransplanterte pasienter.

Indikasjoner: Akutte tilfeller av Herpes zoster-infeksjoner hos pasienter med normalt immunforsvar hvor et alvorlig sykdomsforløp kan forventes. Alvorlige infeksjoner forårsaket av Herpes simplex-virus i hud og slimhinner inkludert primær og residiverende Herpes genitalis. Supprimerende behandling av Herpes genitalis hos pasienter med svært hyppige residiv. Profylakse mot cytomegalovirus (CMV)-infeksjon og -sykdom i forbindelse med nyretransplantasjon.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for valaciclovir, aciclovir eller andre av preparatets innholdsstoffer.

Bivirkninger: Gastrointestinale: Kvalme, ubehag i buken, oppkast og diare. Blod: Sjeldne tilfeller av trombocytopeni. **Overfølsomhet og hud:** Utslett, inkludert fotosensitivitet, urtikaria, pruritus og i sjeldne tilfeller dyspne, angioødem og anafylakse. **Nyre:** Sjeldne tilfeller av nedsatt nyrefunksjon. **Lever:** Sjeldne tilfeller av reversibel økning i leverfunksjonstester, i enkelte tilfeller beskrevet som hepatitt. **Neurologiske/psykiatri:** Hodepine. I sjeldne tilfeller har det vært rapportert på reversible neurologiske reaksjoner som svimmelhet, forvirring, hallusinasjoner. Nedsatt bevisst har vært rapportert, men dette har stort sett vært hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon eller andre predisponerende faktorer. Neurologiske reaksjoner forekommer hyppigere hos organtransplanterte pasienter som behandles med høye doser Valtrex som CMV-profylakse og hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. **Andre:** Det er rapportert tilfeller av nyreinsuffisiens, mikroangiopatisk hemolytisk anemi og trombocytopeni hos alvorlig immunsupprimerte pasienter, spesielt pasienter med langtids HIV-sykdom, som har mottatt høye doser (8 g daglig) valaciclovir i lengre perioder. Dette er også observert hos pasienter med samme underliggende sykdom, men som ikke har vært behandlet med valaciclovir.

Forsiktighetsregler: **Hydrering:** Pasienter med risiko for dehydrering bør holdes godt hydrert, særlig eldre og pasienter med lav kreatinin clearance. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering gjennomføres hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon pga. akkumulasjonsrisiko (se Dosering). Eldre pasienter og pasienter med lav kreatininclearance bør holdes godt hydrert. **Bruk av høye doser valaciclovir ved nedsatt leverfunksjon:** Det mangler data for bruk av høye doser valaciclovir (8g/dag) hos pasienter med leversykdom. Forsiktighet bør derfor utvises hos denne pasientgruppen.

Graviditet/Amning: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. En mindre retrospektiv studie på gravide som fikk systemisk behandling i 1. trimester viste ikke økt risiko for fosterskader. Bruk under graviditet bør unngås hvis ikke fordelene oppveier en mulig risiko. **Amning:** Den aktive metabolitten aciclovir går over i morsmelk. Aciclovir er målt i konsentrasjoner fra 0,6 – 4,1 ganger plasmakonsentrasjonen. Etter inntak av aciclovir 200 mg 5 ganger daglig peroralt, er maksimal plasmakonsentrasjon ved steady state gjennomsnittlig 3,1 mikromol (0,7 µg/ml). Dette vil kunne eksponere det diende barn for en dagdose på opptil 0,3 mg/kg/dag. Halveringstid for aciclovir i morsmelk er den samme som i plasma; 2,8 timer. Forsiktighet bør derfor utvises ved bruk av Valtrex ved amning. Dagdosene på 30 mg aciclovir per kg intravenøst brukes imidlertid til behandling av neonatal herpes simplex.

Interaksjoner: Aciclovir elimineres hovedsakelig uforandret i urin ved aktiv renal sekresjon. Andre legemidler som gis samtidig, og som konkurrerer med denne mekanismen, kan øke plasmakonsentrasjonen av aciclovir. Etter inntak av 1 gram valaciclovir, øker cimetidin og probenecid AUC for aciclovir med 20% respektivt 40% ved å redusere renal clearance. Dosejustering anses imidlertid ikke å være nødvendig på grunn av aciclovirs brede terapeutiske index. Ved bruk av høye doser valaciclovir (8g/dag) ved CMV-profylakse, må forsiktighet utvises ved samtidig inntak av legemidler som konkurrerer med aciclovirs eliminasjonsvei på grunn av risiko for økt plasmakonsentrasjon av en eller begge legemidlene eller deres metabolitter. Økt plasma-AUC for aciclovir og den inaktive metabolitten av mykofenolatmofetil, et immunosuppressivt middel brukt ved transplantasjon, er sett når legemidlene gis samtidig.

ild

Tør man la være å starte behandling?

Behandling av Herpes zoster med antivirale midler reduserer zoster-assosiert smerte og risiko for post-herpetisk neuralgi*

Valtrex (valaciclovir) er en mer effektiv behandling enn Zovirax eller andre aciclovirpreparater til å redusere zoster-assosiert smerte, og gir mindre risiko for post-herpetisk neuralgi*

*ref. Beutner KR, et al. Valaciclovir Compared with Aciclovir for improved Therapy for Herpes Zoster in Immunocompetent Adults. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 1995; 39: 1546-1553.

Forsiktighet må utvises dersom høye doser valaciclovir gis samtidig med legemidler som påvirker nyrenes fysiologi (for eksempel ciklosporin, tacrolimus). Nyrefunksjonen bør i slike tilfeller følges nøye.

Dosering: Herpes zoster-infeksjoner: 2 tabletter à 500 mg 3 ganger daglig i 7 dager. Behandlingen bør initieres så snart som mulig etter utslettets frembrudd og senest innen 72 timer. Alvorlige infeksjoner i hud og slimhinner forårsaket av Herpes simplex-virus: Både ved primærinfeksjon og residiv bør behandlingen innsettes så tidlig som mulig i sykdomsforløpet, aller helst i prodromalstadiet eller når lesjonene begynner å vise seg. Primærinfeksjon: 1 tablett à 500 mg 2 ganger daglig i 5-10 dager. Residiverende infeksjon: 1 tablett à 500 mg 2 ganger daglig i 5 dager. Pasienter med nedsatt immunforsvar (for eksempel HIV-pasienter): 2 tabletter à 500 mg 2 ganger daglig i 5-10 dager ved primærinfeksjon. Ved residiv: 2 tabletter à 500 mg 2 ganger daglig i 5 dager. Supprimerende behandling av Herpes genitalis: Pasienter med normalt immunforsvar: 1 tablett à 500 mg 1 gang daglig. Pasienter med 10 eller flere residiv årlig, kan ha ytterligere effekt ved å fordele døgndosen på 2 doseringer, 250 mg 2 ganger daglig. Pasienter med moderat nedsatt immunforsvar: 1 tablett à 500 mg 2 ganger daglig. Profylakse mot CMV-infeksjon og -sykdom ved nyretransplantasjon: Voksne og barn over 12 år: 2 g 4 ganger daglig. Behandlingen innsettes så tidlig som mulig etter transplantasjon. Dosen bør justeres i henhold til kreatininclearance (se dosering ved nedsatt nyrefunksjon). Varighet av behandling er vanligvis 90 dager, men hos høyrisiko-pasienter kan det være nødvendig å utvide behandlingstiden. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon:

Dosering	Nyrefunksjon Kreatininclearance (ml/min)	
	15-30	< 15
Herpes zoster	1 g 2 ganger daglig	1 g én gang daglig
Herpes simplex:		
Behandling av infeksjon	500 mg 2 ganger daglig	500 mg 1 gang daglig
Supprimerende behandling:		
Normalt immunforsvar	500 mg daglig fordelt på én eller to doser	250 mg daglig
Nedsatt immunforsvar	500 mg 2 ganger daglig	500 mg daglig

Til pasienter som gjennomgår regelmessig hemodialyse anbefales samme dosering som til pasienter med kreatininclearance < 15 ml/minutt, med doseinntak etter at hver dialyse er gjennomført. Kreatininclearance bør følges jevnlig, spesielt i perioder hvor nyrefunksjonen endres raskt, for eksempel etter en transplantasjon. Valaciclovirdosen bør justeres deretter. CMV-profylakse: Hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon bør dosen justeres i henhold til tabellen nedenfor:

Kreatininclearance (ml/min)	Dosering
> 75	2 g 4 ganger daglig
50-75	1,5 g 4 ganger daglig
25-50	1,5 g 3 ganger daglig
10-25	1,5 g 2 ganger daglig
<10 eller dialyse	1,5 g én gang daglig

Overdosering/Forgiftning: Det foreligger få opplysninger om overdosering med valaciclovir. Kontakt evt. Giftinformasjonssentralen (tlf. 22 59 13 00). Pasienter har inntatt enkelt doser på opp til 20 g aciclovir, som kun delvis absorberes fra gastrointestinaltraktus, vanligvis uten toksiske effekter. Tilfeldige overdoser av peroral aciclovir over flere dager, har vært assosiert med gastrointestinale effekter (som kvalme og oppkast) og neurologiske effekter (hodepine og forvirring). Behandling: Ved symptomgivende overdosering kan aciclovir utskilles ved hemodialyse. Ventrikkeltømming og/eller behandling med aktivt kull kan eventuelt overveies.

Forskrivningsregel: Supprimerende behandling av genital Herpes simplex skal være instituert av spesialist i dermatovenerologi eller gynekologi.

Pakninger og priser: 250 mg: Enpac: 60 stk. 892,50. 500 mg: Enpac: 10 stk. kr 336,50, 30 stk. kr 892,50, 42 stk. kr 1235,80.

Priser av 01.2001
Preparatomtale av 07.10.1999.

gsk GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline
Postboks 4312 Nydalen, 0402 Oslo
Telefon: 22 58 20 00 Telefaks: 22 58 20 04
www.gsk.no

PASIENTENROLLEN

– i et sosialantropologisk perspektiv

• AV ANNE KAREN BJELLAND, PROFESSOR, INSTITUTT FOR SOSIALANTROPOLOGI, UNIVERSITETET I BERGEN



Anne Karen Bjelland,

professor ved Institutt for sosialantropologi, Universitetet i Bergen. Forsknings- og undervisningsvirksomhet knyttet til teoretiske, praktiske og etiske spørsmål innen helse- og omsorgssektoren. Medlem av forskergruppen Helsekameratene (UiB/SEFOS) med miljøstøtte fra NFR sitt program «Helse og sykdom i kulturelt perspektiv».

I heftet «Verdier i helsetjenesten» slås det fast under «Menneskelivets ukrenkelighet» at mange mennesker føler seg maktesløse i møtet med helsetjenesten:

«Ikke sjelden hører en historier om mennesker som har hatt et ubehagelig og hardt møte med helsetjenesten. Slike historier forteller at verdigrunnlaget for helsetjenesten står sin virkelige prøve i møtet mellom helsearbeideren og den enkelte pasient... Sykdom, skader og funksjonshemming fører ofte med seg en følelse av maktesløshet, svakhet og sårbarhet. Nettopp derfor er det viktig at helsetjenesten støtter opp under den enkeltes integritet og rett til å bestemme over sitt eget liv.»¹

Det å skulle belyse temaet «Pasienten: rolleforståelse og pasientidentitet» i antropologisk perspektiv er et høyst utfordrende prosjekt: For pasienter er som vi vet ingen ensartet kategori, og pasientidentitet er bare ett av mange aspekt ved mennesket. Den er både situasjon- og kontekstavhengig – og er først og fremst relevant vis-a-vis helsetjenesten – i denne sammenheng vis-a-vis allmennpraktiserende leger.

Pasienten som person og meningsskaper i kulturelt perspektiv

Mennesket er menings- og symbolskapende. Dette betyr at alle tanke- og kunnskapsformer, forestillings- og meningsdannelser rundt kropp, sykdom og helse – ikke er naturgitte, men kulturelt utformete konstruksjoner. Selv om det er fellesmenneskelig å være (i) en kropp – en fysisk og biologisk kropp som setter visse rammer, har den sosiale og kulturelle kroppen ubegrensede potensialer som meningsbærer og meningsbærende. Ut fra dette følger den store variasjonen i forståelses- og kunnskapsformer konstruert rundt kropp og helse – i sin videste forstand.

La meg få illustrere dette med tre sitater fra barnemunn – fra Vogels bok «De to første menneskene på jorden var Hans og Grete – Perler fra skolebarns stiler»:²

Først om *kroppens anatomi*:

«Innerst inne har vi skjelettet. Det er det stativet kjøttet henger på. Utenpå kjøttet har vi overhuden – som en slags tapet i forskjellige farger» (s.45).

