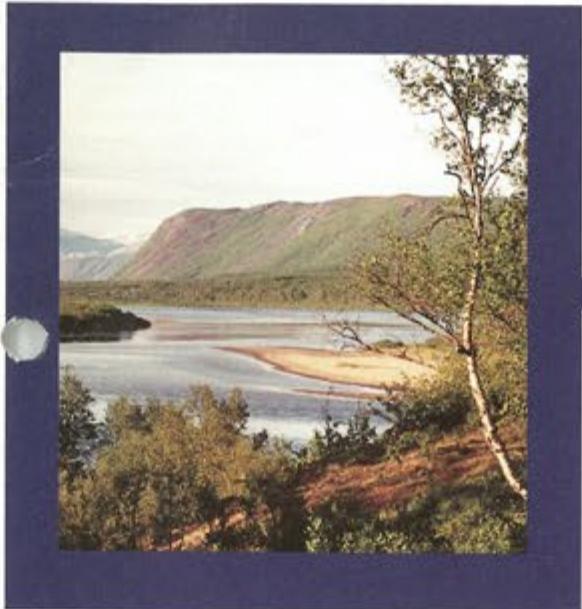


# utposten

Nr. 4 - 2002

Årgang 31

*Blad for  
allmenn- og  
samfunns-  
medisin*



## Innhold:

Leder: Distriktsmedisin

AV GUNNAR STRØNO

s 1

Distriktsmedisinske forteljingar

AV EIVIND VESTBØ

s 2

Distriktsmedisin:

Gammel vin i nye flasker, eller omvendt?

EVRJU MED TORALF HASVOLD AV J. REYMERT OG G. STRØNO s 7

Fra Alma mater til Tana

AV HELEN BRANDSTORP

s 11

Distriktsmedisin – fortid eller fremtid?

AV MAGNE NYLENNAN

s 15

«For å gjøre jobben godt nok trenger jeg...»

AV ANNE HENSRUD

s 20

Globaliseringens konsekvensar

på distriktsmedisinens bord

AV REIDAR ALMÅS

s 24

En landsens lege

AV FRANZ KAFKA

s 32

Utposten i samtale med helseminister Dagfinn Høybråten:

«Vi må samarbeide med de krefter som virker mot sentraliseringstendensene»

AV FRODE FORLAND

s 36

Glykemisk indeks – ny nøkkel til god helse?

AV ANNE-MARIE AAS

s 39

Faste spalter

s 44

# utposten

## Kontor:

RMR/UTPOSTEN  
Sjøbergvн. 32, 2050 Jessheim  
Tlf: 63 97 32 22. Fax 63 97 16 25  
E-mail: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktorene av  
UTPOSTEN:

### Torgeir Gilje Lid

Koordinator  
Heskestadv. 11  
4015 Stavanger  
Tlf: 51 52 10 71  
Fax: 51 52 61 52  
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@c2i.net

### Elisabeth Swensen

Klokkarskogemoen  
3840 Seljord  
Tlf: 35 05 04 42  
E-mail: elswense@online.no

### Gunnar Strøno

Skogv. 29  
3660 Rjukan  
Tlf: 35 09 22 28  
Fax: 35 09 06 40  
E-mail: gunnars@telnett.no

### Frode Forland

Herregårdsv. 2 F  
1168 Oslo  
Tlf: 24 16 31 10  
Fax: 22 16 30 09  
E-mail: frode.forland@c2i.net

### Erik J. Pedersen

Heskestadv. 13  
4015 Stavanger  
Tlf: 51 52 75 60  
Fax: 51 90 69 01  
E-mail: ejped@online.no

### Tone Skjerven

Modum Bad  
3370 Vikersund  
Tlf: 32 78 70 96  
Fax: 32 78 83 08  
E-mail: tone.skjerven@c2i.net

Forsidefoto: Deatnu/Tana. Foto: Helen Brandstorп

Layout/ombrekning: Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:  
PDC Tangen

# *Distriktsmedisin*

D

ette nummeret av *Utposten* handler mest om distriktsmedisin. Den første nasjonale konferansen om distriktsmedisin ble avholdt på Sommarøy i Troms i begynnelsen av mars i år. Arrangør var Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet. Vi prøver å formidle et tverrsnitt av det som kom fram på konferansen.

Begrepet «distriktsmedisin» er verken klart definert eller klart avgrenset. De mest spennende diskusjonene på konferansen dreide seg nettopp om hva det egentlig var man snakket om.

Som i all annen medisinsk virksomhet, sier det seg selv at de medisinske kunnskapene og ferdighetene må være tilpasset til den pasientpopulasjonen man møter, sykdomspanora-maet, den situasjonen man jobber i, og tilbudet fra neste nivå i helsetjenesten. Man må selv sagt ha litt ulike ferdigheter i Tønsberg og i Tana. Anette Fosse illustrerte dette glimrende. Hun tegnet en sirkel som representerte allmennmedisinens innhold i storbyen. Så tegnet hun en sirkel til, som representerte distriktsmedisinen. Sirklene overlappet hverandre. Men hvor mye? Og hva er særegent?

I tillegg til det rent faglig medisinske, er det andre vilkår som gjelder for legen i distriktet. Toralf Hasvold definerer distriktsmedisin slik: «Å utøve distriktsmedisin er å leve sammen med og være lege for en befolkning som bor langt fra sykehus eller store sentrale helseentre.» Legen i distriktet kan ikke stikke seg bort i boligfeltet eller i andre subkulturer, han er «legen» enten han er på fotballtrenings, i butikken eller på puben. Dessuten har han en slags uskrevne kontrakt med lokalsamfunnet. Eivind Vestbø sier i dette bladet: «Vi taler mykje om lege-pasient tilhøvet og skryt av kombinasjonen kurativt og samfunnsmedisinsk ansvar, men gløymer ofte ein like viktig dimensjon, nemleg lege-bygd tilhøvet.» Vi tror at forståelsen av dette «lege-bygd tilhøvet» er helt sentralt for å forstå kjernen i distriktsmedisinen.

En godt fungerende distriktsmedisin er helt avhengig av en god andrelinjetjeneste. En god andrelinjetjeneste må tilby et nett av lokalsykehus med akuttfunksjon utover landet. Dette er drøftet i *Utposten* nr. 2/1998. Elisabeth Swensen skriver i lederen: «Liksom primærhelsetjenesten er grunnmuren i norsk helsetjeneste, er det velfungerende lokalsykehus som bør være grunnmuren i norsk sykehusvesen.» Vi vet ikke hva som skjer etter at de nye helseforetakene er kommet, men vi er engstelige for de signalene som kommer fra de lukkede styremrom. Under en «brain-storming» i region sør kom det fram at mektige tungvektene i fullt alvor mener at regionen bare trenger tre akuttsykehus, Drammen, Tønsberg eller Skien, og Kristiansand! Styreformannen for Hålogaland HF, som omfatter sykehusene i Narvik, Stokmarknes og Harstad, Ellen B. Pedersen, har uttalt til «Fremover» i Narvik at man ikke kan utelukke nedlegging av institusjoner. Utbygging av «Nordnorsk helsenett» er et satsningsområde for Helseregion nord, men uansett hvor godt nettet blir, er det helt uinteressant dersom ikke regionen kan garantere lokalsykehusenes framtid.

*Vi ønsker et kompetansesenter for distriktsmedisin velkommen!*

Gunnar Strøno

# Distriktsmedisinske

AV EIVIND VESTBØ

Finnøy er et landskap frå barndommen min. Lite visste eg kva det løynde der eg nøyt mitt ferieliv for ein mannsalder sidan. Men kanskje er det likevel landskapet som har fått meg til å bli der som lege i 28 år sjølv om eg kom dit ved eit ikkje planlagt hove, og raskt skulle få sjå kva som rørte seg bak gardina. Distriktet ligg 13 nautiske mil nord for Stavanger innerst i Boknafjorden med 14 øyar som har busetnad. Halvdelen bur på hovudøya. Der har eg sidan hatt ca. 300 000 konsultasjonar og levde ca. to år til saman i ein lege-skyssbåt.

Kvantiteten av kliniske inntrykk har etterkvart gitt imperativa føringar og mønster. Røyndommen har tatt meg på godt og vondt. På godt, fordi det ligg mange år bak. På vondt, fordi eg kan ha laga mine eigne sanningar som lever sitt egosentrerte liv i hovudet på ein halvgamal mann. Eg har valt å kalla eit utval av desse røynslene for distriktsmedisinske forteljingar. Tanken er å knyta små forteljingar til ein del stikkord som eg ser som sentrale i den distriktsmedisinske tradisjonen og det distriktsmedisinske faget.

## Den distriktsmedisinske tradisjonen

### Ramevilkåra

Eg var allereie vikar i nabodistriktet Rennesøy. Vaktordning var ukjent. Dagen før hadde eg vore på den eine kontordagen eg hadde i veka i vikardistriktet. 70 pasientar hadde vore innom frå 8.00 om morgonen til 19.00 om kvelden. Sjølv var eg høgfibril av «influensaliknande» sjukdom. På mitt fjerde sjukebesøk den kvelden kom eg til ei kvinne på ca. 50 som låg godt under dyna med temp. i overkant av 38 og presenterte sår hals som – ikkje til å halda ut. For første gong såg eg situasjonen min som absurd. Betre skulle det ikkje bli neste dag då eg troppa opp på heimekontoret, framleis i høgfibril tilstand. Ass. fylkeslege ringe – blid som ei lerke. Han måtte diverre konstituera meg i nok eit nabodistrikt for 2 månader. Eg slengte på røyret... men blei likevel konstituert. Tankane gjekk til Karl Evang sin genikontrakt som han baud på for distriktslegane den gongen. Gjer di plikt for du er statleg tilsett og vi har instruksjonsmynde. Men pukka ikkje på dine rettar for hugs du er privatpraktiserande utan regulerte arbeidsvilkår.



Eivind Vestbø

### Engasjementet

Thorvald fortalte meg under eit sjukebesøk at han hadde ei dotter som døydde på ein trasig måte då ho var 16. Ho blei tiltakande slapp og sengeliggende etter fleire dagar. Distriktslegen kom og meinte det kunne dreia seg om eit mæ gevonde. Men lova å koma tilbake dersom ho ikkje kom seg. Neste kveld blei ho brått verre, og distriktslegen kom på ny. Ho var då medvitslaus og låg med tung pust. Så døydde ho medan han var der, og Thorvald kunne fortelja at det då gjekk opp for legen at ho hadde diabetes. Og så fortalte han det han ikkje hadde sagt til nokon før. Legen brast i gråt og omfamna den døde. Det var blitt natt og legen blei liggande i senga med liket til det lysna av dag medan faren sat ved sida av utan å seia eit ord. Legen hadde gjort det han kunne, sa Thorvald.

# forteljingar

## *Slitet*

Ein eldre skysskaffar fortalte ein dag at i hans tid då distriket var større og båtane gjekk seinare, var det vanleg at legen i travle tider gjekk om bord etter kontortid. Han småsov mellom «strandhogga» på ein runde som varte til det grydde av dag og han kunne då gå rett på kontoret tidsnok til neste kontordag.

Ein annan av mine føregjengarar døydde av tuberkulose. Den siste tida var han sengeliggande. Då hadde han konsultasjonar frå senga. Kona ordna køen, og gongen utanfor soverommet fungerte som venterom.

Det året eg sjølv måtte vikariera i to nabodistrikt var eg febersjuk 11 gonger med nedsett immunforsvar, men utan sjukemelding. Vakta var kontinuerlig og fridagar eksisterte ikkje heile det året. Det var to faktorar som haldt deg

gåande. Pasientane, fylkeslegen og helsedirektören sa eg var ein helt og rolla måtte innfriast. Dessutan førde stresset med seg eit servilitetsparadoks. Som personlegdomsoppløyst maskin blei du grenselaus.

## *Distriktslegekulturen*

I starten av Finnøy-opphaldet mitt tala eg mykje med Otto på 90 år. Han hadde vore rorskarslager for dr. Wille (distriktslege i Finnøy frå 1873–1904), som han meinte var så tjukk at han til slutt sprakk. Han kunne og fortelja at Wille ein gong kom til Nedstrand og skulle kørast i hestekjerre av ein lokal bonde som var litt sein av seg. Wille blei irritert og bad han få farten opp. «Er lurte berre på om eg skulle ta dokteren i eitt eller to lass», svarte bonden. Otto fortalte vidare at dei brukte båtar på 21 fot. Dr. Wille sat sjølv til rors i vind opp mot kulings styrke. I kraftigare vind drog han ei pressning over seg, og la seg på dørken framme i båten. Då

FOTO: TØRGERD DALJE LI



måtte to mann ausa alt dei makte slik at ikkje vatnet som fossa inn skulle nå opp til undersida av dokteren som då blei rasande. Dersom været blei for galt, landa dei i nærmeste vik, drog båten opp, kvelde han over seg, nørte eld og kunne bli der natta over. Etter slike turar fekk mannskapet bli med distriktslegen heim, og då vanka det ein god slurk brennevin til alle.

### **Det distriktsmedisinske faget**

#### *Sosiologien*

Det var ein gong ein distriktslege som blei oppringt frå den mest avsides bygda i distrikset. Han var både venleg, grundig, flink og engasjert. «Dokteren må koma med ein gong. Her er ein mann som har falle ned i ein silo fleire meter». «Er han bevisstlös», spurte dokteren. «Nei, men du må koma fort». «Kan han bevege armer og ben?» «Ja, men høyrer du ikkje kva eg seier. Det har hendt ei stygg ulykke inne hos oss». Samtalene haldt fram. Legen går systematisk gjennom sjukehistoria medan innringar gjentek bøna om vitjing. Til slutt blei det klart for distriktsleggen at pasienten ikkje har kome alvorleg til skade og han forklarer venleg at vitjing ikkje trengs. Dei tilga han aldri inne i bygda. Eit par år seinare reiste legen derifrå.

Vi talar mykje om lege-pasient tilhøvet og skryt av kombinasjonkurativt og samfunnsmedisinsk ansvar, men gløymar ofte ein like viktig dimensjon, nemleg lege-bygd tilhøvet. Når distriktsleggen i dette høvet svikta utkanten i «dramatikkens stund» haldt det ikkje med korrekt medisinsk tilnærming aleine. Fritt etter Søren Kierkegaard er det ikkje nok å starta der pasienten er, men i tillegg der bygda er. Utan eit reservoar av tillit og velvilje i lokalsamfunnet misser distriktsleggen både påverknads-, placebo- og compliancekraft.

Ein av mine avdøyde kollegar fekk tilnamnet «slaktaren» fordi han ikkje turnerte sosiologien i bygda. Han gjorde ikkje fleire tabbar enn andre, men dei han gjorde blei tolka i verste meinings av bygdafolket.

#### *Diagnostikken*

Kari tilhørde ei gåverik slekt. Ho var svært kunnskapsrik og ein interessant samtalepartnar på sjukebesøk. Mellom

annan hadde ho til vane å krydra samtalene med poengterte sitat frå norske klassikarar. Mannen trengte pleie og samarbeidet omsorgstenesta var godt. Men periodevis ringte ho mykje og var meir misnøgd. Ting måtte brått ordnast på. Snart såg eg eit periodisk mønster i dette. Eg hadde elles behandla ei søster som var maniodepressiv, og ein nevø som var «periodedrankar» blei næraast kurert då eg gav han lithium. Kari fekk òg lithium og «periodane» forsvann. Etter nokre år måtte eg likevel seponera på grunn av nyrefunksjonen. Plagene kom tilbake og ho fekk Haldol i staden. Den kliniske utfordringa blei då å spora starten på ein manisk episode. Så var det at eg la merke til at første teiknet på mani var at ho gjekk over frå å sitera ei rekke klassiske fattarar til berre å sitera Henrik Wergeland. Resten av livet hennar fekk ho difor Haldol på indikasjonen Wergelandsitiat.

Min avgjerande operasjonelle kunnskap var altså ikkje den statistiske, men den individuelle, både når det galdt diagnose og behandlingsindikasjon. Den er ikkje å finna i noko kunnskapsbase eller handlingsprogram, men ligg i den distriktsmedisinske kvardagen som eit instrument meir kraftfullt enn «sjølv kroppsauga». Når Inga seier at ho har fått influensa på ny, treng eg ikkje sjå etter halsvenestuvning. Då er hjertesvikten forverra.

#### *Den kliniske handlinga*

Ola var 78 år. Han var ungkar og budde på eit avsides småbruk på ei lita øy. Det viktigaste livsinnhaldet hans var stell av 20 sauar. Helsa hadde alltid vore god. Nettverket hans var òg godt, men han brukte det lite. Ein dag kom han til legen på grunn av nedsett urinstrålekraft og aukande nycturi. Prostata var cancerhard og eg fann PSA på 150. Han var utan smerter. Det medisinske handlingsgrunnlaget var greitt - tilvising til spesialist i urologi. Men Ola hadde ein del presenile trekk. Kanskje ville han fått ein forvirringstilstand, eller depresjon og ringare livskvalitet dersom han blir sendt til ukjent land i andrelinetenesta? Kanskje ville det enda med sal av sauene og omsorgsbustad på ei anna øy. Og minst like viktig, kva ville Ola sjølv gjort dersom han hadde skjøna situasjonen. Det enda med at Ola sa nei og eg sa nei. Han levde fleire år med sine sauar og prostatacancer før den til slutt tok livet hans.

Den medisinske kunnskapen aleine er altså ikkje nok. I tillegg til spørsmålet om kva som er medisinsk rett for Ola, kjem det to nye spørsmål. Først, kva ville vera best for Ola slik eg kjente situasjonen og livsvilkåra hans. Og til sist, men ikkje minst, hans eigen vilje. Dersom den beste medisinske kunnskapen var å finna i eit handlingsprogram, kan dette ikkje alltid vera styrande for den kliniske handlinga. Dersom ikkje alle involverte partar skjønar dette, kan

FOTO: TORGERI GJELDE UD





FOTO: TORGEIR GILJE LI

handlingsprogramma paradoksalt nok bli farlege for allmennpraksis i ei kvalitetsskringstid.

#### Påverknadskrafta

Kari hadde var febril og blei ikkje god att. Ho hadde kvalmeturar, kjente seg slapp og hadde varierande abdominalsmerter. Eg var usikker på henne og vitja henne difor to gonger før eg la henne inn. Ved kvar vitjing la eg fram vurderingane mine så godt eg kunne og ektemannen var samd. Det syntet seg at Kari hadde gallsteinsileus og blei operert. To dagar etter operasjonen døyde ho diverre av lungeemboli. Etter dette ringte mannen meg opp og starta med ei setning eg aldri kjem til å gløyma. «Du tok livet av kona mi Vestbø, men eg tilgir deg fordi du er så greie kar». Og tilliten til meg haldt utruleg nok resten av livet hans. Det er mi plikt som distriktsmedisinar og ikkje misbruksa denne tillitten som ein empatisk sjarlatan, men brukta den til compliance, trøyst og velvilje.

#### Improviseringsa

Rakel låg til sengs, nekta å ta til seg anna enn vatn og ville ikkje tala med andre enn ei niese som budde tett ved. Til slutt gjekk ho med på ei legevitjing, men avviste at dette hadde noko for seg. Ho tok i mot meg med avmålt blikk og gjorde med ein gong klart at ho var frisk. Problemet var at Gud hadde vendt seg frå henne. Ho var fortapt og det gjekk nā mot døden og helvete. To emissærar og ein prest hadde ikkje greidd å trøysta. Gode råd var dyre, og mitt var

improvisert. «Kan du vera med på fylgjande opplegg. Eg og niesa di vil gjerne at du tek desse medisinane i tre veker. Dersom du er fortapt så spelar det vel ikkje noko rolle frå eller til, bortsett frå at du får rett. Og dersom dei skulle virka, så ville jo det vera fint, sjølv om du alt er overtydd.» Rakel var samd. Sjølv i sin djupe depresjon skein det litt av ein sta personlegdom gjennom. Ho skulle sanneleg visa at ho hadde rett. Tre veker seinare var eg tilbake. Ho går å steller i huset og spør om eg vil ha kaffi. Eg spør korleis det går og ho seier: «Jo takk, ikkje så verst». «Hugsar du», spør eg. «Ja, eg var visst ikkje heilt bra sist du var her», sa ho. Og så snakka vi aldri meir om dette bortsett frå korleis ho skulle ta den antidepressive medisinene vidare. Veddemålsvarianten hadde nok ikkje blitt lansert utan kjennskap til kultur og individ. Kommunikasjonen var tilpassa og improvisert, men sikra akkurat henne eit godt klinisk resultat.

#### Grensene

Eg var lege for alle – far, mor, son, svigerdotter og svigerdotter sin familie. Etter at sonen blei gift og bygde kårhús på garden, blei det strid mellom far og svigerdotter som ikkje ville la seg dominera. Sonen måtte ta parti for kona og gardsovertakinga enda i krangelen, fysisk vold mellom far og son, truing med skytevåpen og meldingar til lensmannen frå begge sider. Kvar for seg kom dei på kontoret med søvnplager, hovudpine, ustabil angina og depresjon. Eg hadde valet mellom å medikalisera konflikten med medikament, sjukemelding og spesialistundersøking, eller

prøva å få problemet ut av legekontoret og tilbake til livet der det høyre heime. For å greia dette måtte eg sprenga grensene for vanleg legeverksem. Eg kalla «partane» inn på legekontoret til mekling etter kontortid. Forhandlingane der resulterte i våpenkville og ei løysing på den formelle sida av gardovertakinga. Den store forsoninga uteblei, men dei individuelle konsultasjonane tok slutt utan at septblokka hadde vore brukt ein einaste gong.

#### *Utreddninga*

Liv blei 42 år. Ho hadde vore til behandling på RH for cervical cancer. Som så ofte før var ho både pasient og personleg kjenning. Ein dag kom ho på kontoret med ischiassmerter. Vi visste begge at det kunne vera kreften. Ho gjekk til kontroll hos gynekolog, men på kontoret den dagen rådde det eksistensielle perspektivet. Skulle ho satsa på ekstra time hos gynekologen ein månad før tida? Ville ho eigenleg vita? Skulle andre få vita? Livet kunne snart vera slutt? Burde ho leva i dette perspektivet i alle høve? Samtalen utvikla seg slik at det blei rett å halda seg til vanleg kontrollskejma.

Det var spreiling. Ein månad før ho døydde tulla eg henne inn i ullteppe og segla henne rundt øya for siste gong. Så blei det mitt lodd å legga henne i kista, avmagra og lett som ei

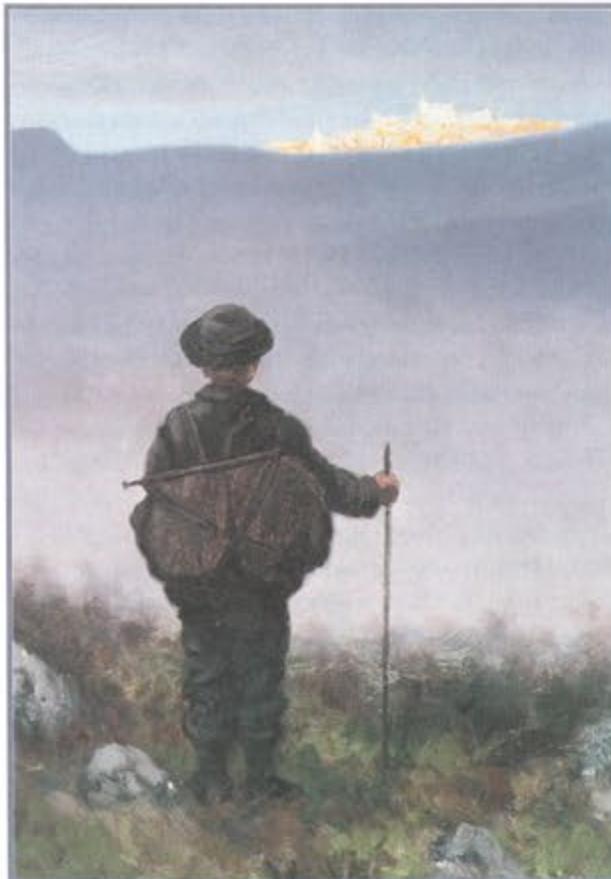
fjør. Etterpå gjekk ryktet på bygda om at ho hadde gått til lege med ryggsmerter. Han hadde ikkje stilt rett diagnose, og nå var ho død.

Som distriktsmedisinar blir eg gamal før tida. Ikkje av år og rynker, men av «eksistensiell sorg». Eg møter tapet, forfallet og døden så ofte at all den sorg og tap som ligg att i eiga sjel må fram og ordnast på før eg kan nærma meg den lidande. Dersom ikkje, har eg valet mellom avstand, manglande involvering og tildekande medikalisering av det eksistensielle perspektivet på den eine sida, eller smertefull involvering med utbrenning til fylgje. Eit avklara tilhøve til eiga sorg og tap er den eigenanalysen eg må gjennom for å overleva der ute i distriktet.

Og der ute har eg tenkt å bli – som fastlege, vaktlege, skulelege, sjukeheimslege, helsestasjonslege, idrettslege, bedriftslege, sosionom, meklar, familieterapeut, og kommunal rådgjevar.

Distriktslegelivet er i alle høve ikkje kjedelig!

Finnøy den 30. april 2002.  
Eivind Vestbø



## **VELKOMMEN til «Fra soloppgang til solnedgang – fra øst til vest i livet»**

**Primærmedisinsk uke 2002,  
Soria Moria i Oslo**

Aplf, NSAM og OLL inviterer til primærmedisinsk «happening» i tiden 28. oktober til 1. november 2002

Det vil bli 26 forskjellige kurs,  
hvorav 13 er emnekurs.  
Det blir Forskningsdag og  
Olav Rutles minneforelesning,  
i tillegg til et flott  
sosialt og kulturelt program.

Program er sendt ut,  
og du kan søke på  
[www.teamcongress.no/pmu2002](http://www.teamcongress.no/pmu2002)

# Distriktsmedisin: Gammel vin i nye flasker, eller omvendt?

TORALF HASVOLD INTERVJUET AV JANNIKE REYMERT OG GUNNAR STRØNO

Den første nasjonale konferansen om distriktsmedisin ble holdt på Sommarøy i Tromsø 6. – 8. mars i år. Toralf Hasvold, professor i allmennmedisin i Tromsø, var en av initiativtakerne og medlem av programkomiteen.

*– Hvorfor holder man en konferanse om distriktsmedisin nå?*

– Det er mange sammenfallende grunner til det. Det har vært en periode med svært dårlig rekruttering til legejobber i distriktskommuner. Våre studenter etterspør kunnskaper og ferdigheter som skal gjøre dem i stand til å arbeide i distriktet, og det er en internasjonal bevegelse som arbeider med «rural health». Dessuten har vi nattopp fått to store reformer i norsk helsevesen. Begge disse reformene er strukturreformer. Det er viktig å sette søkelyset på hva det faglige innholdet i fastlegeordningen skal være, og da blir distriktsmedisin et viktig innspill i debatten.

*– Hva ligger egentlig i begrepet «distriktsmedisin»?*

– Det legges nok ulikt innhold i begrepet avhengig av sted og hvilken agenda man har. Min forståelse av begrepet er en beskrivelse av de kunnskaper, ferdigheter og den rolleforståelsen leger og andre i helsetjenesten må ha for å beherske og dermed føle seg bekvem i rollen som lege i et distrikt. Jeg vil definere det slik: «Å utøve distriktsmedisin er å leve sammen med og være lege for en befolkning som bor langt fra sykehus eller store sentrale helsecenter.»

*– Hva skiller distriktsmedisin fra vanlig allmennmedisin?*

– Distriktsmedisin er vanlig allmennmedisin i den spesielle kontekst at man har lang avstand til nærmeste sykehus. I dette ligger det konkrete forskjeller i hvilke oppgaver som man må løse i forhold til kronikere, eldre, spesielle sykdommer og akuttmedisin. I sykehusnære områder kan mange av disse oppgavene overlates til sykehuset. Men det er selv sagt ikke noe i veien for at man i sykehusnære praksiser også kan drive en allmennmedisin som er lik det vi legger i



Toralf Hasvold

distriktsmedisin. Det er derfor diskusjonen om allmennmedisinens faglige rolle og innhold blir spennende i fremtiden.

*– Bortsett fra at den akuttmedisinske kompetansen naturligvis må tilpasses til det lokale behovet, er det da noen faglig forskjell på å drive praksis i distriktet og i byen?*

– Jeg mener ja. I byen, eller rettere sagt når du og pasientene befinner dere nært et sykehus, så er det noen oppgaver som kan overføres til sykehuset. Men befinner du deg sammen med pasientene dine flere timers kjøring fra sykehus, så er det ikke praktisk mulig å sende fra seg en del oppgaver. Andre oppgaver må deles på i et samarbeid med sykehuset som for eksempel cytostaticakurer. Det er disse utvidede oppgavene, sammen med akuttmedisin og katastrofemedisinsk beredskap, som skiller bypraksis fra landpraksis. Det er jo mye av det vi i dag sender fra oss som vi kunne ta mer ansvar for dersom rammevilkårene var lagt til rette, og vi fikk sko-

lering. Det jeg er bekymret for er at oppgavefordelingen mellom 1. og 2. linjen ikke er bevisste valg, men i stor grad er et resultat av hva sykehusene ønsker å skyve fra seg. Det utarmer det faglig innholdet i allmennmedisin og kan skape frustrasjoner fordi det oppleves som påtvungne oppgaver.