Så noen ord om *hukommelsen*:

«Hukommelsen er en stor, grå klump inne i hodet. Når vi blir gamle, er den bare en liten klump, og da er den sort. Hvis hukommelsen ikke virker, er det fordi det faller en sort klaff ned foran hjernen» (s.46).

Og til slutt noen forestillinger om *kretsløpet*:

«Kroppen er inndelt i blodårer og vannårer. Blodet går opp til hjertet og vannet til øynene når folk er lei seg... Det viktigste blodlegemet i kroppen er hjertet. Det er det de fleste mennesker dør av» (s.45).

Det finnes med andre ord ulike typer kroppsoppfatninger og forklaringsmodeller for sykdom og helse. Ulike mennesker, både pasienter og leger har

forskjellige forutsetninger for og rammer for tolkning og opplevelse av kropp/helse/lidelse som ikke bare er individuelt, men også kulturelt og sosialt betinget eller konstruert.

Kulturelle modeller

– konsekvenser for praksis

Kulturelle modeller kan sies å være mer eller mindre systematiserte sett av forestillinger om hvordan virkeligheten er og hvordan den bør være. Disse forestillingene kan bestå av både normative, beskrivende og analytiske elementer, og inneholder oppfatninger om:

- hva fenomener består i
- hvordan de er oppstått
- hva en kan/bør gjøre med fenomenene når de oppleves som problematiske.

De kulturelle modellene inneholder alt fra spesialisert medisinsk kunnskap til dagliglivets erfaringskunnskap.

Ulike vitenskapelige modeller, folks dagliglivsmodeller, tolkningsskjema og kulturelle koder er

- høyst nødvendige - de lager orden i «kaos»
- gjør verden mer systematisk og er nyttige tankeredska-per
- ikke minst gjør de «virkeligheten» tilgjengelig for oss

Men vi bør være bevisst deres begrensninger:

- a) Modeller er ikke korrekte/ukorrekte, men er mer eller mindre nyttige/fruktbare mht. bestemte formål. Modeller er med andre ord ikke «usanne», men de speiler ikke «virkeligheten slik den er», men i tråd med modellen selv/forutsetningene. For å si det med Per Måseide⁵: Modellene produserer på en måte «sosial realitet».
- b) Ulike helsetjenesteleverandørers kunnskap rundt kropp, helse og sykdom kan sees i sammenheng med forskjellige fagparadigmer og former for personalkultur innen helsevesenet, noe som fører til ulike vitenskapelige forståelsesmåter, og til ulike praksiser mht. diagnoser og anbefalinger om behandlingsstrategi og tiltak. De ulike fag/skoleretning har sine teoretiske modeller/perspektiver, metoder og representasjonsformer. De får imidlertid bare tak i deler av helheten – noen bestemte aspekter ved «virkeligheten».

Hovedpoenget er at vi som mennesker tenker og handler på bakgrunn av vår egen forståelse av verden. Det er, populært sagt – modellene i hodene våre som gir instruksjoner om hvordan vi skal tolke, vurdere, og handle innenfor vår livsverden. De ulike modeller får med andre ord praktiske konsekvenser – både i form av språklige begrepsfestelser og praktisk håndtering av ulike fenomener og problemer.

Kropp, mening og makt

Ulike konstruksjoner av kropp, helse og sykdom – med andre ord – hvordan kroppen oppfattes og begrepsheftes er del av et større hele som ikke bare gir forutsetninger for, men også implikasjoner for hvordan virkeligheten konstrueres.⁴ Tanke- og kunnskapsformer, forestillings- og meningsdannelser som også inkluderer idealbilder knyttet til kroppens innside og utside – er ikke «objektive» eller «naturgitte», men sosialt og kulturelt utformete konstruksjoner. Mennesket har med andre ord ulike forutsetninger og rammer for opplevelse av kroppen; av helse og sykdom, aldring og kjønn.⁵ Vi kategoriserer hverandre som kvinner og menn, som barn, ungdom og aldre ved kroppens fysiologiske kjennetegn og forandringer. Samtidig med de ytre påviselige endringer strever mange med å opprettholde ideer om kontinuitet på innsiden (og også på utsiden).

Våre erfaringer med og oppfatninger av egen og andres kropp er kulturelt bestemt – og samtidig individuelt forankret. Den biologiske kroppen setter selvsagt visse rammer for hva som er (u)mulige aktiviteter – og den setter en grense mellom hver og en av oss. Vi opplever andres kropp, både som selvrepresentasjon og som manifestasjon av andre (som identitetsmarkør).⁶ Kroppen er gåtefull – den har både en innside og en utside – den er både «meg» – og «ikke-meg». Noe av kroppens innside kan registreres og representeres gjennom medisinsk teknologi. Men det er vanskelig å tenke at «jeg» er også min egen lever? Det er lettere med hjertet – men da i metaforisk forstand. Men er jeg for eksempel mer «jeg» fra forsiden enn fra baksiden? Vår kroppslige utside kan registreres og direkte observeres – men mest av andre. Andres observasjoner av spesifikke trekk ved utsiden – trenger heller ikke være «meg». Min erfaring i og av eget legeme («min kropp») er noe ganske annet enn min erfaring av andre som legeme «din kropp».

Kroppen – eller rettere sagt – oppfatninger og meningsdannelser rundt kroppen – representerer med andre ord høyst sammensatte fenomen hvorav noen har sin rot i våre konseptualiseringer av kroppen og kroppens grenser.⁷ Den er både materie og ånd, den har en utside og en innside, den oppleves innenfra og utenfra, mennesket er en kropp, men også i en kropp. Kroppen er ifølge Kirsten Hastrup⁸ ikke bare et passivt objekt for tanken: Som menneskets manifestasjon uttrykker kroppen en helhet som rommer følelser, forestillinger, forventninger og tanker. Kroppen oppleves som en tilstand – ikke som en gjenstand.

Oppfatninger rundt, defineringer og kategoriseringer av kroppen og grenser mellom f.eks. syk/frisk, normal/unormal må betraktes som en kulturdimensjon – som kan avspeile fundamentale trekk ved hvordan mennesker oppfatter sin

virkelighet og sin livsverden. Men det er viktig å være klar over at kunnskap – eller de sosiale og kulturelle konstruksjonene rundt kropp og helse – ikke nødvendigvis er kollektive og allmennmenneskelige, men varierer mellom mann og kvinne, ung og gammel, ekspert og ikke-ekspert.⁹ Ulike kroppoppfatninger, sykdomsoppfatninger og ulike behandlingsregimer er med andre ord ikke likestilte størrelser.

Noen erfaringsmodeller- og forklaringsmodeller tildeles større gyldighet og legitimitet enn andre. I et slikt perspektiv blir det en kan kalle *defineringsmakt* av avgjørende betydning. Forestillinger og kunnskap er heller ikke bare ulikt fordelt, men også kontrollert – definert og manipulert: kunnskap har et ideologisk, legitimerende aspekt «kunnskap er makt». Det blir derfor viktig å stille spørsmål av typen: Hvem vet hva om sykdom og helse, og av hvem og hvordan kontrolleres slik kunnskap? Hvem definerer, manipulerer og legitimerer de ulike oppfatninger, og for hvilke formål?

I samfunn og kulturer konstitueres ikke nøytrale menings-systemer, men ideologier som kan ha til hensikt enten å legitimere eller tilslore politiske og økonomiske realiteter.¹⁰ Virkeligheten består av omstridte meningskoder: «Språk» er makt. Noen aspekter ved dette illustrerer Susan Sontag¹¹ i sine bøker om «Sykdom som metafor» og «AIDS og dens metaforer». Med utgangspunkt i en analyse av kreft – og tidligere tiders tuberkulose, viser hun hvordan fordommer om sykdom dominerer vår kultur. Hun viser hvordan militærmetaforene i stigende grad har gjennomtrengt beskrivelsene av den helsemessige tilstand, og hvordan dette har bidratt til en stigmatisering av visse sykdommer og dermed også av dem som er syke. Retten til å bestemme hva som er gyldig kunnskap og språk, er en viktig kilde til makt; makt til å definere hvordan verden ser ut, makt til å diskvalifisere, utdefinere og ydmyke alternative former for kunnskap, makt til å avmektinggjøre andre mennesker.¹²

Kultur er med andre ord ikke bare sett av mening, men også av mystifikasjon. Virkeligheten består av omstridte tolkninger og meningskoder, men «kampen om meningsparadigmen» for å si det på antropologisk – representerer nettopp kimen til endring.

Pasienten i samfunnskontekst

Pasientens rolleforsåelse og identitetsopplevelse må sees i en videre samfunnskontekst, og må forstås i relasjon til formative prosesser på ulike nivåer.

Medikalisering og helseisme

Satt på spissen kan vi si at både medikalisering og helseisme driver mennesker i samme retning: nemlig mot helsevese-

net (og mot alternative forebyggings- og behandlingsformer). Det søkes kontroll over sykdom, aldring og død. Sosiologen Atle Møen¹³ kaller illusjonen om å være udødelig en kraftig kulturell impuls som forplanter seg i det daglige virke, og skaper en ny askese rundt trening, kosthold, kontroll av sykdom og perfektjonering av kroppen: Alvorlig syke, bevegelseshemmede og døende mennesker er avsondret fra det daglige livet, og lever sine liv i spesialiserte sosiale miljø. De syke er ikke blant oss, synet av dem kan true våre illusjoner om at sykdom er noe uventet og tilfeldig, noe som kommer når vi blir slappe og sløve i vår vedvarende selvkontroll.

Både kvinner og menn utvikler en livsførsel fokusert rundt helse, livsstil, trening, kosthold og ulike former for «kosmetisk kirurgi» – sammen med en konstant overvåking av kroppen for å finne tegn på sykdom. Tallet på legekonsultasjoner (og alternativer) har øket radikalt, og helse- og sykdomsinformasjon i media og på internett gir folk kunnskap som kan benyttes i gjennomføringen av den konstante selvkontrollen.

Før i tiden gikk man til lege når man følte seg syke, idag er det en sterk tendens til at legen oppsøkes for å få konstatert at en er frisk.

Medikalisering

I kjølvannet av Ivan Illich¹⁴ sin kritiske bok «Medisinsk nemesis» var medikalisering etablert som et nøkkelbegrep i kritikken av den moderne medisinen. Utviklingen de senere årene har imidlertid ikke redusert behovet for denne type perspektiv. Medikalisering refererer seg til måten den moderne medisinen ekspanderer på og underlegger seg stadig flere problemer som tidligere ikke var definert å ha medisinsk relevans. Med medikalisering forstås vanligvis det å stemple ulike fenomener som sykdom. Dette er prosesser med rot i helse og sykdom som knyttes til makt-dimensjoner og som utvikles i relasjonene mellom folks problemer og den profesjonelle kunnskapens fortolkningsapparat.¹⁵ Medikalisering kan gi ansvarsfraskrivning og svekket evne til problemløsning, og kan lede til unødvendig sykkeliggjøring og urettmessig avviksdefinering. Folk fratas evnen til selvstendig og personlig å hankses med sine menneskelige svakheter, sin sårbarhet og sin egenart – og læres opp til å glemme at smerte og lidelse er endel av livet.¹⁶ Eldre mennesker er blitt et «geriatrik problem».

Innen medisinsk antropologi¹⁷ er det blitt rettet fokus mot maktrelasjoner og sosial ulikhet i forbindelse med kropp- og sykdomsrepresentasjoner, hvor f.eks. «medisinske realiteter» betraktes som resultat av hegemoniske prosesser for legitimering av eksisterende sosiale relasjoner. Ulike lidel-

ser med rot i sosiale, politiske eller økonomiske forhold kan defineres som sykdom, bli medikalisert og underlagt den medisinske profesjon eller/og statens kontroll. Transformeringen av politiske problem til medisinske, kan medføre en nøytralisering av kritisk bevissthet.

Samtidig skjer det også prosesser der fenomener avmedikaliseres:¹⁸ Avmedikalisering innebærer at det utvikles alternative måter å forstå fenomenene på. Homofili er et viktig eksempel på dette, og i dag er det tilsvarende tendenser til avmedikalisering blant døve. Det er en overgang fra en diskusjon om normalitet og avvik til en identitetsskapende diskusjon om forholdet mellom «oss og de andre». Å ikke lenger være syk gir nye muligheter, men samtidig kan de gruppene det gjelder stå i fare for å miste viktige rettigheter i velferdsstatens fordelingsapparat og beskyttelse mot stigmatisering.