*– Det er naturligvis annerledes å bo som lege på et lite sted enn i en stor by hvor man er anonym. Kan du si noe om det?*

– Å bo i et lite, gjennomsiktig samfunn sammen med de man skal betjene som lege kan by på mange utfordringer. Man går inn og ut av ulike roller hele tiden: - forelder, medlem av lag og foreninger, nabo, deltaker i et lokalsamfunn, kulturliv osv., og man får kjennskap til alle på godt og vondt, man vet hvem som er skurk og hvem som er venn, men som lege må alle møtes med samme respekt og gis samme tilbud. For å mestre dette må man ha et bevisst og reflektert forhold til de rollene man har, slik at man ikke blander rollene. Da kan det gå galt. Noe av dette kan læres, men jeg tror nok at koden for å lykkes også i stor grad er avhengig av personlige egenskaper, som mangt annet i livet.

*– Er det vanskeligere å være lege i distriktet enn å være allmennpraktiker i en by?*

– Nei, det tror jeg ikke. Tvert imot tror jeg at dersom man er godt forberedt, føler seg faglig trygg i forhold til oppgavene og trives i rollene, så er det en fantastisk spennende jobb. Det som er spennende og trivelig er ikke vanskelig. Men uten å være faglig godt forberedt er det vanskelig. Det viser den manglende rekrutteringen til disse stillingen. Problemet er at verken grunnutdanningen eller videre- og etterutdanningen er godt nok rettet mot de oppgavene som møter leger i distrikten. Det er her vi har en jobb å gjøre.

*– Hvordan kan man lære seg å bli en god «distriktslege»?*

– Først tror jeg man må ha legning for det. Man må like livet og kulturen på landsbygda, og man må like å ta utfordringer, være pragmatisk og kreativ for å finne god løsninger med begrensede ressurser. Så kan det faglige og det praktiske håndverket læres.

*– Allmennmedisinen har i de seinere åra fått en mye sterkere plass i studieplanene ved universitetene. Bør distriktsmedisinen inn i studiet som eget fag? Bør det lages utdanningsstillinger?*

– Ja, jeg tror det bør sattes sterkere på forskning i temaet. Vi må få forskningsstillinger for å beskrive distriktsmedisin bedre, og undervisningen skal være forskningsbasert. Til tross for at allmennmedisin har større innslag i studieplanene enn tidligere, så er det min påstand at medisinstudiet er et spesialist- og teknologisentrert studium. Studentene sier selv at de ikke føler seg skikket til å dra ut i distrikten. Profilen for hele studiet må endres mer mot distriktsmedisin.

*– I flere land, som for eksempel Australia, er det en egen spesialistutdannelse i distriktsmedisin. Syns du at vi bør få det i Norge?*

– Nei. Vi har for mange spesialiteter og subspesialiteter i norsk medisin. Min visjon er at det beste i distriktsmedisin kan introduseres som «norsk standard» i allmennmedisin generelt. Under forutsetning av at legene er godt forberedt på hva oppgavene og rollen er, kan vi kanskje rekruttere de beste legene til vårt fag, og ikke bare fordi det er godt betalt.

*– Det er planer om å lage et nasjonalt kompetansesenter for distriktsmedisin, muligens i Tromsø. Hvordan ser du på dette?*

– Som en av initiativtakerne, mener jeg det er nødvendig og viktig for allmennmedisinens fremtiden og spesielt for rekrutteringen av allmennleger til distrikten. Gjennom et nasjonalt senter kan vi drive helsetjenesteforskning i primærhelsetjenesten, utnytte den samlede kompetansen som sitter rundt om i landet som «mentor», til å undervise i faget og fortelle historiene om arbeidet i distriktet. Dette er viktig for å lokke de unge legene til slikt arbeid. At det bør legges til Tromsø er fordi vi mener vi tross alt ligger et lite hestehode foran de andre universitetene i dette feltet, og det er mye distrikt i Nord-Norge.

*– Hva ser du som det største problemet i norsk distriktsmedisin i dag?*

– Dårlig rekruttering og stor gjennomtrekk. Ikke noe galt med utlendinger, men når flertallet av kommunale legene ikke kjenner til norsk distriktsmedinsk kultur faller faget sammen, og befolkningen får en dårlig tjeneste.

*– Hva er det unge leger frykter mest ved å ta arbeid i distrikten?*

– At de i studiet i alt for stor grad har lært at medisin dreier seg om å rekvirere MR og avansert teknologisk utredning. De mangler kunnskaper og ferdigheter i basal klinikks og pragmatisk medisin. Risikoene for å bli hengt ut i media og få tilsynsmyndighetene på nakken skremmer. Da er det selvsagt tryggere å jobbe i et større system som et sykehus.

*– Er de gamle idealene om Distriktslegen med stor D fortsatt gangbare?*

– Nei, den tiden er nok forbi. Men den gode og trygge distriktsmedisiner tror jeg har stor tillit og respekt i bygdene fortsatt.

*– Hva kjennetegner den gode, moderne distriktslegen?*

– Lokal kunnskap og kulturforståelse, kunnskaper og ferdigheter til å ta på seg de mange oppgavene og utfordringene som avstanden til sykehuset krever, og at de føler trygghet når de går hjem fra jobben. Det er viktig å kjenne sin begrensning og henvise når det er nødvendig. Men først og



fremst må de ha en god dialog med sine pasienter og sin befolkning, basert på respekt og likeverd.

– *Er det annerledes for kvinner enn for menn å være lege i distriktet?*

– Nei. De kvinnelige legene jeg kjenner som har lyktes i distriktet tar ansvar, er faglig dyktige og gode til å kommunisere med sine pasienter. Men det er en jobb som krever deg helt ut og det kan derfor være vanskelig å kombinere med stort ansvar på hjemmekonfronten.

– *I 1985 ble den statlige distriktslegeetaten nedlagt, og ansvaret ble overført til kommunene. Syns du primærlegetjenesten fortsatt bør være et kommunalt ansvar, eller bør den ligge under et annet forvaltningsnivå?*

– Jeg syns kommunene ikke har tatt ansvaret og utnyttet den mulighet som ble gitt de i 1985. Den kommunale samfunnsmedisin er forvitret, kommunehelsetjenesten består av en stor omsorgsetat og privat legepraksis. Jeg ser ikke at kommunen som forvaltningsorgan bruker den medisinskfaglige kompetansen de faktisk sitter på. Nå er barrierene mellom forvaltningsnivåer i helsesektoren mer en ulempe enn en ressurs. Pasientene kan bli «Svarteper» i spillet om ansvaret. Jeg er redd for at dette spillet i fremtiden vil bli mer tydelig. Eldreomsorgen sliter under for lite medisinsk kompetanse. For å tilføre eldreomsorgen mer medisinsk kompetanse vil kommunene dytte ansvaret over på helseforetakene og helseforetakene hevde at det er et kommunalt ansvar. Derfor er svaret: – la helseforetakene overta hele

helsesektoren, og vi får et samlet ansvar som er tydelig forbundet i staten.

– *Syns du at den gamle betegnelsen «distriktslege» bør innføres igjen?*

– Jeg tror den gamle distriktslegen hadde en status og autoritet som vi mange ganger savner i dag. Men jeg tror ikke vi får til en bedre rekruttering til distriktene ved å lете etter gamle løsninger. Samfunnet er et annet i dag enn da vi hadde distriktslegene. Jeg har ikke noe imot å pusse støvet av tittelen, men oppgavene og rollen vil bli en annen uansett.

– *Hvordan kan kommunene legge forholdene til rette for god ledededekning?*

– Det er komplekst. Legene må tilbys god økonomi og gode arbeidsforhold. Ektefellene må ha muligheter til arbeide, og det må finnes barnehager til barna. Legene må ha med seg en faglig ballast slik at de ikke føler seg faglig usikker. Og kommunen må vise tydelig at de setter pris på sin lege, og ta vare på de de ønsker å beholde. På dette feltet ser jeg at mange kommuner er elendige og har mistet mange gode fagfolk.

– *Steinar Westin har stilt spørsmålet om fastlegeordningen betyr døden for distriktene. Hvordan ser du på det?*

– Jeg er uenig. I den grad distriktene har hatt lege så har det eksistert en «fastlegeordning». Befolkningen og legen har vært knyttet sammen med få muligheter til å velge annen

lege eller ekskludere pasienter. Problemet som jeg tror Steinar Westin ønsker å problematisere, er effekten av «privatiseringen» av legejetenesten. Det skaper avtalemessige utfordringer som kan gi bypraksis økonomiske fortrinn. Men denne utfordringen har ligget der hele tiden. Jeg tror det er lite fruktbart å gå løs på fastlegeordningen nå. Mange leger som jobber i distrikturen og trives med det, har funnet seg godt til rette også innenfor fastlegeordningen.

*– Hvis man skal være lege i distriktet, må man naturligvis ha et godt samarbeid med andrelinjetjenesten. Hvordan er situasjonen i dag?*

– Her er det mye som kan forbedres. De formelle samhandlingene gjennom henvisninger og epikriser kan forbedres, det bør etableres nye møteplasser for samhandling og ikke minst er det viktig å få til en ny «kultur» for samhandling. Sykehusleger og primærleger må støtte og supplere hverandre til beste for pasientene. Ingen er tjent med at sykehusleger snakker nedsettende om sine kolleger i primærhelsetjenesten gjennom pasientene. Jeg har tro på at vi kan få til forbedringer her. Helse Nord har invitert en faggruppe til nettopp å utrede hvordan vi kan forbedre samhandlingen mellom første og andrelinjetjenesten i Nord-Norge. Jeg leder denne gruppen som består av sentrale og dyktige kolleger fra både primærhelsetjenesten og sykehustjenesten. Vi er nettopp begynt med arbeidet, men jeg tror vi skal kunne komme opp med en del gode forslag. Trondheim kommune har jobbet lenge med konkrete tiltak for bedre samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Jeg har derfor tro på at vi vil se en endring til det bedre på dette området.

*– Telemedisin blir ofte omtalt som en løsning for leger langt fra sykehus. Hvordan ser du på dette?*

– Telemedisin har sin berettigelse i å binde sammen distriktsmedisin og sykehusene. Jeg tror det er mange muligheter som fortsatt ikke er utnyttet her. Telemedisin har kanskje til nå ikke vært fokusert nok på dette feltet. Medisinsk informasjonsteknologi har et stort potensiale også innenfor undervisning fra distrikt mot studenter i sentrum, og fra sentrale institusjoner ut til distrikturen.

*– Etter at staten nå har overtatt sykehusene, har de fått styrket sin makt og sin posisjon. Er du redd for at dette vil føre til en ytterligere forskjuring av maktforholdene mellom primærhelsetjenesten og andrelinjetjenesten?*

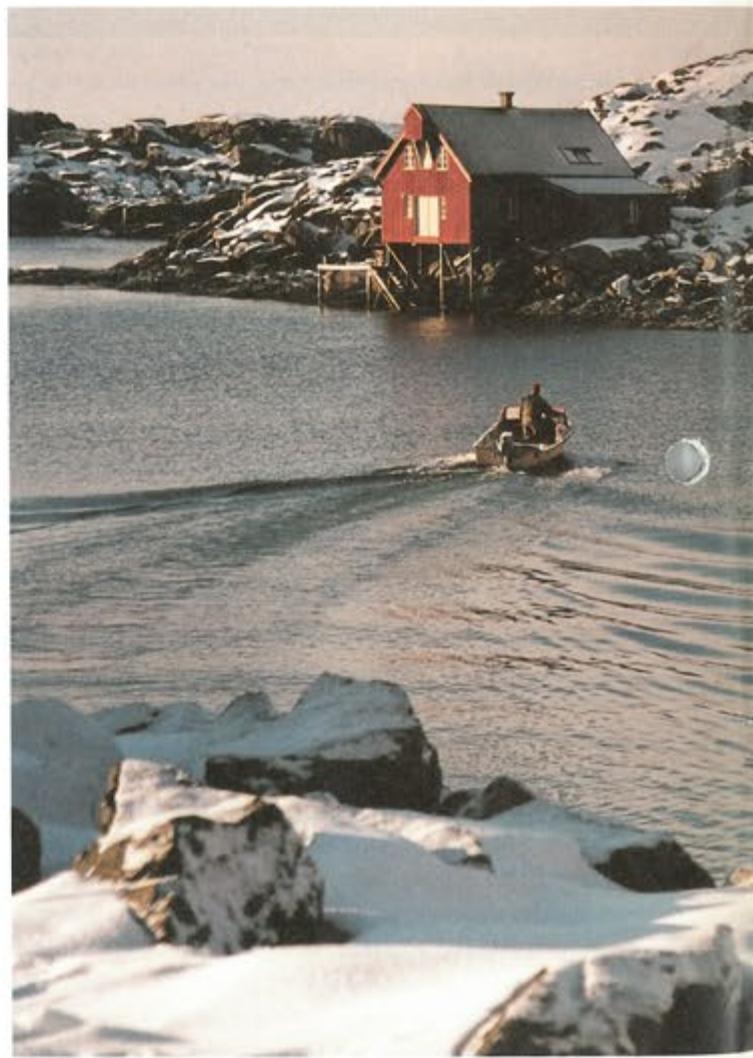
– Nei, som jeg nevnte så er det nettopp fra Foretaket Helse Nord at initiativet er kommet til å forbedre samhandlingen mellom forvaltningsnivåene. Jeg tror dessuten at foretakene skjønner at de er helt avhengig av en faglig godt fungerende primærhelsetjeneste for å kunne løse sine oppgaver.

*– Ser du det som et problem at distrikthelsetjenesten ikke har noe organisert apparat for felles opptreden og kommunikasjon overfor helseforetakene og myndighetene ellers?*

– Ja, dette er et kjempeproblem. I prosessen om bedre og nye former for samhandling mellom allmennlegene og sykehusene mangler vi den organisasjonen som med legitimitet og autoritet kan være talerør for allmennlegene.