Litteraturen viser en stor konsensus mht. betydningen av medikaliseringen, mens uenigheten er stor når det gjelder fenomenets tolknings- og forklaringsmåter. Noen av de vanligste er følgende:

- a) Den økende medikaliseringen betraktes som en konsekvens av profesjonell dominans og den medisinske profesjonens ønske om kontroll over helse og sykdom. (jvf. debatten i Norge om alternativ medisin og konsekvensene av «ubestemte helseplager»).
- b) Medikaliseringsprosessen har sin rot i utviklingen av et stadig mer komplekst teknologisk og byråkratisk system som fører til ekspertavhengighet og maktesløs sykkelgjøring i befolkningen.
- c) Medikaliseringen må sees som et resultat av samfunnsmessige prosesser som ligger langt utenfor helsevesenets rekkevidde, men som medisinen må responderer på; f.eks. tilstander som mangel på nærhet og omsorg, identitetskriser og ensomhet.
- d) I et mer overordnet perspektiv kan medikaliseringsprosessen også betraktes som en medisinsk imperi-alisme, som en stadig ekspansjon av hva som blir definert som relevant for medisinsk praksis – en ekspansjon som både er sykdomsskapende og frihetsberøvende. Medikaliseringen blir en avspeiling av kapitalismens utvikling, hvor «medisinsk konsumavhengighet» er en nødvendig del av det mer omfattende varekonsumsamfunnet.

Det er imidlertid viktig å være klar over at på den annen side kan kropp, helse og lidelsens idiomer og de lidendes sykdomsrepresentasjoner også betraktes som former for opposisjon.

Helseisme

Helseisme er på den annen side en spesifikk form for medikalisering, en spesiell måte å oppfatte helseproblemet på. Begrepet betegner en slags kulturell klimaendring med utgangspunkt i befolkningsgrupper med høye idealer om «egenomsorg» og «holistisk helseforståelse».

Helseismefenomenet fremtrer med bl.a. følgende sentrale kjennetegn:

- En endimensjonering av helseopplevelsen: helseriktig levestil blir identisk med det gode liv, flere og flere verdier blir helseverdier og helse nærmer seg den overordnede verdien i livet.
- En individualisering av helse: den personlige helse står i sentrum, mens politisk forståelse og handling fremstår som irrelevant.
- Parsons klassiske sykerolle («ingens-feil-prinsippet») blir fortrent av et nytt «din-feil-prinsippet», hvor det blir lagt mest vekt på forventninger til den syke om å ordne opp selv, noe som åpner for sterk moralisering, en slags elite-moralisme.
- Den ironiske motsetningen mellom på den ene side en større grad av bevisst helseorientering, og på den annen side en leting etter sykdomstegn med følgende reduserte terskel for symptomopplevelse.

Tiltro til medisin som vitenskap/legens autoritet

En viktig tvetydighet i dagens forhold mellom profesjonell og folkelig kunnskap og forståelse av helse og sykdom, kan spores i det som ofte betegnes som en utarming av den autoriteten leger og helsevesenet har hatt. En slik tendens har betydning for profesjonenes rolle og for deres forståelse av seg selv.¹⁹

Helsevesenet blir stadig mer spesialisert og differensiert, og leger er ikke lenger enerådende på det feltet de før «eide». Det har funnet sted en endring fra at ekspertene/legene hadde all kunnskap og en tradisjonell autoritet, til et økende kunnskapsnivå i befolkningen. Den blinde tiltroen til legen har slått sprekker. Dette kan føre til at pasienten ikke bare oppsøker legen med vondt i nakken, men også med forslag til undersøkelse og behandling.

På den ene side er det store muligheter for pasienten å gå seg vill i all informasjonstilgangen. Resultatet kan lett bli en økende usikkerhet, selvdiagnostisering og selvmedikalisering - med større avhengighet av helsevesenet. Nettopp her, tror jeg, har allmennpraktikeren store utfordringer som ek-

spert med kompetanse til å oversette/fortolke pasientens erfaringer i forhold til pasientens medisinske kunnskaper. På den annen side vil en utarming av legens autoritet kunne gi pasienten større selvtilit og fremme idealet om brukermedvirkning, øke fokusering på pasientrettigheter og oppmerksomheten rundt feilbehandling og pasienters juridiske rettigheter.

Men dette er langt fra entydig. I følge Kirsti Malterud²⁰ befestes på samme tid forestillinger om det medisinske blikkets suverenitet. Legen er fortsatt tildelt autoritet som gir mandat til å trekke medisinske konklusjoner og avgjøre om et symptom fortjener oppmerksomhet eller skal regnes som uvesentlig. Her foreligger det en viktig motsigelse mellom idealer og realiteter ved at såkalt objektive funn som legen kan observere i prinsippet har større kraft som utsagn enn pasientens subjektive symptomer. Samtidig er pasientens sykehistorie faktisk viktigste kanal til informasjonen diagnosen bygger på. Trygdeforvaltningen holder seg til idealene, klinisk praksis utøver «realitetene», og pasienter med subjektive symptomer uten objektive funn faller mellom alle stoler og avvises i forhold til velferdsstatens rettigheter. På denne måten anvendes medisinske idealer i trygdepolitisk sammenheng. Kvinner med helseplager som passer dårlig inn i kategoriene, sliter for å bli hørt og trodd, og deres kunnskap om egne plager får liten anerkjennelse.

Pasienten i møtet med allmennpraktikeren

«En faglig forsvarlig helsetjeneste skal bestå sin prøve i møtet mellom pasienten og tjenesteyteren, og er testen på om helsetjenesten er faglig, men også menneskelig og etisk rustet. Dette møtet skal stå i sentrum for helsetjenesten og være grunnlaget for en mer pasientsentrert tjenesteyting.»²¹

Pasienter har ulike motiver for å oppsøke allmennpraktikeren, og de har ulike forventninger som resultat av tidligere erfaringer både innen og utenfor helsevesenet. Derfor må leger utvikle sin menneskeforståelse - som medmennesker i møter med pasienten.

I møtet og samhandlingen mellom lege og pasient skal det produseres og/eller konstrueres klinisk kunnskap. Den utgjør grunnlaget for diagnosen, som igjen skal si noe om behandling, prognose og rettigheter. Den medisinske kunnskapskulturen ser på dette i stor grad som innsamling av «objektive fakta»²².

«Mange pasienter opplever likevel at de i møte med helsetjenesten blir behandlet mer som et objekt enn som et medmenneske. En profesjonell helsearbeider må i tillegg til den rent faglige hjelpen kunne gi omsorgsfull støtte og vern til mennesker som befinner seg i en sårbar situasjon.»²³

Det trengs med andre ord innsikt i de kulturelle og sosiale forutsetninger som preger samhandlingen mellom lege og pasient – og som også påvirker legens skjønn og tolkninger av medisinske funn. Allmennlegene er portvoktere til spesialisttjenester og til trygdevesenet. Men ikke minst er dere de legene som møter pasientene som sosiale personer. Samtidig som biomedisinen blir mer og mer spesialisert og kroppsdelsfokusert, kan allmennmedisinen kanskje gå motsatt vei: bli enda mer generalisert og fokusert på det hele og unike enkeltmennesket som både er og er i en kropp.

For å kunne skjønne hva pasienten egentlig prøver å uttrykke, må legen søke innsikt i «den andres» virkelighetsforståelse, tolkningsskjema, begreper og kategorier. Det er viktig å utvikle modeller og begreper/verktøy til dette formål. Innen allmennmedisinen har det blitt arbeidet både vitenskapelig og i praksis med tema som samhandlingen og samtalen, rolle- og kommunikasjonsteori, sykdomshistorien/narrativen som inntak til forståelse av pasienten og dagliglivets erfaringskunnskap f.eks. i form av dagboksnotater. Det søkes på ulike måter å vitenskapeliggjøre brukerperspektivet for å gi denne – ofte tause – kunnskapen en nødvendig og mer sentral rolle. Innen samfunnsvitenskapene arbeides det også med denne type problematikk og her skulle det være mye å hente for allmennmedisinere som er ute etter å øke sin selvinnikt og kompetanse.

Men...

Det ligger imidlertid endel paradokser i dette. Å søke innsikt i medmennesker og sosial samhandling er nødvendig. Men jeg tror det finnes noen grenser. Det ligger en fare i det at pasientens livsopplevelse, erfaringer og kunnskap skal transformeres til redskaper og verktøy for den medisinske ekspertise. Satt på spissen: dette kan ende i at pasientene ikke lengre «eier» kunnskapen om egne liv.

Hva har pasientene da igjen?

Referanser:

1. «Verdier i helsetjenesten», Sosial- og helsedepartementet, 2000, s.6.
2. Vogel, N.: *De to første menneskene på jorden var Hans og Grete*, Aventura Forlag, Oslo, 1976.
3. Måseide, P.: *Medisinsk sosiologi*, Aschehoug, Oslo, 1983.
4. Bjelland, A.K.: «Kulturelle konstruksjoner av kropp og helse – antropologiske perspektiver», i: *Norsk antropologisk tidsskrift*, Universitetsforlaget, Oslo, nr.1 1993.
5. Bjelland, A.K.: «Kroppsbilder i sosialt og kulturelt perspektiv», *Kropp & Sjel konferansen 2000: Selvbilde og Kroppsbilde*, i regi av Psykiatrisk institutt og Institutt for indremedisin, UiB, 2000.
6. Beyer Broch, H.: «Kjønn, alder, kropp» i: *Mellom himmel og jord. Tradisjoner, teorier og tendenser i sosialantropologien*, Nielsen, F.S. & Smedal, O.H. (red.), Fagbokforlaget, Bergen 2000.
7. Solheim, J.: *Den åpne kroppen*, Pax forlag, Oslo 1999.
8. Hastrup, K.: «Livmoderen og lysten», *Nordisk Sexologi*, 4, 210-219, 1992.
9. Rosaldo, R.: *Culture and Thruth. The Remaking of Social Analysis*, Beacon Press, Boston, 1989.
10. Keesing, R.M.: «Theories of Culture Revisited», *AAA Annual Meeting*, Washington D.C., 1989.
11. Sontag, S.: *Sykdom som metafor. Et essay om holdninger til sykdom og død i vårt samfunn*, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo, 1987.
12. Sontag, S.: *AIDS og dens metaforer*, Forlaget Klim, Århus, 1989.
13. Malterud, K.: «Den medisinske diagnose – feministiske perspektiver», *Kvinneforskning*, nr. 1, 1996.
14. Møen, Atle: «Sykdom, død og modernitet. Helse og sykdom i et kulturelt perspektiv», Prosjektskisse, Sosiologisk institutt/Helsekameratene, UiB 2000.
15. Illich, I.: *Medisinsk nemesis*, Gyldendal forlag, Oslo, 1975.
16. Helsekameratene: «Søknad om miljøstøtte til forskning om helse og sykdom i kulturelt perspektiv», SEFOS, UiB 1998.
17. Malterud, K.: *Sykdom eller særpreg. En kritisk bok om kvinner og helse*, Pax Forlag A/S, Oslo 1984.
18. Good, B.J.: *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, 1994.
19. Helsekameratene: «Søknad om miljøstøtte til forskning om helse og sykdom i kulturelt perspektiv», SEFOS, UiB 1998.
20. Helsekameratene: «Søknad om miljøstøtte til forskning om helse og sykdom i kulturelt perspektiv», SEFOS, UiB 1998.
21. Malterud, M.: «The legitimacy of clinical knowledge: Towards a medical epistemology embracing the art of medicine», *Theoretical Medicine*, 16: 183-198, 1995.
22. «Verdier i helsetjenesten», Sosial- og helsedepartementet, 2000, s. 6.
23. Malterud, M.: «The legitimacy of clinical knowledge: Towards a medical epistemology embracing the art of medicine», *Theoretical Medicine*, 16: 183-198, 1995.
24. «Verdier i helsetjenesten», Sosial- og helsedepartementet, 2000, s.8

TESTOSTERON

grunnleggende, oppskrytt, målbart og terapeutisk

• AV ESSEN BENESTAD



Esben Esther Pirelli Benestad (fulle formelle navn), allmennlege og familie terapeut med sexologi som spesialkompetanse. Jobber ved Grimstad Medisinske Psykologiske Almenterapeutiske Institutt (MPAT-Institutt). Har sammen med ektefelle klinisk psykolog Elsa Almås skrevet boken «Sexologi i praksis», Tano 1997. I april/mai 2001 kommer neste bok av samme forfattere «Kjønn i bevegelse» på Universitetsforlaget.

Privat beskriver Benestad seg kort som en kvinne som er en stolt far til to barn.

Enda møter vi både representanter for farmasøytisk industri og representanter for våre pasientpopulasjoner, som har tro på testosteron som et slags vidunderhormon når det gjelder menneskelig, og i denne sammenhengen mannlig seksualitet. Testosteronets funksjon hos kvinner er ikke tema for denne artikkelen.

Reisningssvikt, lystproblemer og depresjon er alle tilstander, hvor testosteron-tilførsel i en eller annen form antas å kunne være til nytte. Mange målinger er utført, mye testosteron er utskrevet og konsumert på dette grunnlaget, uten at den kliniske responsen på noen måte har innfridd forventningene. Dette skaper grunnlag for ettertanke. Ganske store emosjonelle og økonomiske investeringer har kastet såpass lite av seg, at en kan mistenke sviktende innsikter både i industrien, hos legen og hos hennes/hans klientell.

Hos en voksen mann produseres testosteron av omkring 700 millioner Leydig celler, tilsvarende 5–12% av testiklenes total volum. I voksenlivet holder produksjonen seg jevnt inntil omtrent 60 års alderen. Senere kommer det et signifikant fall hos et signifikant antall menn, samtidig som en ser store individuelle variasjoner.

Testosteron er et grunnleggende hormon

I fosterlivet organiserer testosteronet og biproduktet dihydrotestosteron (DHT) kroppsutviklingen i mannlig eller manne-lik retning. Hormonet påvirker også den sentralnervøse utviklingen, uten at vi kjenner detaljene i denne prosessen. Testosteronet er grunnleggende for at det skal komme potensielle fedre til verden. Selv om oppdelingen i to kjønn av mange, inklusive mange fysiologer, oppfattes som altfor grov og på svært mange måter uhen-siktsmessig, er det grunnleggende for vår art at testosteronet yter sitt store bidrag til den kroppslige organiseringen av guttefostre.

Testosteronet holder seg lavt fram mot puberteten, hvor det blir liv i Leydig cellenes produksjonsapparat, og nivået stiger betydelig. Hovedsaklig skjer det nå en aktivering og en stimulering av den mannlig organiserte kroppen. Denne stimuleringen omfatter vekst av penis og utvikling av dens mekaniske seksuelle funksjoner. I tillegg stimuleres driften eller lysten til å anvende mekanikken. Når det gjelder det siste, lysten eller libido, er dette en funksjon som påvirkes av svært mange forhold, hvorav noen er hormonelle, andre knyttes

til peptider og transmittor substanser, andre igjen går på hele det psykososiale samspillet. I voksen livet er testosteron vesentlig, men på ingen måte avgjørende for menns seksuelle lyst og funksjon.

Et klinisk eksempel

En mann midt i sekstiårene oppsøkte meg med spørsmål om jeg kunne lære ham å sette sprøyter i penis, slik at han kunne få reisning. For flere år siden var han blitt kastret på grunn av en prostatacancer. Han hadde lenge levet alene, men nå hadde han funnet seg en kjæreste, og de to ville gjerne ha sex sammen. «Men», som han sa, «jeg kan jo ikke få reisning uten testikler!» Jeg undret på hvor han hadde lært det, og svaret var at dette hadde de sagt på den avdelingen hvor han hadde blitt operert. Jeg forklarte ham at reisningen er uavhengig av testosteron når funksjonen først er etablert, men at penis gjerne trenger mer direkte stimulering for å kunne reise seg hos menn uten testikler. Han ble anbefalt å dra hjem, skape en erotisk atmosfære og invitere partner til litt nennsom penisstimulering. Senere kunne han gjerne sende meg et kort, hvor det sto «hurra» dersom metoden førte fram. Jeg fikk kortet og hørte aldri mer fra ham.

Testosteron er et oppskrytt hormon

Tilbøyeligheten til å ta anabole steroider («bole»), innenfor idretts- og kroppsbyggermiljøet, foruten industriens satsing på forskjellige typer testosteronsubstitusjoner, og den alminnelige oppfatning av testosteronet som et slags vidundermiddel for mannlighet av nesten et hvert slag, har ført et ellers utmerket hormon inn i en status, som best kan beskrives som oppskrytt. Tross alt har den andre kjønnsmajoriteten, kvinnene, en meget beskjeden testosteronproduksjon, uten at gruppen av den grunn mangler verken seksuell lyst eller fungerende mekanikk i kjønnsorganene.

Nok et klinisk eksempel

En gruppe på tolv preoperative kvinne – til – mann transseksuelle, som altså enda hadde penis, men hvor testosteronet befant seg på eller under kvinnelig nivå, mens østrogen konsentrasjonen var i eller over det samme, hadde alle både seksuell lyst og full reisningsevne.

Testosteron er målbart

Det er ved første øyekast enkelt å måle testosteron. En skal bare finne den rette ruten på rekvisisjonsskjemaet, en egnet vene hos pasienten og med det skulle grunnlaget være lagt for en eventuell substitusjonsbehandling. Det er feil. Testosteron har døgn- og årstidssvingninger. Det er høyest om morgenen og om høsten. I tillegg svinger det på impuls fra minutt til minutt så og si. Skal en testosteronmåling være sikker, bør serumet tas fra tre forskjellige prøver med tyve minutters mellomrom før klokken ni om morgenen. Bare

da har en garanti for ikke å treffe i en spontan topp eller bølgedal i testosteronnivået.

Testosteronproduksjon og frigjøring er situasjonsavhengig. Nivået synker ved depresjon, redsel og gruing. Det stiger ved mestringsopplevelser og kroppslige ytelser. Påfallende nok stiger testosteronnivået ved samleie, mens det holder seg konstant ved onani. Selv testosteronet har sans for menneskelig samspill.

Ikke alt testosteron er fritt, og det som for tiden måles ved våre laboratorier, er totaltestosteron. For å få inntrykk av andelen fritt testosteron, og det er dette som er det aktive, må en måle SHBG (seksualhormon bindende globulin). Er det høyt, tilsier det at en stor del av total testosteronet er bundet, er det lavt, vil andelen fritt testosteron være større. Testosteronproduksjonen i Leydig cellene er først og fremst styrt av hypofysens LH (luteiniserende hormon) produksjon. Dersom fritt testosteron er for lavt, vil LH ligge tilsvarende høyt, medmindre det dreier seg om en hypofysesvikt.

Testosteron behandling kan være aktuelt

Det er ikke rapportert signifikant behandlingseffekt hos pasienter som i utgangspunktet lå innenfor, om enn lavt i normalområdet for testosteron. Dersom testosteron finnes lavere enn normalt og dette opptrer i kombinasjon med høy LH og gjerne en høy SHBG, og pasienten har problemer som kan settes i sammenheng med testosteronproduksjonen, er det grunn til å behandle etter de retningslinjer som angis for hvert enkelt medikament og hver enkel administrasjonsform. Lav testosteron og lav LH, tilsier hypofysesvikt og endokrinologisk utredning. Noen ganger gir behandlingen det ønskede resultat, andre ganger ikke. Det siste kan skyldes svikt i andre systemer, og ikke minst kan dette gjelde de psykososiale.

Litteratur:

- Almås, E. & Benestad, E. 1997. *Sexologi i praksis*. Oslo: Tano-Aschehoug.
 Bettocchi, C.; Cormio, L.; Zizzi, V.; Veneziano, I.; Palumbo, F.; Ralph, D.J.; Traficante, A. & Selvaggi, F.P. «Normal erectile function in patients with very low testosterone levels.» Paper presentert på the 3rd Meeting of the European Society for Impotence Research, Barcelona, 30.januar til 2.februar 2000.
 Crenshaw T.L. og Goldberg J. P. 1996. *Sexual Pharmacology*. New York, London: W.W. Norton & Co.
 Stakkestad J.A. og Åsbeg A. 1996. *Brukerhåndbok klinisk kjemi*. Akademisk forlag AS, Haugesund

Korrespondanse:

Esben Esther Pirelli Benestad,
 Grimstad MPAT-Institutt,
 Storgaten 40/42, 4876 Grimstad,
 Tlf. 37 25 81 00. Fax. 37 25 81 05
 E-mail: esben.benestad@sexologi.com eller
 esther.pirelli@sexologi.com
 Nettsted: <http://www.sexologi.com/index.html>

Å dra opp til *Soria Moria* for å lære seg å skrive

AV INGER MARIE LID, TEOLOG

33 leger, 33 bærbar pc'er og en forfatter i et knøtt lite værelse på Soria Moria. Anledning: Primærmedisinsk uke. Utposten arrangerer skrivekurs, lærer på kurset er forfatteren Solveig Aareskjold.

'Eg skriv i sjølforsvar.'

Dette er forordet i Solveig Aareskjold's siste bok «Kunsten å bu i hus» i sin helhet.

Utpostens skrivekurs hadde vel for de fleste fremmøtte neppe samme eksistensielle tyngde som Aareskjolds forord. Populært var det likevel, et av de mest fulltegnede på primærmedisinsk uke, rommet var fylt til randen, alle datamaskiner var opptatt. Det lille rommet føles enda mindre fordi noe skal skje, vi fremmøtte skal være kreative og lage tekster. Angsten for den tomme skjerm og det hvite ark kryper nærmere, hvorfor var man kommet, og hva skulle skrives. – Har jeg i det hele tatt noe å fortelle?, spør man seg selv der man sitter tett i tett og midt i mellom to sidemenn av begge kjønn og venter på at det skal starte.

Aareskjold står foran oss med ei bok i hånden, leser fra eget essay og utfordrer alle på verdensbildet vi holder oss med, de kontrakter samfunnet er bygget opp omkring. Slik Aareskjold ser det, består samfunnet av kontrakter vi alle inngår. «Far og mor er best i verden» er en kontrakt de fleste barn lever innenfor. Pubertetsopprøret hvor foreldrene står avkledd foran den forskrekkede og desillusjonerte ungdom er eksempel på en kontrakt som faller. «Familien er et godt sted å være» er en kontrakt mange av oss lever innenfor gjennom hele livet. Når man skriver tekster for en offentlighet er det mulig å skrive innenfor en slik kontrakt, hvor teksten støtter opp om en samfunnsorden. Dette er forholdsvis gode og fine tekster å skrive som ofte

møtes med takknemlighet. Skriver man tekster som bryter med kontrakten derimot, får man straks større problemer.

– Det kan virke klargjørende for den enkelte skribent å vite om det man skriver er en tekst som bekrefter og støtter opp om en samfunnskontrakt, eller om teksten har et innhold som bryter med denne, sier Aareskjold. Det hele er tydelig formidlet, enkelt, med en varm kraft og styrke, utfra en grunnleggende aksept av de fremmøttes åpne eller skjulte forventninger og antakelser. Hun står bare der, ser på blikkene fra alle benkene og sier at det noen ganger kan føles litt vanskelig hvis det man skriver er en tekst som utfordrer en gjeldende samfunnskontrakt.

Noen på kurset har god selvtillit på å skrive, andre er mer forsiktige. Presentasjonen viste at de fleste har hatt en eller flere tekster på trykk, men alle vil lære mer om å formidle erfaringer og drøfte problemstillinger gjennom ord og tekst.

Sidemannen min sitter med en tekst som er vanskelig å skrive. Den er så godt som ferdig i hodet, men finner ikke



FOTO: TORGEIR GALJE LID

FOTO: TORGER GILJE LID

sin form på skjermen. Skribenten selv er i tvil om den overhodet kan skrives, eller om det vil by på for mange vanskeligheter. Vil leseren se de mennesker han ønsker å skildre som han ser dem, eller vil det bare bli kuriøst og nærmest feil bruk av enkelt-skjebner som for ham er viktige. Introduksjonen til kurset var en oppfordring om å «skrive sitt fag». Det er som et program fra litterære debatter i fordums tid: Skriv ditt fag! Gjør de private erfaringer og faglige tvil og overveielser felles! Finn et språk som du kan formidle opplevelser til kollegaer og samfunn med!



Samfunnet trenger legers tanker og ord, leger trenger å stå åpent frem med tvil og vanskelige overveielser. Ingen er ufeilbarlig, mange medisinske valg og overveielser er vanskelige og tvetydige også i etterpåklokskapens lys. En lege som kan skrive sitt fag og forholde seg til kompliserte og ikke bare komplekse sammenhenger vil lettere kunne gå i dialog om de situasjoner som ikke har en enkel og entydig god utgang. Det handler om å være tilstede i eget liv og egen arbeidssituasjon i møte med både kollegaer, pasienter og samfunn. Selv er jeg teolog, og tilhører dermed et fag som i lengre tid har kjempet med liknende problemstillinger. Nå er de ikke så påtrengende lenger, men det skyldes mest at teologien ikke er så viktig for samfunnet som før.

Hvis man som lege er redd for å ta feil og samtidig redd for ikke å være sikker kan man fort havne i en situasjon med for mye prestisje og for mye å forsvare. Historien til min sidemann handlet om en lege i høy posisjon som behandlet en liten pasient utfra fordommer og skråsikkerhet i stedet for på bakgrunn av et møte med et menneske i en vanskelig situasjon. Faktisk hadde vedkommende lege ikke en gang møtt pasienten selv, men skrev ut medisiner på bakgrunn en vurdering av barnet som bygget på kjennskap til vedkommendes familiære bakgrunn og sosiale plass i samfunnet. Skriveren antydte en sosial slagside i medisinen idet han påpekte at velfungerende familier ikke ble utsatt for samme praksis fra denne legen. Klart en tekst som ville bryte med kontrakten som sier at leger er solidariske med hverandres faglige valg, og at legen vet best. Kunne den skrives, undret sidemannen. Kunne man unnlate å skrive den?