*– Hvordan ser du for deg distriktsmedisin om 20 år?*

– Vansklig spørsmål! Hvordan er samfunnet om 20 år? Hvis jeg likevel skal prøve å være spåmann (det er jo heller ingen andre som har lyktes i den rollen), så tror jeg at de minste utbygdene er forlatt og at sentrene i distrikts-Norge er blitt større. Distriktsmedisin er blitt en bærebjelke i allmennmedisin og har igjen høy status blant arbeidsfeltene i faget. Distriktsmedisin er oppdaget av samfunnsplanleggerne å være en viktig forutsetning for stabilisering av bosetningen. Folk velger å bo i distrikturen fordi her får de et godt helsetilbud preget av service, kontinuitet og topp faglighet. Men sikker er jeg ikke!



# Fra Alma mater til Tana

AV HELEN BRANDSTORP

*Trivsel og trygghet* er det som skal til for at leger blir i distrikt, oppsummerte Tine Dommerud i «Dagens medisin» etter distriktsmedisinkonferansen. Hva gir så en helt ung lege trivsel og trygghet? Hvorfor blir noen av oss som kommer ferske fra Universitetet, Alma Mater, – i navnet nådig og gavmild mor?

Min erfaring er at to elementer er viktige. Det første handler om de helt nære rammebetegnelsene som direkte og daglig gir trivsel og trygghet. Det andre handler om hvordan man kan få trygghet i møte med de spesielt skremmende situasjoner som akuttmedisinen byr på. Hvordan få tro på seg selv både når det skjer noe og når man venter på at noe skal skje?

*Det tar minst 2 år for å bli stabil lege i distrikt* slo Anne Lise Ryel fra det nye sosial- og helsedirektoratet fast. *Det tar minst 20 år «to be accepted as 'one of us' in a small community»,* hvisket Dr. John Wynn-Jones meg i øret, waliseren som var der pga sitt vidtrekkende engasjement for «rural health». Ja vel, jeg har en del år igjen som 31 åring og med 3 1/2 års praksis i et distrikt..., men jeg er altså stabil og kan fortelle min historie som helt fersk lege.

Min jobb er i Øst-Finnmark, i en kommune i det samiske kjerneområdet: Tana, eller Deatnu-Tana, som også tar med det samiske navnet (= stor elv). Det jeg visste om stedet før jeg dro oppover, var at det fiskes mye laks i Tana, og at det fantes et stort prostitusjonsproblem.

Bilen var innkjøpt med tanke på å tåle møter med både elg og rein. Den har aldri reist motsatt vei, men har møtt litt av hvert. Olav Gunnar Ballo, tidligere kommunelege 1 i Alta, (faktisk hele 5 timers kjøretur fra min kommune), hadde sagt at leger burde tvangssendes nordover. Det var der de trengtes.

Idealisten i meg tente: dette er en god mulighet til å slippe å dra direkte til de lidende barn i Afrika! Finnmark er langt fra oppvekst på Østlandet og kan by på fremmed kultur og språk. Fint sted å lære før *virkelig* nyttig legetjeneste kan utføres, mye lengre hjemmefra, tenkte jeg. Kjæresteten fikk jobb, og vi var to som utforsket nytt landskap. Etter Trondheim var det nytt og eksotisk alt jeg så.

Tana legestasjon møtte meg med tre hjertelige damekollega. Vi var 4 kvinnelige leger og én manlig turnuskandidat! Svært behagelig å bli møtt av moderlig varme og klokkeskap den første uken da jeg nok var litt engstelig for fremtiden. Presentasjonsrunde på rådhuset gjorde at jeg følte meg både velkommen i kommunen og litt viktig. Sigrun Winterfeldt er omsorgsfull sjef og mest erfaren, solide Marie Tveit har jobbet i over 25 år i Finnmark, og Aino Snellman var kommet over kommune- og landegrensen fra Finland etter 20 år som alene-lege og pioner i Utsjok. Grensene er selvfølgelig annerledes når man tenker på samisk måte. Da er Utsjok (Ohcejohka) et nært nabodistrikt hvor man handler og har slektninger. Damenes personligheter reflekterte i seg selv at her er det spennende kultur å bli kjent med! Heldigvis var gloden og iveren etter å fortelle fra distriktet vårt godt bevart. Hvor viktig var ikke dette for å opparbeide en slags kjærlighet til Tana. Denne gav engasjement, og et slikt engasjement må til om man vil forandre noe. Det så vi når vi jobbet med å få bukt med prostitusjonsproblemet.

Jeg forelsker meg lett, er lett å tenne. Turnustjenesten i Odda og i Dovre hadde selvfølgelig også avstedkommert forelskelse i stedene. Jeg hadde en flott sjef og delvis eneste kollega i dr. Eskeland på Dombås. Han gav ro og tillit til egne beslutninger. Vi hadde et supert legekontor og helt ideelle medarbeidere der. Ambulansetjenesten var også upåklagelig.

Ting kunne allikevel vært organisert og tilrettelagt bedre i turnustjenesten. Det forstod jeg når erfaringer med tjenesten i Tana vokste frem, (men det er jo grenser for hva en enslig kommunelege 1 kan få til mer eller mindre alene...). Kanskje har jeg vært maksimalt heldig med de nære rammebetegnelser for trygghet og trivsel i tiden etter turnus. Noen av dem vil jeg fortelle mer om.

## Damene, – rollemodeller

Jeg har fortalt om vår uvanlige kjønnsammensetning. Kvinnelig lege ble normalen. I en allmennpraktikerjobb er ditt kjønn noe som påvirker arbeidsmåte relativt mye. Pasientene har spesielle forventninger, kvinnelige medarbeidere omgås kvinnelige leger annerledes enn mannlige, og en selv vil kanskje ha vekten mot mer helhetlig pasient-

omsorg i løpet av en konsultasjon enn en manlig kollega. Uansett var det godt å ha rollemodeller som jeg kunne lære av, og dermed bli fortrolig med min egen yrkesutøvelse. Mine frustrasjoner og interesser var allerede godt kjente tema hos kollegene.

### Morgenmøtene

Minst 1/2 time morgenmøte hver eneste dag har Sigrun fått tid til. Ikke nok med at det er en myk start på dagen, det er også noe som holder vårt kollegium mykt og smidig. Her kommer morsomme historier, her avsløres gnisninger og her styrkes samholdet. Tiden benyttes til rapportering fra vakt og de faglige problemer vi måtte ha. Oftest kommer det også samfunnsmedisinske innspill fra kommunelege 1. Jeg tror denne halvtimen er gull verdt for å skape trygghet og trivsel. Her har vi vårt lille «stammmøte».

### God tid til hver pasient

På bygda lever fortellerkunsten. Som kvinne vil man oppleve at pasienter har litt ekstra lyst til å fortelle, og så få trøst eller ros eller velmenende, ufarlige råd. Man får rolle som litt venninne og mor, uansett hvor mye man forsøker å være faglig og proff. Det tar tid, og kanskje er det helsegevinst i det, både hos pasient og lege... Godt å få aksept fra kolleger og medarbeidere for at konsultasjonen tar tid!

### Stort helsecenter

Vi har kontorer i et stort senter med både sykehjem, psykiatrisk distriktspoliklinikk og sengeenhet, samt helsestasjon og hjelpetjeneste. Det er opplagt at i et større miljø øker sjansen for korte treff med likesinnede, for en frisk kommentar eller en god utfordring. Jeg tror oppmerksomhet er et primær behov som må dekkes på mange plan for å få trivsel. Selvbildet dannes i møte med andre mennesker, og da kan korte «kjekk og grei-møter» à la de man har på gaten, eller for den del skyld i sykehuskorridorene, med fordel trekkes inn i jobbhverdagen til distrikslegen. Det skjer på et større senter.

### Veileddningsgruppe

Etter 1/2 år som kommunelege 2, fikk jeg være med i veiledningsgruppe for spesialiteten allmennmedisin. Igjen var jeg heldig og fikk en ypperlig kvinnelig veileder, Karin Straume. Enda et forum dukket opp for diskusjon og lufting av ideer. Faglig styrking og styrking av egen identitet som lege ble viktigste resultat. Klart det skapte *trygghet og trivsel*.

### Mulighet for kursvirksomhet

Viktig å få påfyll av bykultur for oss som nylig har vært vant til disse godene i rikt monn. Faglig input er like viktig. Man må føle at man klarer følge med og utvikles faglig.

*Deatnu/Tana – Europas beste lakselv.*

FOTO: HELEN BRANDSTØRP



# Spøkelsene vakt og akuttmedisin

Akuttmedisinen er for mange et spøkelse som gir høyt stressnivå i alt for mange timer av vaken. Utrygghet på vakt gir ofte mistriksel for unge leger. Jeg har tenkt litt ekstra på dette, rett og slett fordi jeg selv har vært mye redd. Avstanden mellom opplevd suksess eller fiasko er minimal, en dårlig erfaring på dette føltet kan være tuen som velter et stort lass. Man reiser til tryggere omgivelser, for eksempel et sykehus.

På Dombås sov jeg med klærne på, rakkjørte på uthyrkning med nødblink og hadde akseptert at jeg kunne dø i tjenesten. Ingen lokal legevaksentral silte pasientene. Hvem burde selv komme til legekontoret og hvem kunne vente til dagen etter? Ingen fortalte hva som hastet og hvor mye. Tidspress hadde jeg jo hele tiden for «plutselig ville det nok komme en stygg bilulykke».

Dette er 4 år siden. Spøkelset er forsvunnet og mye av spenningen er kanalisiert til mer nyttig virksomhet. Jeg tror at nøkkelen er å innse at legen er én av en hel rekke hjelbere. Man er ikke alene. Det er en hel kjede av hjelbere. Styrking av alle kjedens enkelte deler er viktig, men for den unge legen blir det viktigst med de deler han/hun har når kontakt med. La meg illustrere noen av mine erfaringer gjennom en fortelling. Jeg har diktet opp Amund, og han har gjort noe for å skaffe seg trygghet på vakt. Han er mann fordi de er like redde som oss damer.

Amund er en ung lege langt fra sykehus, som katastrofenter, slik han ble lært opp til på sykehuset. Han er redd for å ikke å klare å intubere, og tenker på det hver vakt. Amund er redd for ikke å henge med. Store bussulykker frykter han mest. Og de skjer jo...

Legen er så ung at han «vet» at alle liv og all lidelse i kommunen er hans ansvar når han har vakt.

Han føler seg fryktelig alene, og ansvaret er tungt å bære. Folk er jo så tett på når en bor på små plasser. Det ville være en grusom ting om noe gikk galt på grunn av ham! Anna Olsen er han for eksempel stadig litt redd for. Hun har hatt litt angina i det siste, og betablokkerne virker ikke helt optimalt.

Heldigvis har Amund legevaktkontor et sted der det er andre folk hele døgnet, på et helsecenter. Legevaksentralen på helsecenterets sykestue kjenner rutiner og lokale forhold, så han er egentlig ikke helt alene om jobben, – heldigvis.

De fleste pasientene kommer til helsecenteret, så han slipper jobben med å finne frem til et hvert lite hjem i den store kommunen. Slik slipper Amund å engste seg over elendig studentbil og glemte kjøreferdigheter. Han har jo ikke fått kjørt noe særlig under det lange studiet.

Amund vet at for å bli god må man trenere. Det er vel derfor de eldre legene er så mye roligere enn jeg når sambandsradioen hyller, tenker han. De har fått treningen gjennom år. Eller bryr de seg ikke like mye som jeg? (...) Heldigvis er det mulig å trenere på annen måte enn å la livets skole lære deg litt vilkårlig etter en læreplan du ikke kjenner. Utstyr til å trenere på de mest tidskritiske hendelsene er på plass. Alt er i ambulansen. Det er ikke opp til spare-fokuserte kommunepolitikere hvor godt utrustet den er. Hvem kan være treningskamerater? De eldre kollegene har barn og andre plikter. Det ser ikke ut som et minutt av fritiden er til overs... Men med ambulansen følger personell! De kan bruke utstyret, de har dyrebar erfaring og kan andre ting enn meg. Perfekte forhold for trening, finner Amund entusiastisk ut. Man kan lære av hverandre, og man har liten risiko for å trække hverandre på tærne og bli sure, slik resultatet alt for ofte blir når vi leger utfordrer hverandre faglig... Endog helsepersonell på helsecenteret kan være flotte treningskamerater, summer det i hodet hans.

Til sammen danner treningskameratene «akuttmedisinske team». Når gruppene er tverrfaglige blir treningsituasjonen realistisk. De har det gøy og blir godt kjent. Det varierer hvem som er på jobb og får delta i treningen, slik blir det aldri kjedelig. Treningen systematiseres, og Amund lager et treningskjema som alle bestemmer seg for å gå igjennom noen ganger i året, i små grupper. De erfarte legene synes også dette er gøy, alt sitter visst ikke helt i hendene deres heller...

Så da Anna ringer 113 og har sterke brystsmerter som hun ikke får vekk med nitroglycerin, hopper treningskameratene i samme bil og vet hva de skal gjøre. Blir det hjertestans kan de algoritmen; de kan «bage», «sjokke» og snakke sammen. På sykestua er alt klart fordi legevaksentralen er der. Sykepleieren på vakt har hørt 113-meldingen og gjort sitt.

Lokalsykehuset sin AMK-sentral har også fulgt det hele. Når ambulansen omsider kommer dit, blir de tatt godt i mot. Indremedisineren er i akuttottaket. Anna har allerede fått sin prehospital trombolyse, men fremdeles kan det



Foto: HELEN BRANDSTORP

Gode samarbeidspartnere: Rune Samuelsen og Helen Brandstorp.

skje forvinner. Akuttberedskap er på plass. En god samtale der letter trykket hos alle hjelperne, og de får gjensidig mulighet til å gi ros og ris. Den unge legen vet at Anna nå er i trygge hender, han kjerner jo sykehuslegene litt. Det har beroliget Anna på turen.

Pasienten Anna hadde tro på legen sin. Den ble styrket da hun så at han selv hadde tro på hva han drev med. Et godt samarbeid i alle ledd av overlevelseskjeden holdt Amunds tro oppe.

Mitt poeng er at legene trenger å se sine samarbeidspartnere og nyttiggjøre seg dem. Synergistiske effekter av godt teamarbeid er trygghet og trivsel. Trening med de som er knyttet til akuttberedskap i kommunen, er en konkret måte å jobbe med troen på seg selv og egen dugelighet.