Å skrive sitt fag kan være vanskelig fordi det er vanskelig å skrive fullstendige setninger som flyter godt. Det kan også være vanskelig fordi kommunikasjon mellom mennesker er vanskelig. Alle leger som har hatt en pasient på sitt kontor med diffuse plager og smerter, og så virkelig forsøkt å forstå hva det er denne pasienten forteller, vet at kommunikasjon er vanskelig. Enhver lege eller hvem som helst som har prøvd å forklare hvordan en har det når det gjør vondt i sjelen eller i kroppen, vet det samme. Men å skrive sitt fag som lege kan også være vanskelig fordi man risikerer å tre ut av det kollegiale fellesskapet og den kontrakten som leger og legeforening befinner seg innenfor.

Jeg vet ikke hva sidemannen gjorde med teksten sin, kanskje har den allerede stått på trykk i stedets lokalavis? Av mengden tekster Solveig Aareskjold fikk til gjennomlesning på denne kursdagen, så vi at kreativiteten og viljen til å uttrykke seg var sterk. En for en ruslet man ut på gangen og fikk tips og tilbakemelding fra en forfatter i forhold til sin tekst. Det var flott! Ikke bare lærte man å lage setninger som flyter. Kommunikasjonens til tider store besværligheter kom også til syne fordi man alltid skriver om noe når man skriver.

Arraskjold delte villig med oss fra sitt eget overskudd av fremragende essays. Diskusjonen som fulgte var engasjert og frimodig, også i forhold til Aareskjolds egne tekster. Fokus på tekstenes plassering innenfor eller på siden av samfunnskontrakter viste at et voksent mot noen ganger er nødvendig for at en tekst skal bli skrevet og komme på trykk.

Korleis ta vare på den *faglege nyfikne?*

• AV FRODE FORLAND PT. ALLMENNLEGE, EKEBERG OSLO



Det var lusepidemi i bygda. Eg var kommunelege og rådførte meg med min kollega som var skulelege. Kor lenge kunne denne lusa leve, blei etterkvart det

sentrale spørsmålet. Kor lenge måtte vi halde tiltaka oppe og kor synkronisert måtte innsatsen vere for å hindre reinfeksjon?

Korleis kunne vi best få svar på spørsmålet?

Det var fredag ettermiddag. Her var gode råd dyre. Tiltak burde setjast i verk før helga. Eg kasta meg over mine medbrakte lærebøker frå studietida, og fann mykje god informasjon om hårfjerning og permetrin, om nedfrysing og koking av sengetøy, om behandling av heile familien, om lusekamar og om førebyggjande tiltak, men kor lenge kunne lusa leve?

Min kollega fann ei lus på ein elev, tok den med seg til legekontoret og la ho under mikroskopet. Lusa sprella faretruande livleg, og blodet strøynde i den monstrøse kroppen under dekkglaset. Han ville la ho ligge der til måndag morgon for å sjå om ho overlevde helga.

To ulike måtar å nærme seg eitt og same spørsmålet; levetid på lus utan kroppskontakt. Eg leita i gamle bøker. Min kollega la lusa under dekkglaset.

Berre den som lurar lærer

Som barn er vi frå naturen si side interesserte i å utforske det som er rundt oss. Gradvis vert vi sosialiserte bort frå denne utforskartrangen til å reindyrke ei akademisk form for læ-

ring og kunnskapstileining i skulesystemet. Dei som ikkje passar inn i denne læringsforma, vert taparar i vårt system. Mange av dei flinkaste og mest tilpassningsdyktige, dei som la frå seg sine eigne spørsmål i unge år og tilpassa seg skulesystemet sine læringsmål og metodar, er i dag å finne som legar i samfunnet.

Vi las det vi blei bedne om i 20 år og internaliserte skule- og utdanningssystemet sine normer og haldningar. Vi kunne svara og repeterte dei på eksamen etter eksamen, men mista vi evnen til å stille spørsmål på vegen, til å undre oss over ting, til å reflektere og leite etter andre innfallsvinklar og forståelsesmåtar saman med dei som møter oss på kontoret – eller i livet?

David Sackett skriv at ein vanleg allmennlege treng svar på minst 10 spørsmål kvar dag som han ikkje kan, men som han ut frå konsultasjonane er utfordra til å kunne svare på.¹ Er vi som legar medvitne alle desse spørsmåla som passerer forbi gjennom ein arbeidsdag, arbeider vi med å formulere spørsmåla slik at det vert mogleg å finne svar, stiller vi kritiske spørsmål sjølve til det vi gjer i konsultasjonen, i møte mellom oss og pasientane?

For ikkje å brenne ut i ein travel arbeidsdag som allmennlege, treng vi system og metodar for fornying og fagleg oppdatering. Det er mange måtar å sikre seg formell etter- og vidareutdanning på, og mykje bra har blitt gjort for å modernisere etter- og vidareutdanningssystemet i norsk allmennmedisin. Prestegård og Bruun-Pedersen skriv i Tdnlf at vaksne lærer best gjennom erfaringslæring.² Alle har sin personlege læringsstil som ein bør kjenne til og ein bør tilpasse så langt mogeleg sine metodar for fagleg fordjuping til desse.

Men det er like viktig at ein finn ei form for tilnærming til dei ubesvarte spørsmåla i sin daglege praksis som i det formelle etter- og vidareutdanningssystemet. Det er dei 10 daglege spørsmåla som innheld læringspotensialet for dagen. Bør barn ha astmamedisin i form av spray eller pulver? Er det verkeleg rett å dra ut alle tepper i huset for å hindre allergi hos barn? Kva betyr kimtal og farge for vasskvaliteten

i ein privat brønn? Kva for tiltak verkar for å få gravide til å slutte å røyke? Er det noko vits å setje i gang med krisepsykiatri etter eit sjølv mord i ei bygd?

EBM – einsretting av faget?

Det er mange som har frykta at Evidence Based Medicine er ein metode som kan einsrette medisinfaget inn mot det som er kvantifiserbar kunnskap, det som kan målast og vegast og setjast opp i tabellar og odds ratios, og såleis bort frå andre typar av kunnskap.^{3,4} Metoden i seg sjølv er, slik eg ser det, relativt nøytral og byggjer på ein gammal, kjent akademisk formel: 1. Still spørsmål. 2. Leit etter svar. 3. Kritisk vurder dei svara du finn, og 4. Implementer kunnskapen i eigen praksis. Mange vil og ha med eit punkt 5: Evaluer effekten av den nye kunnskapen i din praksis. Konsekvensen av å bruke denne tilnærminga til læring og kunnskapstileigning har blitt hevda å skulle vere ein fare for faget, ein fare for at faget ikkje lenger skal ta opp i seg dei humanistiske tradisjonane, at faget allmennmedisin skal miste sitt særpreg og sin breidde, og ikkje lenger vere eit korrektiv til organ- og subspecialisert sjukehusmedisin.

Eg trur at tenkinga som ligg til grunn for utviklinga av det vi på norsk kallar kunnskapsbasert medisin tvert imot vil stimulere faget i ei utvikling som åpner for større innsikt i dei ubesvarte spørsmåla, for ei meir profesjonell tilnærming til verktya vi har for å finne svar og til større fagkritikk både overfor kvantitative og kvalitative metodar i datainnsamlinga. Det er viktig å vere seg medviten det ein veit og det ein ikkje veit, det ein veit at ein ikkje veit noko om, og det ein bør vite at det finns kunnskap om som ein ikkje sjølv innehar, og som kanskje heller ikkje andre innehar. Det finst noko ein har fortrent og andre ting som ein både som lege og pasient veljer å ikkje ta opp fordi det er tabu i samfunnet.

Kart over uvitenhet

Eit «kart» over uvitenhet blei presentert i tidsskriftet Fokus for nokre år sidan. Det samlar opp nokre av tankane vi bør ha i hovudet når spørsmål passerer, og det seier ikkje minst noko om alt vi faktisk ikkje har i hovudet i den same stunda. Større kunnskap om alt ein ikkje veit noko om, er kanskje det sannaste teikn på visdom.

Kart over uvitenhet:

Det kjente	– det ein veit at ein veit
Det kjente ukjente	– det ein veit at ein ikkje veit noko om
Det ukjente kjente	– det ein ikkje veit, men som er mogleg å vite
Det ukjente ukjente	– det ein ikkje veit, om ennå ukjent kunnskap
Det fortrent	– det ein har stua bort av psykologiske- eller andre årsaker
Tabu	– det ein ikkje vil tale om



I vår allmenn- og samfunnsmedisinske praksis, vert utfordringa å søkje til kjeldene og historiene, til røynsla og stillhet når spørsmåla kjem til overflata. Det viktigaste trur eg, er å vere open nok til å bli var dei ubesvarte spørsmåla, og våge å vise seg uvitande. Berre den som ikkje veit spør, og berre den som lurar lærer. Bruk EBM metodar der dei tener saka, bruk kritisk refleksjon og godt skjønn der dei tener problemstillinga og gjerne kontemplasjon og meditasjon om det skulle vere den metoden som situasjonen krev. Gjer enkle eksperiment i den daglege praksis om det er di legning.

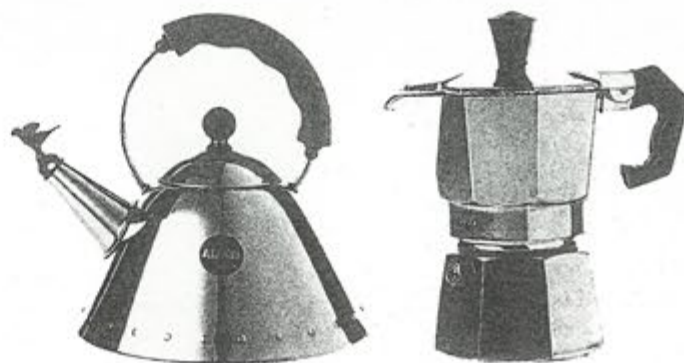
Både bøker, databaser og dekkglas kan gje svar på levetida til ei mannalaus lus. Utfordringa ligg i ta adademiet med ut i dagleglivet. Test ut metodane og del dine røynsler med fleire i kollegabaserte grupper, så vert levetida på allmennlegen lenger.

Referanser:

1. Sackett, DL et al. Evidence Based Medicine: How to practice and teach EBM. New York: Churchill-Livingstone, 2000.
2. Pedersen OB, Prestegaard K, Hjortdahl P, Holm HA. Livslang læring – hvordan lærer leger? T. Tidsskr Nor Laegeforen 1996, Sep 20, 116 (22): 2684–8.
3. Swensen E. Til forsvar for faglige normer basert på autoritet, mening og kunnskap. Utposten 1997, 26 (2) 86–88.
4. Forland F, Lid TG. Samtale med Signe Flottorp og Janecke Thesen på NSAM-seminar. Utposten 1998, 27 (5) 28–30

ORD OM ORD

Mange ord i språket vårt har en opprinnelse som for lengst er glemt, og ofte kan vi heller ikke uten videre tenke oss til hva ordene egentlig betyr. Vi håper leserne vil finne glede i en spalte der vi vil ha små epistler om ord vi bruker til daglig, men som de færreste av oss kan forhistorien til. I denne spalten er det mer enn ønskelig med innlegg fra leserne. Det sitter vel kolleger rundt om i landet med kunnskap på feltet, og her får de altså muligheten til å utfolde seg for et bredt publikum!



Kaffe

Ordet er arabisk, qahwa, og betød opprinnelig vin. Muhammed forbød som kjent muslimene å drikke vin, og ordet endret betydning fra vin til kaffe parallelt med at drikkevanene gikk den veien. (Han må ha hatt noen alkoholpolitiske grep vi bare kan misunne ham!). Kaffebuskens hjemland er Etiopia, og der ble kaffebønnene ristet og spist med smør til. Det var først på 1400-tallet man fant på å lage en drikke av ristede kaffebønner og deretter kom kaffen til Arabia. Byen Mokka ble den viktigste utskipningshavnen for kaffebønner, og den fineste kaffen fikk da navn fra den byen.

I Europa ble kaffe en motedrikk på 1600-tallet, hvor dertil egnede kaffehus ble opprettet. Her gikk diskusjonene høyt blant tidens intellektuelle. «Det norske selskap» i København der bl.a. Johan Herrmann Wessel var stamgjest, holdt til i et av Københavns kaffehus på 1700-tallet. Politiske ideer som bl.a. i sin tid bidro til at Norge ble en selvstendig nasjon, hadde nok god grobunn over kaffekoppene her. (Vi skal kanskje takke for at de holdt seg til kaffe og ikke vin på disse serveringsstedene, hva slags grunnlov hadde vi fått da?)

Te

Denne drikken kom til Europa fra Asia med portugisiske sjøfarere på slutten av 1500-tallet. Te ble fort en verdifull vare, da det Ostindiske Kompagni i 1664 skulle forære kong Charles II av England en kostelig gave overrakte de 1 kg te! Ordet er en europeisk uttale av det kinesiske taj. Russerne har beholdt talemåten bedre enn oss, der heter det tjaj. Der er nok gleden over en kopp te større enn hos oss, de har ikke caféer (som jo er kaffehus), men tjana som altså er et tehus. Russerne gir heller ikke drikkepenger men tepenger, na tjaj.

Margarin

«Gi ikke hundene det som er hellig, og kast ikke perler for svin!» (Math.7,6) sier Jesus i Bergprekenen. Et meget anvendelig uttrykk uansett livssyn, men har det noen sammenheng med margarin? Det greske ordet for perler er margarites, et ord grekerne igjen har hentet fra Persia. Pikenavnet Margrethe og blomsternavnet margeritt har samme opprinnelse. Og den hvite fargen i perler og margeritter gjorde et fanskmennene i begynnelsen av 1800-tallet gav en hvitlig fettsyre navnet «acide margarique». Dette ble så en faglig betegnelse på fett i faste former. Under den tysk-franske krig i 1870 ble det smørmangel, og da oppfant man en smørerstatning som var kjernede fettstoffer og dette stoffet gav man så navnet margarin. I 1973 kom Minarinet på markedet der man har minimalisert fettinnholdet, derav navnet.

Jannike Reymert

Kilder:

H.G.Jacobsen, H.Jensen, P.S.Jørgensen: Politikens Ord med historie. Politikens Forlag. Copenhagen.1997.

Den gode lege?

*Historier fra
virkeligheten*

Hva (og hvem) er en god lege? Begrepet unndrar seg definisjon, men er likevel ikke innholdsløst. Både leger og pasienter har en forestilling om den gode legen; pasienten vil ha en, legen vil være en.

Mange har også prøvd å beskrive eller skildre den gode legen, men det vi oftest leser om, er hva som mangler hos legen. Helge-avisene har stadig nye artikler i serien 'Dette kan ikke norske leger nok om', oftest med autoritative uttalelser fra spesialister og pasientforeninger. Må den gode legen kunne alt? Han må i hvert fall vite hva han kan og hva han ikke kan, og hvordan han skal lære mer.

Mange klager over at legen ikke lytter nok, og ikke har tid nok. Det samme sies for så vidt om foreldre også, en ikke helt urimelig sammenligning heller.

I studietiden leste jeg et sted at en god allmennpraktiker må være langsynt, passe korpulent og ha hemorroider. Langsynt for å kunne se strengt på pasienten over brille-glassene, korpulent for å kunne uttale seg med autoritet og tyngde, og hemorroider for å besitte det rette medlidende uttrykket når han lytter til pasienten. Selv er jeg nærsynt og ganske hengslete, det eneste jeg har fått til er hemorroidene.

Den gode lege må ha et varmt hjerte og en kald hjerne, sies det. Iblant synes det ganske lunkent begge steder, men en sjelden gang klaffer alt, og vi er både kompetente, potente og medfølende samtidig. I går kjørte jeg legevakt, og opplevde en av mine ytterst sjeldne stunt-helbredelser. En eldre dame på sykehjem, med litt svelgvansker etter et slag, hadde nok en gang fått kilt en for stor matbit fast ved epiglottis. Hun greide å puste, men ikke svelge eller snakke. Tidligere innlagt flere ganger for det samme, en gang løsnet det ikke før de var klar til å operere. Jeg var ledig da de ringte, og var på pletten etter 4-5 minutter. Sykepleierne hadde banket i ryggen og gjort Heimlich manøver, uten effekt. Inni meg begynte jeg å planlegge innleggelse, men for syns skyld måtte jeg jo gjøre noe først, og ba om en spatel. Damen gapte, jeg trykket lett med spatelen mot tungebasis, og helt automatisk datt det ut av meg: Si Ahh. Damen sa Ahh, så sa hun Aaaahhhh, så sa hun 'Eg svelgt'an!'

Lettere forfjamset mottok jeg pasientens, hennes søsters og to sykepleieres uforbeholdne hyllest, og etter noen sekunders betenkningstid avleverte jeg en plausibel forklaring på hva jeg hadde gjort og hvorfor det virket. Deretter forlot jeg åstedet så fort jeg kunne, før noen oppdaget at det var rene skjære flaksen. På vei ut hørte jeg sykepleiernes lett opphissede stemmer: 'Eg så koss han gjorde det!' 'Eg ska gå å skriva det ner med ein gang. Neste gang kan eg gjør det!'. Det hele hadde forøvrig tatt ca fire minutter.

Tilbake til den gode lege; i dagens SøndagsDagbladet så jeg en av de bedre beskrivelser av den gode lege (den sto på siden etter den sedvanlige 'Dette kan norske leger for lite om', som denne gang handlet om vestibulitt og andre gynekologiske smertetilstander). Han som kom med beskrivelsen lever av å veilede folk i deres yrkesvalg gjennom å kartlegge deres personlighet, og, for å si det med hans egne ord: 'Er det en analytisk person med sosiale og artistiske trekk, så kan han bli en allmennpraktiserende lege.'

Takk, Dagbladet!

Torgeir Gilje Lid

Lyrikk

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

Mottaket av stafett-
pinnen utløste mye
hyggelig aktivitet:

For det første kontakt med
kulling fra Tromsø-kull 75;
Torbjørn Uhre, som jeg
ikke har sett på flere år.

For det andre en helg med
gjensyn av mye god lyrikk.
Ikke alt som står i hyllene
leses like flittig! Jeg endte
imidlertid med et dikt som
ofte er i bruk, dels fordi
det også kan synges:
Henrik Wergeland –
Den første gang

Jeg lærte de første seks stro-
fene da jeg var ung, og de
har fulgt med siden, både
privat og i arbeid. Diktet
beskriver 'syntesen', øye-
blikkets mulighet. Werge-
land bruker, som han ofte
gjør, presise og vakre bilder
fra naturen. Å gripe en si-
tuasjon her og nå, se poten-
sialet til en 'Første gang',
det gir en viktig dimensjon
i mitt dagligliv. Jeg deler
 gjerne diktet med andre.

Jeg lar stafett-pinnen gå til
en annen kulling fra
Tromsøtiden, Solveig
Ulstein som bor i Ålesund
og arbeider på Sunnmøre.

Vennlig hilsen
Bente Thorsen

Den første gang

*«–For første gang, for første gang»
det giver mangen småting rang.
Den varer kort, – kun i sekunden.
Den er forbi, når den er runden.*

*Selv gresset har en sådan fest:
da regnes unges forår best,
når første grønne mulden bryter,
og kvisten hjertebladet skyter.*

*Metallet fikk sin egne klang
av som det lød den første gang,
da alfen hamret inn i stenen
sølvdrusene og kobbergrenen.*

*Hvis der var sjel i rosen, den
seg ønsket, den var knopp igjen,
just i den stund dens purpur tennes.
Den dør fordi det ei kan hendes.*

*Så mild er Gud, at alt, hvor smått,
en «første gangs» triumf har fått.
I den sekund det døde lever,
og livet seg til himlen hever.*

*Hvor øksen gjør i skogen dag
han spreder engens regnbuflagg;
med bandet ørken der han senker
hvor spirens «første gang» man krenker.*

Henrik Wergeland

EDB @ SPALTEN

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

Det forgjengelige

Så er det tid for ny spalte.
Har du sagt a får du si b.

Så skjer det som ikke skal skje men som alle vet kommer til
å skje: Edb-maskina har fått anfall !

I løpet av siste natt har harddisken på min relativt nye (2 år)
men meget gode sliter en Dell Precision Workstation 610
fått nok. Maskinen vil ikke boote fra SCSI-disken. Jeg kjø-
rer tester som viser at SCSI-kortet er ok og de andre SCSI-
enhetene – CD-ROM, DAT-båndspiller og en HP-skanner
alle er ok, men den viktigste av komponentene – platelage-
ret – en Seagate Ultra 2 Wide-SCSI – vil ikke gå. Var det
nattens tordenvær som tok tabben på disken ? Det virker
ikke sannsynlig så lenge ingen andre maskinkomponenter
er skadet. Jeg har UPS (uninterrupted power supply) og
overspenningsvern som dekker maskiner, skjermer, mo-
dem og alt tilkoblet utstyr.

Slike ting skjer når det ikke passer.
Siste backup er ikke rykende fersk.

I går gjorde jeg nesten ferdig en forelesning til Grunnkurs
på Voss i kommende uke. Ferdig lagret på Seagate'n som nå
verken vil rotere eller la seg lese. Så er det til å fyre opp en
av de gamle traverne med 120MHz-prosessor, få koblet på
modem og hente det som hentes kan fra forskjellige kilder.
Presentasjonen må jeg rekapitulere etter hukommelsen
og så håper jeg inderlig at Seagate's lar seg behandle på
HD-klinikken. Hvis den er helt hjernedød blir det en
kjempejobb med ny HD og ny installering av operativsys-
tem. Forhåpentlig er siste backup brukbar. Ellers blir det å
reinstallere alle programmene og prøve å hente inn doku-
menter, bilder, lydfiler som best det lar seg gjøre.

Hører jeg noen si ASP? (Application Service Provider).
Internett backupløsning?



Hva med «disk-speiling»? Kanskje bør disse ømtålige edb-
maskinene alle utstyres med minst 2 av hver – slik at når
den ene komponenten ryker er det en annen parat til å
overta.

Om hundre år er alle ting glemt ! Om det var Ola Lind
eller noen andre som sa det husker jeg ikke i farten, men det
kan være et greit «munnhell» å ta med seg. Livet med pc er
tross alt annerledes enn hva det var uten – for de av oss som
husker så langt tilbake i tid.

Fortsatt god vår !

Askøy 4. mars 2001.
John Leer

Kurs i ultralyddiagnostikk ved lidelser i muskel- og skjelettapparatet

Målgruppe: Spesialister i radiologi, ortopedisk kirurgi, fysikalsk medisin og rehabilitering, revmatologi. Spesialister i allmennmedisin og fysioterapeuter som er interessert i å tilegne seg kunnskaper innen emnet.

Kursinnhold: Kurset vil være en teoretisk og praktisk gjennomgang av de viktigste områdene innen ultralyddiagnostikk ved lidelser i muskel- og skjelettapparatet. Diagnostikk ved akutte skader, inflammasjonstilstander, degenerative tilstander og andre patologiske prosesser i ledd, ligamenter, muskler, bursaer og sener gjennomgås. Presentasjonsformene vil være foredrag, demonstrasjoner og praktiske øvelser for deltakerne i smågrupper.

Etter gjennomført kurs skal deltakerne ha tilegnet seg de basale kunnskapene i ultralyddiagnostikk, både forhold til normal anatomi og patologiske forandringer. Noen av foredragene vil foregå på engelsk.

Kurskomité:

Per Sunde (PS); kursleder, spesialist i allmennmedisin, idrettslege NIMF, Bislett legesenter.

Antonio Bouffard (AB); faglig ansvarlig, seniorlege ved Henry Ford Hospital, Detroit.

Jan Edenberg (JE); overlege ved radiologisk avdeling, Oppland Sentralsykehus, Lillehammer.

Terje Halvorsen (TH); spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, idrettslege NIMF, NIMI.

Kjell Furulund; daglig leder ved NIMI.

Ann-Kristin Bjerke Haugen; legesekretær/kurssekretær ved NIMI.

Presentasjon av de utenlandske foreleserne:

Antonio Bouffard (AB); meget erfaren radiolog ved Henry Ford Hospital, Detroit. En av verdens ledende skjelettadiologer med en lang rekke publikasjoner. Nærmeste medarbeider til en av pionerene innen ortopedisk ultralyddiagnostikk, Marnix van Holsbeech.

Franz Kainberger (FK); Internasjonal kjent skjelettadiolog med en lang rekke publikasjoner. Professor ved Universitetsklinikken i Wien.

Gerd Gruber (GG); Spesialist i ortopedisk kirurgi. Dosent ved ATOS klinikken, Frankfurt. Hoved-forfatter av boken *Ultraschall-diagnostik der Stütz- und Bewegungsorgane, nach den Richtlinien der DEGUM* - (Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin).