#### God tro

Stein Husebø, for tiden overlege på Røde Kors sykehjem i Bergen, arrangerer en konferanse om Tvil i begynnelsen

#### FRA ALMA MATER TIL TANA

av mai. I et radiointervju 2. påskedag snakket han om tvilen som kan gjøre seg gjeldene på så mange felt, ikke bare i forhold til den åndelige dimensjon. Jeg husker ikke ordrett, men han sa noe om at man kan tvile på ektefellen, barna, yrkeslivet, egen dugelighet osv. Tvil er en dimensjon i livet man må forholde seg til! Mange unge leger tviler mye.

Å tvile betyr at man må ha noe tro. Å tro innebærer at man også har tvil. Vi lever i spenningsfeltet mellom disse. Den tvilen vi unge leger har om egen dugelighet og identitet tar plass ved siden av en del tro på oss selv. Vi har i oss tro som må få større plass. Skal troen øke, må vi erfare at den er sannere, at det er riktig. Vi trenger gode nære rammebetegnelser som hjelper oss. Vi trenger kunnskap og ferdigheter på spesielt skremmende felt, og det er viktig at vi ser at vi ikke er alene.

Jeg har fått god tro på livet som lege i distrikt. Det nettverket av samarbeidspartnere som går fra legekontor via ambulanse til sykehus, gir trygghet og trivsel. Jeg tror på at det er like spennende mennesker på bygda som i byen. Her er det plass til at alle får utfolde seg. Og jeg tror medisinen er minst like spennende og kanskje mer variert.

Nå er jeg ikke helt fersk lenger og ser at videreutvikling i form av eksterne prosjekter (fagutvikling og forskning) er viktig for at man skal føle at det er fremdrift, at man er med... Et miljø utenfor lokalsamfunnet blir viktig, det faglige nettverket må få vokse. Få universitetet ut i distriktsene! Alma mater til Tana! Jeg har god tro på at man i Norge vil fortsette å sette pris på at det bor folk i utkantene, her tilbys noe annet. Det attraktive «Annerledeslandet» er her.

# NSAM

## LØVETANNPRISEN 2002

Norsk selskap for allmenmedisin skal under festmiddagen på Primærmedisinsk uke, dele ut Løvetannprisen for 17. gang. Prisen består av en litografi av Barbra Vogler og 3000 kroner. Den skal deles ut til en allmennpraktiker som på en eller annen måte har gjort en innsats for allmenmedisinen. Innsatsen kan være på sentralt eller på lokalplan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk.

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

Forslag på gode kandidater, sendes innen 1. oktober-02 til:  
NSAM, Institutt for allmenmedisin,  
Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo.

Norsk selskap for allmenmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

# DISTRIKTSMEDISIN – fortid eller fremtid?

AV MAGNE NYLENNA

Distriktsmedisin er den delen av primærhelse-tjenesten som praktiseres så langt fra sykehus og spesialistservice at det kreves særlig utstyr, kompetanse eller organisering. For å sikre fremtidens distriktsmedisin må fortidens idealer tilpasses vår tids virkelighet. Det kontinuerlige, omfattende, personlige og forpliktende må kombineres med dagens krav til fritid og arbeidsbetingelser så langt det lar seg gjøre.

Distriktsmedisin er et ord som gir assosiasjoner til distriktslegetiden og det som av mange anses som «de gode, gamle dager». Sannsynligvis var ikke de dagene spesielt gode verken for pasienter eller leger. Det betyr imidlertid ikke at vår tids primarleger langt fra sykehus ikke har noe å lære av tidligere tiders kolleger. Men det viktigste i dag er å utforme en form for allmenn- og samfunnsmedisin som kan sikre fremtiden kyndige og stabile primarleger i de mest perifere strøk av landet.

## Hva er distriktsmedisin?

Distriktsmedisin er en lokalt fundert allmenn- og samfunnsmedisin praktisert med klokskap og kyndighet så langt fra sykehus at det kreves særlige organisatoriske eller utstyrsmessige grep. Som regel bor og lever distriktsmedisineren i lokalmiljøet sammen med sine pasienter.

*«I sometimes wonder,» he says,  
«how much of me is the last of the old  
traditional country doctor and how  
much of me is a doctor of the future.  
Can you be both?»*

Dr. John Sassall i  
*A fortunate man*  
av John Berger (1)

Magne Nylenna



Det er viktig å ikke gjøre begrepet distriktsmedisin, eller det som internasjonalt kalles «rural health movement», til noe sært og mystisk som er helt annerledes og atskilt fra primærhelsetjenesten i byer og tettsteder. Det er særdeles uheldig om det som kalles distriktsmedisin, blir skilt ut fra faget for øvrig slik at primærhelsetjenesten gjøres til gjenstand for en slags dikotomisering. Distriktsmedisin er rett og slett den allmenn- og samfunnsmedisinen som utøves i distrikten (se def. s. 15), dvs. i områder som geografisk, kommunikasjonsmessig, kulturelt - i blant også sosialt og epidemiologisk - skiller seg fra sentrale strøk. Men en hver legevirksomhet er i og for seg lokalt basert og må tilpasses de lokale forhold. Praksis i en storby har sine særtrekk, liketan vil det være på det ytterste, nakne skjær, og i mellom disse ytterpunktene finnes alle grader og varianter av primærmedisin.

Et særtrekk ved distriktsmedisinen er at legen ofte bor og lever tett på og sammen med sine pasienter, fortrinnsvis over en periode på mange år. Distriktsmedisin er en fastlegeordning satt i verk lenge før ordene listepasient og fastlege ble oppfunnet. Distriktsmedisineren har inngått en slags uformell samfunnskontrakt som går langt utover de formelle arbeidsavtaler leger inngår.

Personlig ser jeg på distriktsmedisin som den mest omfattende og krevende, men samtidig mest spennende og utfordrende, del av primærhelsetjenesten. Jeg har en ekte og ærlig tro på distriktsmedisinen, og har selv erfart denne delen

av faget som et spennende legeliv. Derfor forstår jeg ikke helt hvorfor leger ikke ønsker å begynne – og fortsette – med distriktsmedisin.

### Forsøk på en analyse

De problemene som distriktsmedisinen i dag erfarer både i rekruttering og manglende stabilitet har åpenbart med den generelle samfunnsutvikling å gjøre. I en tid der sentralisering og spesialisering er fremtredende utviklingstrekk er det ikke lett å utvikle en generell virksomhet i distrikten. Tidspress, effektivisering og økonomisk tenkning utvikler også legeroller som går på tvers av det som er typisk og grunnleggende for distriktsmedisinen. På mange måter er også fastlegeordningen en motkultur til den allmenne samfunnsutvikling og det forklarer nok mye av skepsisen til ordningen.

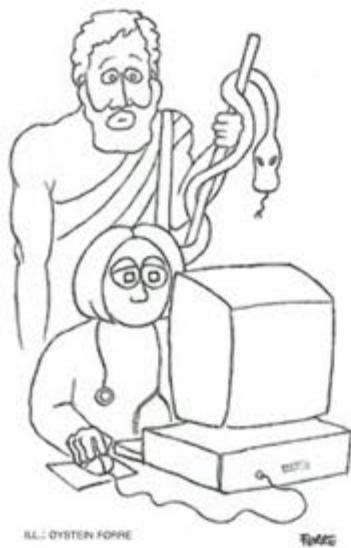
Forutsetningen for en god distriktsmedisin er sannsynligvis en reaktivering av den basale allmennmedisinske ideologi med sin kjerne i KOPF – begrepet: kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende. Dette er idealer som har vært under kraftig angrep de senere årene, blant annet fordi de ikke lett lar seg kombinere med et familie- og fritidsliv i tråd med dagens ønsker. Engasjement for disse krevende idealer er blitt etterlyst blant norske allmennleger (2). En oppdatering av KOPF-idealene til vår tid er en nødvendig del av arbeidet med å sikre fremtidens allmennmedisin i sin alminnelighet og distriktsmedisinen i særdeleshed. Stabilitet er avgjørende i all virksomhet som krever et stort personlig


FOTO: TONSTØR GRUVE UD

engasjement. Igjen snakker vi om egenskaper som er i strid med tidsånden. Stabilitet forutsetter nemlig tid, noe som er vårt samfunns største mangelvare og som vi får mindre av jo flere «tidssparende» hjelpeemidler vi erverver oss. En annen viktig forutsetning for en livskraftig distriktsmedisin er et godt selvbiplate – både for faget og den enkelte distriktsmedisiner. Status og stolthet kommer ikke bare utenfra, men også innenfra. At den gode distriktsmedisin fordører en særegen kynighet og kompetanse er selvsagt. Rollebevissthet og rolleavgrensning er en annen nødvendighet. Allmennmedisinen har vært opptatt av fagets avgrensning de senere år, og det har sikkert vært nødvendig. Den gode distriktsmedisiner må vite forskjellen mellom å være allsidig og å være allmektig. Jakten på grenser må likevel aldri bli viktigere enn jakten på fagets kjerne. Kanskje ligger litt av distriktsmedisinens problemer i at bredden i oppgaver ikke kan innsnevres for mye om forventningene skal kunne innfris. Men samtidig ligger distriktsmedisinens muligheter i at omfanget av oppgavene tilpasses vår tids legerolle og arbeidsmiljøet.

Hvilke midler kan brukes for å nå disse målene? Gode forbilder er nødvendig i enhver utviklingsprosess. Tidligere ti-ders distriktsleger, og for den del pionerene i det allmenn-medisinske akademi, må erstattes med nye og synlige idealer. Selvstendighet både i tanke og handling må utvikles på et tidligst mulig tidspunkt i det faglige livet. Jo flere studenter på hvert medisinerkull, og jo flere turnusleger på hver sykehusavdeling, desto vanskeligere blir det å utvikle selvstendighet på et tidlig tidspunkt. Og blir ikke den selvstendige dømmekraft og beslutningsevne etablert tidlig, blir den kanskje aldri utviklet.

*Fig. 1. Fortidens idealer med samordnes med dagens realiteter*



ILL.: ØYSTEIN FORRE

FOTOG.



FOTO: TORGERD GJØLJU LIK

De fleste distriktsmedisineres skjebne er en relativ faglig ensomhet. Det er sjeldent flere enn én eller to, høyden tre kolleger tilgjengelig i nærmiljøet. Det er viktig at disse lokale kontaktene pleies og utvikles, men samtidig må det skapes en tilhørighet i videre forstand. Med moderne informasjonsteknologi kan det både etableres og utvikles faglige og sosiale nettverk som passer for distriktsmedisinernes formål. Lønns- og arbeidsvilkår er selvsagt også viktig. For noen tiår siden tjente man bedre som distriktslege i et utkantdistrikt enn som praktiserende lege i en by eller som sykehuslege ved en universitetssykehus. Slik er det ikke lenger. Utjamningstilskuddet som er en del av fastlegeordningen, er et godt virkemiddel, men må mange steder suppleres med lokale stimulerings tiltak. Her forutsettes det at kommunene bidrar både i holdning og handling. Det finnes egne tilskuddsordninger til videre- og etterutdanning for primærleger i Finnmark, Troms, Nordland, Nord-Trøndelag og Sogn og Fjordane. Lokale tilpasninger og individuelle ordninger er nødvendige de fleste steder, og mer enn på de fleste områder i norsk helsevesen er det nødvendig med «skreddersøm».

### Hovedutfordringen

Det viktigste i arbeidet for å utvikle en bærekraftig distriktsmedisin er å samordne fortidens idealer med dagens realiteter (fig. 1). Historien er enveiskjørt og det finnes ingen vei tilbake til tidligere ti-ders løsninger. Moderne distriktsmedisin forutsetter akseptable vaktordninger, legevaktsamarbeid på tvers av kommunegrensene, velutstyrte legekontorer, godt hjelpepersonell og samarbeidsvillige kommuner. Det skarpe skillet mellom arbeid og fritid kan det likevel være vanskelig å opprettholde som distriktsmedisiner. Riktignok kan det utvikles gode teknikker for å avvise pasienter og naboer som ønsker å drøfte sin inngrodde stortånegl ved fruktdiskonen i dagligvarebutikken. Det er



Foto: TORGEIR GJELDE LIØ

vanskligere å frikople seg helt fra legerollen når man lever og bor sammen med sine pasienter gjennom et helt liv. Derfor er det nok heller ikke alle leger som egner seg som distriktsmedisinere. Som på så mange andre felter av livet er det slik at jo mer man legger inn i noe, jo mer får man tilbake. Man må være villig til å legge mye tid og kraft i et liv som distriktsmedisiner. Til gjengjeld kan det faglige og menneskelige utbyttet bli betydelig. Per Fugelli har uttrykt det slik: «Enkelte leger bør nok holde seg i Bærum hele livet, og det er greit. Men de vil definitivt ikke få det så morsomt som de som drar ut i jungelen for å oppleve det virkelige Norge – på bygda» (3). I tillegg til en vid, faglig orientering der småkirurgi må få like stor oppmerksomhet som hverdagspsykiatri, kreves en bred allmenn orientering også mot samfunnet og livet utenom legekontoret. Uten å måtte være noe «overmenneske» må den gode distriktsmedisinen både kunne administrere sin praksis og sitt privatliv på en helhetlig måte. De fleste steder i landet vil det være slik at de legene som er interessert i friluftsliv og utendørsaktiviteter, vil ha større sjanser enn andre for å bli værende i et lededistrikt langt fra storbyens cafés. Manglende fartstid i et lokalsamfunn kan et stykke på vei kompenseres ved lokalhistorisk interesse og bygdebøker. Kanskje er det bredden i interessefeltet som er det mest karakteristiske for distrikts-

medisineren. At man som moderne distriktsmedisiner også må ha tålmodighet og sans for humor i et monn som overgår de fleste yrkesmessige utfordringer, er en erfaring mange har gjort.

Avdøde nevrokirurgiprofessor Ragnar Nesbakken (1933–87) uttalte en gang at et av hans krav til unge leger som ville gjøre en nevrokirurgisk karriere, var at de måtte ha et godt dybdesyn. I overført betydning kan det samme sies om distriktsmedisinere som både må ha dybdesyn og vidsyn. Om jeg selv skulle formulere tre spørsmål utenom lærebokpennum til en vordende distriktsmedisiner måtte det være:

- Er du glad i natur?
- Er du glad i kultur?
- Blir du lett sur?

#### Litteratur

1. Berger J. *A fortunate man*. New York: Vintage books, 1997
2. Nylenna M. Er allmennmedisinens tid forbi? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:3110.
3. Kristiansen HCH. Når det blåser som verst, lærer du best. Intervju med Per Fugelli. *Æskulap* nr 1/2002: 34-5.

# IMIGRAN®

sumatriptan

*tilbake til hverdagen*

**Mer overtid takk.**

Overtid er en del av hverdagen for svært mange. Men for noen er det faktisk en stor seier å kunne gjøre det folk flest tar som en selvfølge. Som å sitte noen sene kveldstimer på jobben. Uten å bli sengeliggende med migrene etterpå.

**OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN**

Dr. S. Birkeli  
21/11/01



**09090167**



GlaxoSmithKline

# “For å gjøre jobben godt nok trenger jeg...”

AV ANNE HENSRUD

## KRAV TIL LOKALSAMFUNNET

### Et sted man kan trives som privatperson

Jeg tror dette er den viktigste enkeltfaktor for de fleste av oss allmennleger, som for folk fest, som får oss til å bli værende på et sted.

Gode rammebetingelser som jobbmuligheter for ektefelle, barnehageplass og tilfredsstillende bolig gir gode forutsetning for trivsel. Når man kommer ny og ukjent på et sted, er det ikke enkelt å orientere seg i det private «dagmammamarkedet», og kommunen bør kunne stille opp med barnehageplass. Dette er ikke alltid like selvsagt i lokaldemokratiets ånd: legene tjener bra, og mang en lokalpolitiker synes nok at legene bør kunne «ordne seg selv». Dette gjelder også bolig. Men flytter man som lege til en utkantkommune, vil det sjeldent være aktuelt å kjøpe eller bygge bolig før man vet om man blir værende over lengre tid. Annenhåndsverdi for boligomsetning i distrikts-Norge gjør heller ikke boligkjøp til en god pengeinvestering.

Mulighet til å skille mellom jobb og privatliv og positiv balanse mellom fag og fritid gir lokalbefolkningen økt mulighet å møte en frisk og opplagt doktor som blir værende. En slik doktor er mye hyggeligere å møte enn en som er utslett og utbrent, og reduserer sjansen for at doktoren gjør feilvurderinger. I et tett og lite lokalsamfunn hvor «alle kjenner alle» kan det virke som det umuliges kunst å finne balansegangen mellom det være doktor for folk, og det å være privatperson. Her må man finne ut hvor ens egne grenser går, men jeg tror det er viktig for alle parter når man skal leve tett sammen over år, at man trekker en grense som er tydelig for befolkningen – og seg selv. Man må ikke få dårlig samvittighet for å si nei til faglige spørsmål og ønske om råd i private sammenhenger, men isteden henviser til kontoret neste dag. Dette må også befolkningen akseptere. «Domus-konsultasjoner» kan bli et problem og kan gå så langt at doktoren unngår å gå på butikken i frykt for å møte pasientene sine.

En meningsfull fritid er for de fleste av oss et viktig element for trivsel. Ikke alle kan eller bør velge et liv i utkanten.

I distriktskommunene er det sjeldent et bredt tilbud innenfor kunst og kultur, kafeliv og handel. Er dette viktige elementer i ens fritidsinteresser, bør man velge et urbant liv i byen. Men setter man pris på god tilgjengelighet til natur og friluftsliv, at naboen følger med på og vet hva du gjør og hvor du er og viser omsorg – ja da vil du kunne få et godt liv som allmennlege i utkant-Norge!

### Et godt fagmiljø med stabile og gode kollegaer

Det har vært en periode hvor det har vært stor lokal- og fagpolitisk vilje til å satse på rekruttering til allmennlegeyrket. Mye tid, krefter og økonomi har blitt brukt, både innen- og utenlands. Dette er en viktig jobb, men det må også være like viktig å stabilisere de legene som allerede er. Det viser seg gang på gang at hvis man ikke har en «stamme» med faste leger å rekruttere nye folk opp mot, blir det vanskelig å fylle vakante stillinger annet enn med korttidsvikarer. De fleste som er relativt ferske i faget ønsker seg en faglig trygghet i å jobbe sammen med mer erfarte kollegaer, og en kontinuitet over tid i kommunen vil som oftest også bidra til en helsetjeneste som er rimelig godt organisert. Dette gir gode rammer for de nyrekrutterte.

I tillegg til kollegaene i allmennpraksis er muligheten for faglig utvikling i relasjon samarbeidende sykehus en viktig stimulans. Dette kan være gjennom hospiterings- eller praksiskonsulentordning eller annet fagutviklingsarbeid. For den som er heldig å ha ett av landets fire universiteter i overkomelig fysisk avstand vil også ulike tilknytningerformér opp mot universitetsmiljøet være av viktighet for stabilisering og fagutvikling. Selv for en landsens allmennlege kan det være utfordrende og utviklende å være knyttet opp mot «akademiet». Og det ikke minst er det like viktig for universitetsmiljøet å ha en faglig korreks opp mot «det virkelige legeliv» som en allmennlege fra distriktet representerer....

### En godt fungerende helse- og sosialtjeneste

Legetjenesten er ikke en isolert tjeneste som fungerer uavhengig av andre kommunale tjenester. For at jeg kan gjøre en god jobb som allmennlege overfor mine pasienter, må de

ulike deltjenestene innefor kommunens øvrige helse – og sosialtjeneste fungere godt. Dette betyr stabilitet, god tilgjengelighet og faglighet. Uten en oppegående hjemmetjeneste og velfungerende sykehjem, vil det være vanskelig å yte en forsvarlig og helhetlig tjeneste til de eldre. Kommuner som greier å stabilisere og rekuttere til sine tjenester, blir vinnehrene i kampen om fagpersonell.

### En godt organisert legevaktordning

For å bli værende i et distrikt med lang vei til sykehus, er det viktig med en legevaktorganisering som gir faglig og personlig trygghet ikke bare for befolkningen, men også for legen. I tillegg er det viktig med en vakt-hyppighet som er overkommelig. Vaktene skal ikke styre livet. Det er ikke bare de nyutdannede legene som vurderer dette som sentrale elementer for trivsel, men også vi som har vært i mange år i distrikt. Når vi er slitne og trøtte glemmer vi fort at de akutte og dramatiske hendelsene på vakt er sjeldne. I vår urolige nattesovn får fantasien fritt spillerom; de verst tenkelige situasjoner står og venter i kø – og vi er helt alene...

For å øke trivsel på vakt må det være godt oppdatert akuttmedinsk utstyr, velfungerende og hensiktsmessig kommunikasjonsutstyr, bemannet legevaksentral der dette lar seg gjøre, og faglig oppdatert ambulansetjeneste. For å få dette til mener jeg at det er nødvendig med større vaktdistrikt. Her må staten se sin besøkelsestid med bl.a. å bidra med økonomiske ressurser. For det vil koste penger.

### God dialog med administrasjon og politikere

I et lite lokalsamfunn er det spesielt viktig at man greier å komme fram til hensiktsmessige løsninger som kan fungere for befolkningen, og ikke minst for de som trenger kommunens bistand på grunn av sykdom eller uførhet. Også for de som skal jobbe innenfor rammene av et kommunalt system, er det viktig med en god porsjon pragmatisme. Man må la være å ri kjepphester der dette ikke er nødvendig. Man må se etter mulighetene for løsning, ikke begrensningene.



Det er ikke alt som står i lover og reglement, ei eller er det alltid slik at man må følge alle lover bokstavelig...

Myndighet må følge ansvar, både faglig og administrativt. Overgangen fra den statlige distriktslegeordningen til den kommunale overtakelsen i 1984 mener jeg er et eksempel på at de nevnte prinsipper ikke ble fulgt.

### Lønnsvilkår

For meg er dette et punkt som jeg tar som en selvfølge, og jeg omtaler det derfor bare helt kort. Avlønning skal stå i forhold til arbeidsinnsats og ansvar, det være seg om man har kommunal lønn eller er om man er privatpraktiserende lege med kommunal avtale. Legevakt må betales i forhold

til den belastning det er å ha beredskap med stor ansvar langt fra sykehus. Nattarbeid inkludert telefoner belaster, og skal betales deretter.

I forbindelse med innføring av fastlegeordningen er det mange av de tidligere fastlønnslegene som har opplevd en til dels betydelig økning inntekt. Dette gir selvsagt en ekstra motivasjon for å fortsette som doktor i utkant-Norge. Så må man tåle at man figurerer på førstesiden i lokalavisa når skatteoppgjøret offentliggjøres.

Det er dessverre også kollegaer blant oss som krever helt urimelige betingelser for å gjøre en jobb i distriktet. Ofte fremmes slike krav overfor kommuner som over lang tid har hatt problemer med å dekke allmenlegestillingene, og som har «kniven på strupen» – både fra befolkningen og tilsynsmyndighetene. Slike krav må vi som gruppe ta avstand fra.

## KRAV TIL 2.LINJETJENESTEN

### Samarbeid

Det stilles krav til samarbeid – begge veier! I 1.linjetjenesten skjer seleksjonen av de pasienter som skal utredes og behandles på et høyere nivå. Det er vi som er «bestillere» av tjenester på vegne av våre pasienter. Etter utredning og evt. behandling vil pasientene komme tilbake til oss for videre oppfølging. Noen ganger kan det virke som spesialisthelse-tjenesten tror de rekrutterer pasienter fra en helt «egen» populasjon som eksisterer uavhengig av de vanlige samfunnsstrukturene. De driver med sitt, og vi med vårt...

For å gjøre en god jobb som allmennlege er det derfor viktig å ha et nært og tett samarbeid med lokalsykehuset, hvor man har en felles forståelse for den pasientpopulasjonen man skal yte tjenester overfor. Arbeidsfordelingen må være hensiktsmessig og fleksibel, avhengig av problemstilling og de ressurser som finnes på det aktuelle nivå til enhver tid. Det er viktig at det ikke er en part i samarbeidet (2.linjetjenesten...) som alene definerer hvilke problemstillinger som er deres ansvar, og så blir «resten» overlatt til primærhelse-tjenesten. En slik ansvarsdeling er uhensiktsmessig og ufortsigtbar for alle parter, og gir dårlig utnyttelse av ressurser og kunnskap.

### Faglighet

Både pasientene og allmennlegene må være sikre på at de spesialistene man samarbeider med utøver sitt fag basert på best mulig tilgjengelig kunnskap og godt faglig skjønn. Herunder kommer også at man tar tilstrekkelig hensyn til hele mennesket, til pasientens autonomi og til en helhets-tenkning rundt pasienten. En best mulig utnyttelse av tilgjengelige ressurser hører også med. Her er de store utfor-

dringene gamle pasienter, og pasienter med kroniske sydommer. Har vi ikke tilgang på et godt fungerende lokalsykehus – hvor de fleste av våre pasienter skal ha sin spesialist-helse-tjeneste – har vi lite nytte av spisskompetanse og høyteknologisk medisin.

### Tilgjengelighet og service.

Rimelig ventetid for at en undersøkelse eller behandling skal bli utført, er viktig både for pasient og henvisende lege. For pasienten vil det være viktig å få avklart en tilstand uten unødvendig forsinkelse, både rent medisinsk og ikke minst psykisk sett. Urimelige ventetider vil også øke presset på allmennlegen i ventetiden; den bekymrede pasient ringer, ønsker at vi skal purre på, trenger kanskje forlenget sykemelding i ventetiden, symptomene forverrer seg, ny runde hos allmennlegen. Å vente 8 uker fra legen henviser en kvinne med kul i brystet og mistanke om brystkreft, til pasienten blir innlagt for operasjon, er urimelig lenge... Lange ventetider gir også dårlig flyt i pasientstrømmen og arbeidsfordeling mellom nivåene.

Tilbakemelding/epikrise er en annen sentral kvalitetsindikator. Primærhelsetjenesten er helt avhengig av rask og god tilbakemelding fra sykehuset for å kunne følge opp pasienten på en skikkelig måte. Ofte opplever jeg at epikrisene kommer altfor seint, og at innholdet er lite tilpasset den oppfølging og det ansvar jeg som allmennlege skal ha videre for pasienten. Det hjelper lite med teknologiske nyvinninger som elektronisk overførte epikriser hvis dette fører til at mens de tidligere tok 9 uker fra pasienten var uskrevet til hadde epikrisen i posten, så tar det nå 8 uker og 5 dager før den kommer via e-post!

Med få unntak vi det være helt utenkelig for en allmennlege å sende noen til sykehuset samtidig å sende med en henvisning. Kanskje burde legene utenfor sykehus sette samme krav – vi tar ikke imot en pasient i vår kommune uten at det samtidig foreligger en epikrise.

### Tre kjerneområder

Mitt krav overfor 2.linjetjenesten for at jeg skal kunne gjøre en god jobb som doktor i en utkantkommune, kan sammenfattes i tre punkter: At man blir tatt på alvor og at man møtes med alminnelig høflighet. Dette gjelder både pasienten og pasientens lege. Til sist er det viktig at samarbeidende spesialisthelse-tjeneste har forståelse for våre ramme-betingelser. Det er en vesensforskjell å vurdere et sykt barn ute i allmennlegetjenesten kl. 02 på natta, 15 mil fra sykehus, og det å se det samme barnet etter 2–3 timer, etter en ambulansetransport på mottakelsen i sykehus med mange ressurser tilgjengelig for å avklare situasjonen. Det er lett for de fleste av oss å være etterpåkloke...

«Usensurert annonse» –  
presentert av ordføreren i Gildeskål på distriktsmedisinkonferansen. Gildeskål er en av de få kommuner i fastlege-Norge helt uten lege.



## GILDESKÅL KOMMUNE - DET UNIKE ALTERNATIV

Gildeskål kommune søker  
lege for fast ansettelse.

### Faglige kriterier:

- Bør være utdannet lege
- Greit om legen har praktisert tidligere
- Bør snakke norsk

### Sosiale kriterier:

- Bør være gift/samboer
- Samboer/ektefelle bør være utdannet sykepleier, lærer, helsesøster eller førskolelærer
- Minimum 2, helst 3 eller flere barn mellom 0 og 15 år.