Horst Sattler (HS); Overlege i revmatologi ved Park-Klinik, Bad Dürkheim. Meget erfaren foredragsholder og forfatter innen ultralyddiagnostikk.

Kursgodkjennelse: Kurset søkes godkjent for antall timer undervist for relevante spesialiteter i henhold til Den norske Lægeforening sine regler.

Antall kursdeltakere: 60

Kursavgift: Kr. 1800,- inkl. kursmaterie og bevertning alle dager

Påmeldingsfrist: 1. april 2001.

Påmelding: Ann-Kristin Bjerke Haugen, NIMI, Postboks 3843 Ullevål Stadion, 0805 Oslo.

Telefon: 23 26 56 41, **Telefaks:** 23 26 56 66, **E-post:** nimi@nimi.no.

Merk påmeldingen med navn, adresse, telefonnummer og kursittel.

Faglig program

Fredag 27.04.01

10.30 - 11.00	Registrering
11.00 - 11.20	Åpning av kurset (PS)
11.20 - 12.00	Normal og patologisk anatomi ved ultralyddiagnostikk (FK)
12.15 - 12.45	Ultralyddiagnostikk ved knelidelser (GG)
12.45 - 13.15	Ultralyddiagnostikk ved albue, hofte- og lyskeplager (GG)
13.15 - 14.15	Lunch
14.15 - 15.15	Ultralyddiagnostikk ved skulderidelser (AB)
15.15 - 15.30	Ortopedens synspunkter på ultralyddiagnostikk ved skulderproblemer (GG)
15.30 - 16.15	Demonstrasjon av ultralyddiagnostikk med pasientkasus (AB med flere)
16.40 - 18.00	Gruppeundervisning/"hands on": Gr. 1; Skulder (PS med flere) Gr. 2; Kne (AB med flere) Gr. 3; Ankel og hånd (FK, JE med flere) Gr. 4; Hofte og albue (GG med flere)

Lørdag 28.04.01

09.00 - 09.30	Ultralyddiagnostikk ved ankel- og fotlidelser. Nevrogene lidelser og tumores (FK).
09.30 - 10.15	Ultralyddiagnostikk ved lidelser i hånd og håndledd. Inflammasjoner og revmatologiske lidelser (HS).
10.45 - 11.15	Ultralyddiagnostikk ved skjelettforandringer, fremmedlegemer (AB).
11.15 - 12.15	Minisymposium og diskusjon vedrørende bruk av ultralyddiagnostikk ved skulderidelser. 10 min. innledninger ved spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering, ortopedisk kirurgi og radiologi (TH ordstyrer).
12.15 - 13.15	Lunch
13.15 - 13.30	Revmatologens synspunkter på ultralyddiagnostikk ved skulderproblemer (HS).
13.30 - 14.15	Demonstrasjon av ultralyddiagnostikk med pasientkasus (AB med flere)
14.30 - 15.50	Gruppeundervisning/"hands on": Gr. 1; Skulder (PS med flere) Gr. 2; Kne (AB med flere) Gr. 3; Ankel og hånd (FK, JE med flere) Gr. 4; Hofte og albue (HS med flere)
15.50 - 16.00	Avslutning/oppsummering (PS)

?RELIS

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et tilbud til helsepersonell om produsent-uavhengig legemiddelinformasjon. Sentrene besvarer spørsmål om legemiddelbruk fra helsepersonell som leger, tannleger og farmasøyer. RELIS er foreløpig opprettet i helseregionene Sør, Vest, Midt-Norge og Nord-Norge, og legemiddelmiljøene ved regionsykehusene samarbeider om virksomheten. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

RELIS Sør (Rikshospitalet) tlf: 23 07 53 80

RELIS Vest (Haukeland sykehus) tlf: 55 97 53 60

RELIS Midt-Norge (Regionsykehuset i Trondheim) tlf: 73 55 01 58

RELIS Nord-Norge Regionsykehuset i Tromsø) tlf: 77 64 58 92

DHEA - veien til evig ungdom?

DHEA (dehydroepiandrosteron) er et steroidhormon som produseres i binyrebarken. DHEA syntetiseres fra kolesterol og på samme måte som for kortisol stimuleres syntesen av adrenokortikotropisk hormon (ACTH). Stoffet produseres imidlertid i langt større mengder enn kortisol, ca. 15 mg daglig. Stoffets fysiologiske funksjoner er stort sett ukjent. Den endogene produksjonen når en topp i tenårene og synker deretter gradvis gjennom hele livet. Etter puberteten har kvinner gjennomgående noe lavere konsentrasjoner enn menn.^{1,3}

Det har vært spekulert i om sykdommer som er vanlige hos eldre kan skyldes reduserte nivåer av DHEA. Lave nivåer av DHEA har blant annet vært satt i sammenheng med osteoporose, kreftutvikling, nedsatt immunforsvar, demens, diabetes mellitus, hyperkolesterolemi og utvikling av arteriosklerose.^{1,3} På denne bakgrunn har stoffet blitt lansert som et middel som bremser aldringsprosessen (se figur 1). Tanken er at man skal dosere stoffet slik at man oppnår de samme nivåene av DHEA som man har i tidlig voksen alder. I USA selges DHEA fritt som kosttilskudd, og det er en betydelig markedsføring av stoffet blant annet på Internett (se figur 1). I Norge er DHEA klassifisert som et legemiddel.

Til tross for at DHEA markedsføres som et universalmiddel mot ulike alderdomsprosesser og aldersrelaterte sykdommer, er svært lite dokumentert i kontrollerte kliniske studier. Epidemiologiske studier har vist assosiasjoner mellom lave nivåer av DHEA og ulike aldersrelaterte sykdommer, men man kan ikke på bakgrunn av disse studiene konkludere med at lave nivåer av DHEA fører til disse sykdommene. Assosiasjonene kan i prinsippet like gjerne skyldes at det er sykdommene som forårsaker de lave DHEA-nivåene eller at det er felles, bakenforliggende faktorer som forårsaker både sykdommene og de lave DHEA-nivåene. Det meste av dokumentasjonen er fra studier utført in vitro og i dyremodeller.^{1,3}

DHEA

Power Packed DHEA is being hailed as one of the breakthroughs of the decade

FEEL
YOUNGER AND SEXY WITH THIS
AMAZING ANTI-AGING PILL

Dehydroepiandrosterone

An amazing new pill is being hailed as the most useful all natural nutritional supplement in the battle against aging.

Many top medical experts enthusiastically report that this safe, power packed substance called DHEA will become the most important medical advance of the decade.



Eksempel på markedsføring av DHEA på internett

Den påståtte immunstimulerende effekten er ikke vist hos mennesket, og nyere studier støtter ikke hypotesen om at lave nivåer av DHEA er assosiert med Alzheimers sykdom eller at DHEA kan bedre kognitiv funksjon. Den foreslåtte effekten mot osteoporose bygger fremfor alt på in vitro-studier der man har påvist mulige effekter på kalsiumhomeostase og osteoklastaktivitet. Dessuten metaboliseres DHEA til østradiol i osteocytter. I en placebokontrollert, dobbelt-blind studie var en positiv effekt på benmarkør bare tilstede i visse subgrupper.³ Den mulig hemmende effekten på kreftutvikling som har vært sett i studier på mus og rotter kan ikke uten videre overføres til mennesket, blant annet fordi dosene av DHEA har vært ekstremt høye og fordi gnagere fysiologisk sett har en annen kortisol/DHEA-balanse enn det mennesket har. Enkelte studier har vist at DHEA kan øke insulinsensitiviteten, men resultatene har generelt sett vært motstridende, og det kreves flere studier før en eventuell positiv effekt hos pasienter med diabetes mellitus kan fastslås. Det finnes undersøkelser som antyder at DHEA kan påvirke enkelte risikofaktorer for kardiovaskulær sykdom, som høye kolesterol- og triglyseridnivåer, men disse studiene er ikke utført på mennesker. Kontrollerte kliniske studier har også blitt gjennomført hos pasienter med systemisk lupus erythematosus og depresjon, og

DHEA har også vært forsøkt for å fremme re-epitelialiseringen etter hudtransplantasjoner.³ Felles for disse studiene er at pasientantallet har vært svært lite og de positive effektene usikre.

DHEA kan muligens ha en prestasjonsfremmende effekt hos idrettsutøvere.³ Stoffet har en antikatabol effekt, og fordi det metaboliseres til testosteron vil man også kunne få en anabol effekt. DHEA har vært dopingklassifisert av Den Internasjonale Olympiske Komité (IOC) siden 1997. Til tross for dette markedsføres DHEA på Internett som et prestasjonsfremmende middel og det brukes sannsynligvis fortsatt i relativt stor utstrekning på nivåer og i miljøer der dopingtester ikke gjennomføres.⁴

De vanligste bivirkningene av DHEA er tett nese, hodepine, tretthet, akne og hirsutisme^{2,3}, men også hjertearytmier er rapportert etter inntak i høye doser. Inntak av DHEA vil øke produksjonen av andre steroidhormoner, inklusive testosteron og østradiol, noe som vil gi bivirkninger i form av en maskulinisering hos kvinner og i verste fall en økt risiko for utvikling av hormonsensitive kreftformer hos begge kjønn.

Konklusjon

Det er en mangel på kontrollerte kliniske studier som dokumenterer positiv effekt av DHEA ved ulike sykdomstilstander. Før slike effekter er entydig dokumentert og før bivirkningsrisikoen er kartlagt nærmere kan ikke bruk av DHEA anbefales. Stoffet er klassifisert som et dopingmiddel av IOC, men er likevel fritt tilgjengelig som kosttilskudd i USA.

Av overlege Olav Spigset, RELIS Midt-Norge, Avdeling for legemidler, Regionsykehuset i Trondheim

Referanser

1. Watson RR, Huls A, Araghnikuam M, Dhung S. Dehydroepiandrosterone and diseases of aging. *Drugs Aging* 1996; 9: 274-91.
2. Kroboth PD, Salek FS, Piottenger AL, Fabian TJ, Frye RF. DHEA and DHEA-S: a review. *J Clin Pharmacol* 1999; 39: 327-48.
3. Pepping J. DHEA: dehydroepiandrosterone. *Am J Health Syst Pharm* 2000; 57: 2048-56.
4. Corrigan AB. Dehydroepiandrosterone and sport. *Med J Aust* 1999; 17: 1206-8.

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

Vurdering av Forsøksprotokoll for AstraZenecas studie med sammenlikning av to administrasjonsmåter av Esomeprazol og ranitidin

Forsøksprotokollen er vurdert i henhold til NSAMs punkter for vurdering av forsøksprotokoller. AFU er skeptisk til det store antall pasienter som inkluderes i denne studien ved at kravet til styrke i studien er identisk med kravet til signifikans, og at effektstørrelsen er liten. Vår oppfatning er at dette ikke er forskningsetisk akseptabelt. Vi ser også at studiedesign har innebygde svakheter og biasmuligheter som gjør konklusjonene usikre. Med et åpent design kan de små effektstørrelser som ønskes demonstrert være uttrykk placebo-, forventnings- og systematiske feilregistreringseffekter. Det er dessuten en fare for at konklusjonen er gitt på forhånd i og med at pasientene er selektert som respondere på protonpumpehemmere. Selskapet henviser til internasjonal klinisk konsensus for å rettferdiggjøre dette designet, men det kan vanskelig rettferdiggjøres metodisk hvis en vil foreta en reell kostnadseffektivitets-sammenlikning mellom protonpumpehemmer og alternativ behandling med H2-blokkere. Dette er bakgrunn for at vi ikke kan anbefale norske allmennpraktikere å bidra til studien.