### Demografiske kriterier:

- Legen eller samboer bør ha aner i distriktet

### Vilkår:

Vi strekker oss (for) langt for å få dere til å flytte til Gildeskål

# Globaliseringens konsekvensar på

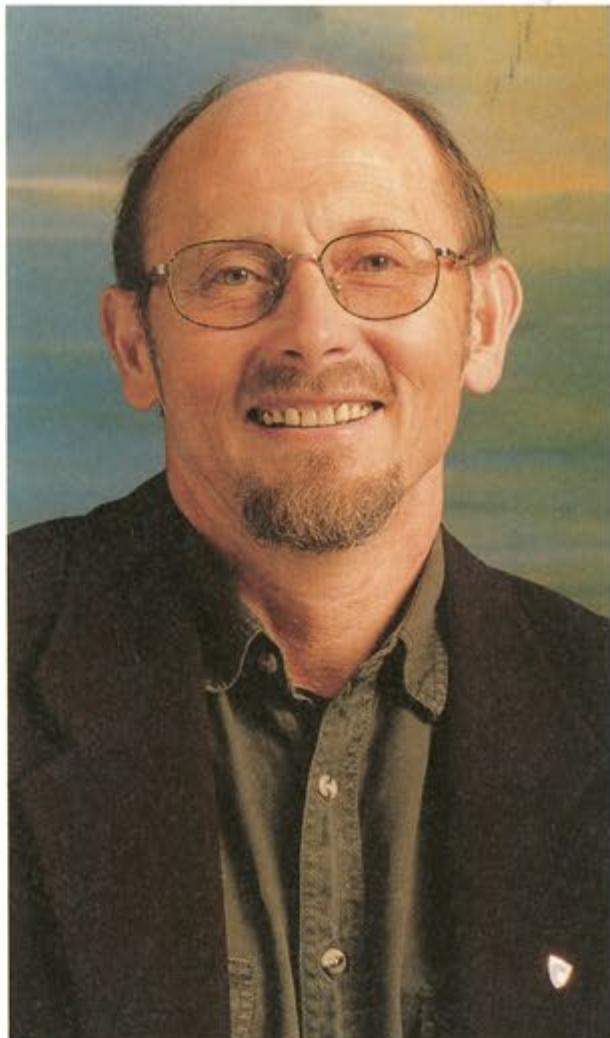
Å si noe om framtida for distrikts-Norge og betydninga for ei distriktsmedisinsk satsing, er jamgodi med å spå i glasula. Men ein får håpe at 25 års forskingspraksis i og om bygde-Norge gir ein viss bakgrunn. Det kan vel heller ikkje skade med erfaring frå forsking på bønders helse og førebyggande helsearbeid. Eg vil starte i fugleperspektiv, med utgangspunkt i den globaliseringa vi ser rundt oss. Deretter skal eg zoome inn mot lokalsamfunnet, som vi alle lever i, eller i alle fall nesten alle, det er kanskje noen i dag som er så globale at dei ikkje deltar i noe lokalsamfunn lenger. Endelig skal eg avslutte med å vurdere dei sosiale konsekvensane av globaliseringa på individnivå, og dei endringane den fører til, i lokalsamfunna rundt om i Distrikts-Norge.

## Globalisingsprosessen

Til grunn for det eg skal seie her, ligg to antakelser, som nok kan diskuterast, men som eg vil ta for gitt. For det første så vil globaliseringa gå vidare med uforminska styrke, i 20 år til. Enda motkrefte vil vera sterkare om 20 år enn i dag, så ser eg i dag ingen kraft som kan stanse denne prosessen, som vi no har sett dei siste 20 åra. Globalisering definerer eg da som framveksten av ein internasjonalt finansmarknad kombinert med ein verdsomspennande kommunikasjonsrevolusjon. Det mest typiske trekk ved globaliseringa er formuar som skiftar eigar verda rundt i løpet av dei sekund det tar med noen tastetrykk. Dette er ikkje berre spekulasjonsøkonomi, men liv og død for bedrifter, nasjonars velstand eller ruin, til dømes under trykket av endringar i valutakursar.

Drivkrafta i utviklinga er dei transnasjonale selskapa, og dei som la det heile til rettes politisk var Ronald Reagan og Margaret Thatcher gjennom sine avreguleringar og marknadsreformer. Internett var først og fremst den teknologien som opna den globale arena. Sjølv om varehandelen enno for det meste skjer regionalt, og mange selskap er lokalt eller nasjonalt forankra, er det finanskapitalen som styrer løpet, og den vil befeste sin makt ved at store formuar vil bli skapt, omstrukturert og øydelagt. Totalt sett har globaliseringa ført til auka økonomisk vekst i verda, ikkje minst i store økonomiar som Kina, Sør aust-Asia og India. Om 20 år vil tyngdepunktet i verdsøkonomien vera flytt til Asia. Om ikkje Europa blir ein utkant, blir vår versdel meir perifer enn i dag.

<sup>1</sup> Foredrag for den første nasjonale konferansen om distriktsmedisin Sommarøy, 07.03.2002



**Reidar Almås** er fødd 1943 på Hølonda i Melhus kommune sør for Trondheim og bur framleis på garden der han vaks opp. Almås vil vera kjent for mange frå støttearbeidet for Hitraaksjonen i 1975. Han er utdanna sosiolog frå Universitetet i Bergen og har publisert ei rekke bøker og artiklar her heime og i utlandet om helse, arbeidsmiljø, landbrukspolitikk og bygdeutvikling. I dag er han professor i bygdesosiologi ved NTNU i Trondheim, der han har bygd opp Norsk senter for bygforskning. Han er redaktør for praktverket *Norges landbrukshistorie* som kjem ut hausten 2002.

Epost: [Reidar.Almås@bygdeforskning.ntnu.no](mailto:Reidar.Almås@bygdeforskning.ntnu.no)

# distriktsmedisinens bord

AV REIDAR ALMÅS

Samtidig er globaliseringa den kapitalistiske massekulturen triomf. Spreidd av fjernsynet, som i dag er ein underhaldningsindustri kvalitativt forskjellig frå det vi såg på 1960-talet. Globaliseringa blir også fremja av dei nye kommunikasjonsformene, der verdensveven (world wide web) har skapt ein reiskap for å distribuere informasjon, kultur og varer i eit stigande tempo og omfang.

Mange av oss blir skremt av utviklinga, mens andre tar del i den globale revolusjon med liv og lyst og ser på den med store forventningar.

Parallelt med framveksten av globaliseringa ser vi nasjonalstatane minkande makt, anten ved at politikarane abdiserer frivillig frå å regulere økonomi og massekultur, eller ved at dei transnasjonale selskapa ikkje lenger lar seg styre. Denne prosessen vil også halde fram lenge enda. Politikkens abdikasjon frå viktige samfunnsmål vil truleg halde fram, utan at det vil bli skapt noen politisk arena eller aktørar som kan uttrykke allmennviljen på det globale plan. Med unntak av «Pax Americana» med militære intervensionar på det militære området, vil det herske eit slags kapitalistisk anarki internasjonalt.

Attac og Eva Joly vil ikkje ha sigra om 20 år, for å si det sånn!

Denne globaliseringa vil bidra til å vase ned mange av dei lokale og nasjonale strukturane som vart skapt i det moderne samfunn. Motstand vil oppstå, men motstandsgruppene vil kvar for seg vera for veike, og ha for ulike program til å kunne lykkast. Dei vil spenne over så vidt eit spektrum som frå Al Qaida til Attac, og meir enn det. I dag er det ingen som har noe truverdig alternativ, noe program, noe mål som kan konkurrere med globalisa-

pitalismen. Noen av oss vil beklage det, men slike er det berre.

Ein av vår tids største sosiologar, den polsk-britiske Zygmunt Bauman, har i boka «Globaliseringens og dens menneskelige konsekvenser» samanlikna vår situasjon med å vera om bord på skipet *Titanic*, seglande framover med musikk og fest på dekk, mens det ligg ei rekke isfjell, det eine større og meir forrædarisk enn det andre forut.

Mellan dei største isfjella, som kvar for seg er nok til å senke oss, er det økonomiske isfjellet, valutaspekulasjonen som skaper astronomiske finansbobler som vil sprekke. Så er det atombombesfjellet, med meir enn 30 land som er i strid med sine naboar, og kan tenkast å bruke kjernefysiske våpen i løpet av dei neste 20 åra. Vidare ser han det økologiske isfjellet, der utsleppa av klimagassar med den globale oppvarminga vil endre klimaet totalt i vår levetid. Og så det sosiale isfjellet, der tre milliardar menneske er arbeidslause, utan å kunne bidra til samfunnet, og så endelig befolkningsfjellet, der kanskje eit fleirtal av ungdommen i den tredje verda ser seg om etter ein utveg til å koma seg til den rike verda. Mange av dei vil risikere livet for å koma hit.

Kvart eitt av desse isfjella er i stand til å senke vår tids *Titanic*.

Bauman er blant pessimistane, men ingen kan nekte å ta inn over seg dei alvorlege faresignalene som han peikar på, eller nekte å sjå dei djupe sosiale sår som globaliseringa skaper på sin veg.

Så til mitt andre tema, det gode lokalsamfunn. I kvart menneske ligg eit grunnleggjande behov for to verdiar som kvar for seg står i konflikt med kvarandre: tryggleik og fridom. I



det gamle samfunnet fekk medlemmane tryggleik i familién, i ætta, i grenda, i bygda. Alle visste kven du var, dei fleste var esla til å bli livet ut der dei var fødd og hadde vaks opp. Fødsel bestemte dine kår på jorda, og gudstrua gav ei meinung til det heile.

Industrialismen sprengte dette lokalsamfunnet, der det var lite fridom. I det høgmoderne samfunnet, mellom 1945 og 1973, fekk dei fleste mye meir fridom, ramma var ikkje lenger lokalsamfunnet, men nasjonalstaten. Vi flytta og vi lærte, vi søkte profesjonane og vart mangfoldige tannhjul i det norske velferdssamfunnet.

### Kva er eit godt lokalsamfunn?

I mitt arbeid i Verdikommisjonen var eg med på prosjektet «De grunnleggende kjennetegn ved et godt lokalsamfunn». Oppgåva var å identifisere dei grunnleggjande verdiar som folk i by og bygd legg vekt på for å ha eit godt lokalsamfunn. Eit punkt i vårt mandat er å identifisere fellesskapsverdiar som samlar brei oppslutning, så dette var eit viktig spørsmål for oss. Det kom svar frå om lag 140 kommunar. Materialet var omfattande, mangfaldig og interessant. Det varierer også mye kor representativt det er, og kor stor prosess som har vore gjennomført lokalt.

Er det så noen verdiar som ofte går att i dette svært varierte og omfattande materiale? Eg har analysert svara, og følgjande verdiar ved eit godt lokalsamfunn vart ofte nemnt i svara frå kommunane:

#### *Lokale fellesskap*

Den verdien som ofta blir nemnt, er det lokale fellesskap. Med det vert uttrykt at dei som bur i lokalsamfunnet, bør ha møteplassar der det er stor aktivitet, og at alle skal vere integrert i lokale nettverk. Ufrivillig einsemd, sosial utstøyting og sosial isolasjon for grupper eller einskildpersonar opplevast som ei stor utfordring i mange lokalsamfunn. Kommunikasjon og integrasjon mellom generasjonar og kulturar opplevast som nødvendig i eit livskraftig lokalsamfunn.

#### *Lokal identitet*

I denne samanhengen legg også mange kommunar vekt på lokal identitet, at folk kjenner at dei tilhører og er stolte over heimstaden sin. Det blir framheva kor viktig det er å ta vare på lokal kultur og lokale tradisjonar for å gje lokalsamfunnet sjel og preg som folk kan identifisere seg med. Noen kommunar opplever sterkt splitta lokalsamfunn, til dømes omkring etnisk identitet (samisk/norsk, innvandrarar/norsk). Noen kommunar legg vekt på toleranse og romslege haldningar som forutsetning for trivsel i lokalsamfunn med ulike sosiale og etniske identitetar. Det blir også vist til at det er viktig å vere trygg på eigen identitet

dersom ein skal kunne møte andre identitetar opent og raust.

#### *Fridom*

Verdien fridom blir nemnt i mange svar, særleg frå bykommunar og bydelar. Det blir lagt vekt på at lokalsamfunnet skal gje valfridom i arbeid og fritid, og at det skal vere eit dynamisk samfunn i utvikling som gir rom for personleg livsutfaldning. Bydelen Grünerløkka-Sofienberg bydel i Oslo svarar at «Det gode lokalsamfunn er urbant. Et godt lokalsamfunn er et samfunn i utvikling». Ønsket om fridom til å velje kva for grupper og kulturar man vil høre til, og retten til anonymitet synest å stå sterkt. Det blir peika på at krava frå fellesskapet kan bli så sterke i små og gjennomsiktige lokalsamfunn at særleg unge kjenner seg innestengt og overvaka.

#### *Tryggleik*

Mange kommunar nemner verdien tryggleik i svara sine. Perspektivet på tryggleik og tillit kan vere forskjellig, frå dei som legg vekt på tryggleik for arbeid, til andre som legg vekt på tryggleik for helse. Det er overraskande å sjå kor sterkt verdien tryggleik står ifrå den lokale synsvinkelen. Her tenkjer ein ikkje minst på den tryggleik og omsorg som den lokale velferdskommunen kan gje barn og eldre. Av mange svar går det fram at mange synest å trenge lokalsamfunnet mest ved livets byrjing, når dei stiftar familie og får barn og ved livets slutt. Tryggleik mot trafikkskader, vald og kriminalitet blir nemnt i mange svar frå sentrale strok, mens tryggleik for rovdyr blir nemnt av fleire utkantkommunar.

Mange svar legg vekt på at balansen mellom behovet for tryggleik og å høre til på den eine sida og behovet for fridom på den andre er grunnleggjande for å sikre trivsel og for å unngå at lokalsamfunnet går i oppløsing.

#### *Ansvar og frivillig innsats*

Elles ser vi at mange svar frå kommunane er opptatt av at vaksne tar ansvar for å sikre barn og unge gode oppvekstvilkår. Eit typisk svar på kva som er eit godt lokalsamfunn for barn og unge, er «vaksne som bryr seg, tar ansvar og setter grenser». Tidsklemma ser i mange samanhengar ut til å vera lokalsamfunnets verste fiende. Mange vaksne bruker det meste av sine ressursar på eller på veg til og frå arbeidsplassen og har derfor lite overskot til innsats på fritida for barn og unge i nærmiljøet.

I følgje mange svar er den viktige lokale dugnadsånda trua av mangel på deltaking og engasjement. Typisk svar: «frivilligheten er i krisje». Nyare forsking har dokumentert at dette er tilfelle. Men samtidig kan det vere at nostalgi et-

ter det som var, spelar oss eit puss og gjer at vi overser noen av dei nye formene for frivillig engasjement. Dugnadsånda blomstrar på stadig nye område. Utan denne frivillige innsatsen frå små og store i bygd og by ville det sivile Noreg gå i stå.

### Lokalt demokrati

Når det gjeld rammevilkår frå storsamfunnets side, er det eit samstemt ønske om å ta vare på verdien ved det lokale demokratiet. Her ønskjer mange meir kommunal sjølvråderett og råderett over eigne inntekter og eigen økonomi. Det blir klagt på stramme økonomiske rammer og stor grad av overstyring og øyremerkning frå statleg hald. Dei tre siste regjeringane har tatt opp denne problemstillinga og uttrykt vilje til forandring. Men det er enno for tidleg å seie om dette har fått merkbare praktiske konsekvensar for kommune-Norge. Nasjonale politikarar tar lokaldemokratiet for gitt. Innfallsvinkelen for diskusjonen om fylkeskommunens framtid og kommunenesamanslåing har vore effektivitet og økonomi. Omsynet til lokaldemokratiets framtid har kome i bakgrunnen. I staden for å presse på for å få større kommunar, burde kommunane bli mindre, sett frå eit demokratisk synspunkt.