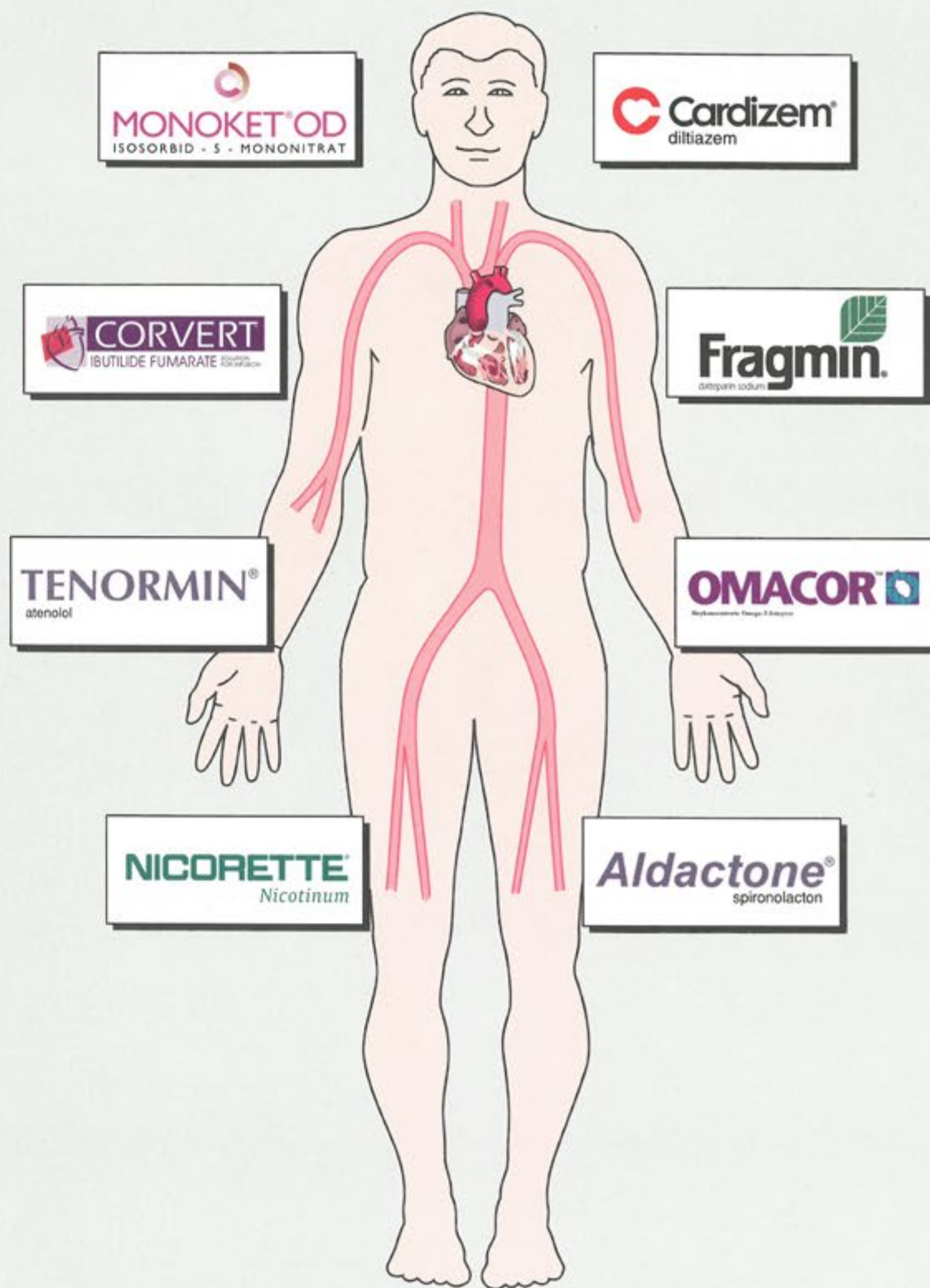
Formoterol – Klinisk utprøving – studiekode: SD-037-0699 (RELIEF)

Allmennmedisinsk forskningsutvalg har hatt denne studien til vurdering, og ba utprøveren om avklaring på en del viktige områder: Vi hevdet overfor selskapet at primærendepunktene var svært sjeldne, og at sammen med en uvanlig høy statistisk styrke (95%) medførte dette at et uforholdmessig høyt antall pasienter måtte inkluderes. Forskningsutvalget uttalte at det dreier seg om en studie som er relevant for allmennpraksis. Studien har et åpent forsøksdesign med de betydelige validitetsproblemer som er knyttet til et slikt forsøksdesign. Det var heller ikke avklart ansvarsforhold omkring publisering. I det svar utprøveren har kommet med den 11.10. besvares noen av punktene tilfredsstillende. Vi har imidlertid ikke blitt tilfredsstillende informert om ansvarsforhold omkring publisering og hva som motiverer den høye statistiske styrke i studien. Vi mener at det siste punkt er viktig å få avklart med den regionale og den nasjonale etiske komite. Vi har gjort en henvendelse til Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin med en forespørsel om at denne må etablere etiske retningslinjer for å hindre at kravet til antall deltagere i studier blir så stort at det ikke er akseptabelt hverken etisk eller samfunnsøkonomisk.

Det er imidlertid lite tilfredsstillende at utprøveren skal vente på en slik avklaring. AFU godkjenner derfor studien, og anbefaler norske allmennpraktikere å delta.

PHARMACIA

Hjerte/kar





**NYTT
BEHANDLINGS-
PRINSIPP!**

-måltidstabletten ved type 2 diabetes



Fysiologisk behandling fra Novo Nordisk ^(1,2,3)

- Tillater et fleksibelt levestett ⁽⁴⁾
- Minimal risiko for utvikling av alvorlig hypoglykemi ⁽⁵⁾
- Kan brukes ved nedsatt nyrefunksjon

TABLETTER, utsluserte 0,5 mg, 1 mg og 2 mg: Hver tablett inneholder Repaglinid 0,5 mg, resp. 1 mg og 2 mg. Fargestoff: 1 mg: Gult jernoksid (E 172), 2 mg: Rødt jernoksid (E 172). **Egenskaper:** Klassifisering: Karbamoylmetylbenzoylrederivat. Kortidsvirkende antidiabetikum. Virkningsmekanisme: Senker blodsukkeret raskt ved å stimulere sekresjon av insulin fra pankreas. Lukker de ATP-avhengige kaliumkanalene i betacellens membran, slik at denne depolariseres. Den medfølgende økning av kalsiuminnstrømning stimulerer insulinsekresjonen. Doser fra 0,5-4 mg, viser en doseavhengig blodsukkerreduksjon hos type 2-diabetikere. Den insulinotrope måltidsrespons inntreffer innen 30 minutter etter administrering. **Absorpsjon:** Raskt fra mave-tarmkanalen. Absolutt biotilgjengelighet er ca. 63 %. Høy interindividuell variasjon i plasmakonsentrasjonen (60 %). Intra-individuell variasjon er lav til moderat (35 %). Maks. plasmakonsentrasjon nås innen 1 time etter inntak. AUC av repaglinid er økt hos pasienter med lever- eller nyreinsuffisiens og hos eldre type 2-diabetikere. **Proteinbinding:** >98 %. **Fordeling:** Tilsvarende distribusjonsvolum er 30 liter (tilsvarende fordeling i intracellulær væske). **Halveringstid:** Ca. 1 time. **Metabolisme:** Metaboliseres nesten fullstendig. **Utskillelse:** Repaglinid og dets metabolitter utskilles primært via galle. Mindre enn 8 % via urinen, fortrinnsvis som metabolitter. Mindre enn 1 % uforandret i feces. **Indikasjoner:** Diabetes mellitus type 2 der en ikke oppnår tilstrekkelig metabolsk kontroll ved kostregulering, fysisk aktivitet eller vektreduksjon alene. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for repaglinid eller noen av hjelpestoffene i preparatet. Type 1 diabetes (C-peptid negativ). Diabetisk ketoacidose, med eller uten koma. Graviditet og amning. Barn <12 år. Alvorlig nyre- eller leverdysfunksjon. **Bivirkninger:** **Endokrine:** Hypoglykemi. **Gastrointestinale:** Mavesmerter, diaré, kvalme, oppkast og forstoppelse. **Hud:** Hypersensitivitetsreaksjoner på huden i form av kløe, utslett og urticaria. **Lever:** Leverenzymstigning er rapportert, de fleste tilfelle milde og forbigående. **Syn:** Forbigående synsforstyrrelser er rapportert i begynnelsen av behandlingen. **Forsiktighetsregler:** Repaglinid kan forårsake hypoglykemi. Den blodsukker senkende effekten blir redusert hos pasienter over tid (sekundær behandlingsvirkning). Kombinasjonsbehandling med insulin eller andre betacelle-stimulerende antidiabetika, thiazolidinedioner og akabose er ikke klinisk undersøkt. Kombinasjonsbehandling med metformin er forbundet med en økt risiko for hypoglykemi. Når en pasient som er stabilisert på perorale antidiabetika utsettes for stress i form av feber, traume, infeksjon eller kirurgiske inngrep, kan blodsukkerreguleringen svekkes. I slike situasjoner kan det være nødvendig å seponere preparatet og i en periode behandle med insulin. Når repaglinid brukes sammen med legemidler som hovedsakelig utskilles via galle, bør ev. interaksjon overveies. Det er ikke utført kliniske studier hos pasienter med redusert leverfunksjon eller av barn og unge <18 år eller pasienter >75 år. Behandling av disse pasientgruppene anbefales derfor ikke. **Graviditet/Amning:** Se Kontraindikasjoner. **Interaksjoner:** Følgende stoffer kan forsterke den hypoglykemiske effekten av repaglinid: MAO-hemmere, ikke-selektive beta-blokkere, ACE-hemmere, NSAID-preparater, oktreotid, salicylater, alkohol og anabole steroider. Følgende stoffer kan redusere den hypoglykemiske effekten av repaglinid: Perorale antikonseptiva, tiazider, kortikosteroider, danazol, thyroideahormoner og sympatomimetika. Pasienter som tar repaglinid sammen med ovennevnte stoffer, bør observeres nøye med tanke på endringer i blodsukkerreguleringen. Beta-blokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Alkohol kan forsterke og forlenge den hypoglykemiske effekten av repaglinid. Pasienter som tar repaglinid og som slutter å ta ovennevnte stoffer, bør observeres nøye med

tanke på endringer i blodsukkerreguleringen. **Dosering:** Repaglinid tas rett før hovedmåltidene (preprandialt) og titrerer individuelt for å optimalisere den glykemiske kontroll. Kortidsbehandling med repaglinid kan være tilstrekkelig i perioder med diettlig kontroll hos pasienter som normalt reguleres tilfredstillende med diett. **Startdose:** Individuell. Anbefalt startdose 0,5 mg tatt rett før hovedmåltidene. Avhengig av blodsukkerrespons, bør det gå 1-2 uker mellom hver titrering av dosen. Dersom pasienten omstilles fra et annet peroralt antidiabetikum, er anbefalt startdose 1 mg. **Utslusedose:** Anbefalt maks. enkeltdose er 4 mg tatt rett før hovedmåltidene. Maks. døgndose er 16 mg. **Spesielle pasientgrupper:** Hos svekkede eller feilernære pasienter bør start- og vedlikeholdsdosen være konservativ og det kreves en forsiktig opptrapping av dosen for å unngå hypoglykemiske reaksjoner. Ved nedsatt nyrefunksjon anbefales titrering av disse pasientenes dose da følsomheten for insulin er økt. Omstilling fra andre perorale antidiabetika: Pasientene kan omstilles direkte fra andre perorale antidiabetika til repaglinid. Anbefalt maks. startdose er 1 mg tatt rett før hovedmåltidene. Repaglinid kan gis i kombinasjon med metformin, når tilfredstillende blodsukkerkontroll ikke oppnås ved bruk av metformin alene. I slike tilfeller skal dosen av metformin opprettholdes samtidig med administrering av repaglinid. Startdose av repaglinid er 0,5 mg rett før hvert hovedmåltid. Titrering utføres i forhold til blodsukkerrespons som for monoterapi. **Overdosering/Forgiftning:** Tegn på overdosering er hypoglykemi. **Symptomer:** Svimmelhet, økt svetting, tremor, hodepine. **Behandling:** Hattig absorberbare karbohydrater gis peroralt. Alvorligere hypoglykemi med kramper, bevisstløshet eller koma skal behandles med intravenøs glukose. **Pakninger og priser:** 0,5 mg: 100 stk. kr. 263,70. Enpac: 30 stk. kr. 97,80, 120 stk. kr. 310,70. 1,0 mg: 100 stk. kr. 336,30. Enpac: 30 stk. kr. 126,10, 120 stk. kr. 420,70. 2,0 mg: 100 stk. kr. 486,10. Enpac: 120 stk. kr. 576,50.

Referanseliste:

- Goldberg RB, Brodows RG. A Randomised placebo-controlled trial of repaglinide in the treatment of type 2 diabetes 1998; 47(suppl 1): Abstract 0383.
- Hatkov V, Bayer T. Repaglinide bioavailability in the fed or fasting state. J Clin Pharm 1997; (Suppl): abstract 072.
- Van Gaal LF, Van Acker KL, Damsbo P et al. Metabolic effects of repaglinide, a new oral hypoglycaemic agent in therapy-naïve Type 2 diabetics. Diabetologia 1995; (suppl 1): A43.
- Owens D. Repaglinide - Prandial Glucose Regulator: A New Class of Oral Antidiabetic Drugs. Diabetic Medicine, 1998; 15 (suppl 4): s28-36.
- Tromer B, Marbury TC, Damsbo P et al. A new oral hypoglycaemic agent, repaglinide, minimises risk of hypoglycaemia in well-controlled NIDDM patients. Diabetologia 1995; 38 (suppl 1): A 195.