### Utkantkommunar

Mange svar frå utkantkommunar viser at dei kjenner seg marginalisert og misforstått i dagens mediesamfunn. Typisk for slike svar er svaret frå Sørfold kommune i Nordland: «*Det oppleves ofte slik at jo lenger borte fra Oslo folk bor, jo dummere er de, jo mindre opplyste er de, ja i det hele: Jo mindre verdifulle er de. De verdifulle bor sentralt. Det er kanskje bakgrunnen for at mange tiltrekkes til der hvor de verdifulle bor.*» Her kan ein stille spørsmål om det sosiale limet mellom by og land i ferd med å gå i oppløysing. I så fall er det

ein verdi å skape forståing mellom by og land. Det skal vere lov å vere stolt over heimlassen sin, både for den som kjem frå Sørfold og frå Grünerløkka.

Men vi skal passe oss vel for å gje eit romantisk bilde av det gode lokalsamfunn. Vi som vaks opp på 50-talet, hugsar godt at det var eit mannssamfunn. Mennene bestemte, sånn var det berre. Og det var godt vaksne menn! Og i bygdesamfunnet var det gjerne menn av god slekt som kom frå dei store og veldrivne gardane. Barna levde nok i mange lokalsamfunn eit friare og enklare liv enn i dag. Men barnets stemme vart hørt i langt mindre grad enn no.

### Å reise bort

«Borte fann eg bygda att», seier diktaren Tor Jonsson. For mange unge i små lokalsamfunn er det avgjerande å kome seg ut for å kunne lære og for å utvikle seg vidare. Derfor er det viktig å skjøne at lokalsamfunnet ikkje er like viktig for alle og i alle livsfasalar. Svaret frå Fredrikstad framhevar at «*Lokalsamfunnet har forskjellige formål for ulike mennesker. Noen bruker en stor del av livet og ressursene sine der, mens andre bruker det som en base og konsentrerer seg om utenforliggende aktiviteter.*»

Noen streifar rundt som biene og samlar seg honning. Men det vart ikkje produsert honning dersom ingen var bufast og sto i ro som blomsteren på same staden. Viss alle flakka rundt, kven skulle da skape trivelege bu- og nærmiljø? Det synest ut ifrå svara å vere slik at noen er gratispassasjerar i lokalsamfunnet. Dei brukar det når dei er i ein livsfase der dei treng det, mens elles i livet fartar dei rundt i mange lokalsamfunn, både i Noreg og i utlandet, utan at dei bidrar særlig mye til lokalsamfunnet dei bur i til ei kvar tid.

ILLUSTRAJONSFoto





ILLUSTASJONSFOTO

Elles ser det ut til å vere ein verdibrist i dagens samfunn at mange ventar på at noen annan skal ordne opp. Dette har vi valt å kalle «Bukken Bruse-syndromet». Når det oppstår eit problem eller ei utfordring, på ein arbeidsplass, i eit lokalmiljø eller i ein organisasjon, så kjem det lett forslag om at noen annan skal ordne opp. «Bak meg kjem den mellomste bukken Bruse, han er sterkt han...»

#### *Gode liv utan gode lokalsamfunn?*

Kan vi ha «det gode liv» utan å leve i eit godt lokalsamfunn? Det finst noen som kan klare seg utan lokalsamfunn i det heile i periodar av livet. Ikkje minst med marknadsloysingar på stadig nye område, kan noen kjøpe seg forbi mangelen på kollektive gode. Da blir det viktig å spørje om kva slags sosiale fordelingsverknad det har å satse på gode liv utan gode lokalsamfunn.

Som sosiolog opplever eg ofte når eg intervjuar folk ein tørst etter å oppleve eit meiningsfullt lokalsamfunn hos mange, særleg hos unge i ein etableringsfase. Dei tørstar etter tryggleik, mange av dei etter å ha reist rundt i mange delar av verda i fleire år. Eg trur denne tørsten etter lokalsamfunnet både kjem av at mange lokalsamfunn er i ferd med å døy ut, på grunn av flytting og mangel på rekruttering, men

også fordi globaliseringsprosessen truar lokalsamfunnet og den tryggleiken det representerer.

Den globale arena er fridomens tumlelass, men utan at den er forankra i eit fellesskap ingen reell fridom, i alle fall ikkje for dei mange.

#### **Globaliseringens konsekvensar**

No er vi ikkje lenger i det høgmoderne velferdssamfunnet, men kome inn i ein meir uklår seinmoderne, noen vil seie postmoderne tidsalder, der velferdstaten er på hell, eller under omforming, der folk tviler på eksperter og profesjonar, og der nasjonalstaten ikkje lenger er det sjølvsgaute ankerfeste for kollektive løysingar.

Korleis verkar dette inn på bygde-Norge?

Eg skal presentere to hypotesar om bygde-Norge i 2020.

#### *Hypote 1:*

På grunn av globaliseringa av økonomi, kultur og politikk vil alle lokalsamfunn bli meir og mindre like. Det betyr at særeigne trekk vil forsvinne, det som kjem frå eit bestemt distrikt, ein bestemt land, eller eit bestemt politisk eller sosio-kulturelt klima. Kort fortalt, alle samfunn vil konvergere mot individualiserte og deregulerte samfunn med USA som leiarstjerne, der staten er mager, den lokale kommunen enda magrare, og der folk må sørge for seg sjølv, si eiga forsikring mot sjukdom, alderdom, eller andre risiki.

Dette blir mye fridom og lite fellesskap.

Drivkrafta i denne konvergensen er sjølvsga at næringslivet ikkje kan greie seg i konkurransen med høge skattar og avgifter, og at eit fleirtal av dei seinmoderne borgarane vil betale mindre skatt, enda vi aldri har hatt betre råd til å betale skatt enn no. Dersom denne hypotesen slår til, vil lokalsamfunna bli mindre prega av det lokale næringslivet. Før var det viktig for distriktslegen å kjenne til den lokale næringsstrukturen, om den var dominert av jordbruk, skogbruk, fiske, industri eller tenesteyting.

For 20 år sia var det viktig for distriktslegen om plassen heitte Røst eller Meldal. På Røst måtte han kjenne fiskarens kår, ja han lærte dei å kjenne anten han ville eller ikkje.

For 20 år sia kom det skogsarbeidarar med kvite fingrar til lege i Østerdal. Om 20 år er det praktisk talt ingen skogsarbeidarar att.

Først på 1900-talet var verkslegen Støren på Løkken Orkla-dalførets første sosiolog.

*Slik er det ikkje lenger, og mindre slik skal det bli.*

Om 20 år vil den lokale økonomien for 60, 70, 80 prosents del vera dominert av folk som flytter papir og løfter, ber og trøystar kvarandre. På bygda, slik som i byen. Dei vareprodusende næringane vil vera mekanisert, automatisert, og der det trengst manuell arbeidskraft, vil det vera eit stort innslag av folk frå den tredje verda. Landbruk, fiske og industri vil både bli flagga ut i bokstaveleg forstand, men også «flagga ut» på den måten at arbeidskrafta blir innleidd, innvandra.

I dag er det legen og adoptivungane som set farge på bygdene, om 20 år vil det i tillegg finnast ein farga, rural underklasse, slik det alt er i noen bygder nordpå med fiskeindustri. Det manuelle arbeidet i reiselivsnæringa blir ikkje noe unntak.

Folket i bygdene vil stelle med folk og papir, yte tenester til barn, gamle, unge, til dei rike på turistdestinasjonane, på hyttepalassa. Noen vil stelle med natur, som skjøtselsvaktmeistrar. Dei få som produserer vil i større grad enn no overvake produksjonar som går ved hjelp av sjølvstyrte system. Mjølkeroboten er kommet til Trøndelag.

*Eit landbruk nestan utan bønder er ikkje lengt unna.*

Lokal kultur, slik vi kjenner den i dag, med dialektar, sterke organisasjonar som held oppe eit lokalt kulturliv, song og musikk, ein stor frivillig sektor, vil vera svekka. Vanskar med kommuneøkonomien, og offentleg sparing i kultursektoren gjer at ein stor del av frivilligheten dør ut dei neste 20 åra, saman med den store frivillighetsgenerasjonen som er fødd mellom 1920 og 1960. Dei fekk sykkelen og bilen, radioen og telefonen opp i hendene. Fjernsynet og internettet vil også vera med å ta livet av frivilligheten.

Kulturelt vil bygda vera langt meir differensiert enn i dag, mindre einsarta «norsk», meir multikulturell. Samtidig vil det vera ei landsbygd der mange er ekskluderte frå det gode selskap, økonomisk, sosialt, kulturelt eller politisk. Alt i dag ser vi fleire slike eksklusjonsprosessar. Eg skal ta noen eksempler:

I primærnæringane trengst det mindre folk, 3000 færre i året berre i landbruket. Det same gjeld industrien, berre ved at vi har bestemt oss for å bruke meir av avkastninga av oljeformuen, vil titusenvis av industriarbeidsplassar forsvinne. Dei fleste ligg i distrikta, der vasskrafta finst, der råstoff som tømmer og fisk finst, eller rett og slett der industrien vart lagt under distriktsutbygginga frå 1960-talet og utover. Derfor vil distrikta blø mest under globaliseringa fordi det meste av primærnæringane, industrien og bergverksdrifta ligg der. Den tenesteytande sektoren og

kunnskapsindustrien som veks, veks mest der det er mest folk å yte service til og der dei fleste med høg utdanning finst.

Mange unge som før vart sugd opp av arbeidslivet ved at dei begynte på fabrikken i bygda, at dei tok over garden eller vart med far på fiske, dei blir no gåande heime med strøjobbar, eller endar opp i ein tettstad med därleg sjanse på arbeidsmarknaden. Eit fleirtal av dei er menn, og mange vil finne seg vanskeleg til rette i servicenæringane. Her har kvinnene det lettare, også fordi mange nye jobbar i det oftentlege omsorgsapparatet vil tilfalle kvinner.

Men kvinner misser også arbeidet under omstillingane, ikkje minst i offentleg sektor. Fristillinga av dei store statsforetaka og omstillinga i dei offentlege etatane, fører både til sentralisering og mange overtallige kvinner i distrikta. Dette fører til ein dobbel eksklusjon, dels ved at tilårskomne kvinner blir gåande utan arbeid, og dels ved at yngre kvinner misser ei mulighet til rekruttering.

Bustadmarknaden i distrikta fører også til sosial og økonomisk eksklusjon. I noen land er dette sterke enn i Noreg, ein skotsk kollega Mark Shucksmith har vist korleis landsbygda i England og Skottland ofte blir oppsamlingsstad for multiproblemfamiliar. Desse problema endar opp hos legen, på skolen, hos sosialetaten, mens nabolaget i minkande grad kan utføre si førstelinjeteneste. I lokalsamfunnet er det ein skjør balanse mellom nærande og tærande medlemmar, det vil seie dei som bidrar med noe sosialt og kulturelt, og dei som berre er der, eller tærer på den sosiale og kulturelle kapitalen. Dette er følsame saker, men noen må si det.

Vi ser også i vårt land ei tilbakeflytting til landsbygda av typiske klientfamiliar, der billeg bustad er det som rekrutterer. Når folk har lide skipbrot i liva sine, søker dei attende til det vesle dei har av bustadkapital, nettverk og røter. Vi vil gjerne tru at små tette samfunn kan vera til hjelp og støtte for ei einslege mor eller familiar som slit. Men på min-

ILLUSTRASJONSFOTO



dre skolar og i kommunar med ein liten sosial- og helseetat kan hjelpebehovet raskt overstige evna til å hjelpe. Vi ser no ei rekruttering som styrker den tærande delen av bygdesamfunnet, særleg i marginale område med stor fråflytting og på einsidige industristader som har vore utsett for nedlegging eller store omstillingar. Dei tærande kan koma til å overmanne dei nærande.

Bygdene er også utsett for ein subtil sosial og kulturell eksklusjon, på den måten at det sosiale livet på bygda er meir avgrensa enn i byen. Det er naturleg nok færre folk å velje i når ein skal velje omgangskrins, færre typar kulturelle og sosiale aktivitetar å vera med i. Noen har fokusert på den maskuline bygdekulturen som ein utstøytingsmekanisme både for unge kvinner og mjuke menn. Dette trur eg ikkje ein skal overdrive, og det er i ferd med å forsvinne i dei fleste bygder. Men meir alvorleg er det at dagens unge, i alle fall dei med høgare utdanning, stiller store krav til fritidsmiljøet sitt. Her kjem dei fleste småplassar til kort, og eg er redd meir så om 20 år, rett og slett fordi offentlege tilbod blir bygd ned og marknaden for private tilbod ikkje finst. For mange yrke med høgare utdanning ser vi at folk i dag pendlar inn til utkantkommunar frå meir sentrale nabokommunar.

Den inkluderande landsbygda, som vart bygd i kjølvatnet av gamle Venstres folkedanningsstat og den sosialdemokratiske orden etter kriseforliket mellom Bondepartiet og Arbeidarpartiet i 1935, er under sterkt press. Det er ofte slik at dei som blir pressa ut på eitt område, gjerne frå arbeidsmarknaden, også blir pressa ut sosialt og politisk. Som de forstår, er eg pessimist på distrikta sine vegne dersom da-

gens globaliseringssprosess får gå vidare i 20 år utan avgjande motstand og politisk kontroll. Og mange av dei negative konsekvensane vil hamne på kontoret til helsevesenet i distrikta og på distriktsdoktorens venterom.

#### *Den alternativ hypotesen*

Men eg har også ein alternativ hypotese. Den norske annleisøkonomien, annleiskulturen og annleismentaliteten er så sterk at den vil stå imot presset mot global konvergens. Per i dag ser eg ikkje meir enn 20% sjanse for at den skal slå til. Men om den skal slå til, er opp til folk flest, for globaliseringa er ingen naturprosess. Noen stader må ei alternativ utvikling starte, og kvifor ikkje i Noreg? Dessutan trur eg at mennesket er eit sosialt dyr, i tillegg til å vera ein rasjonell økonomisk aktør. Før eller seinare vil det sosiale instinktet i oss presse fram ein snuoperasjon. Spørsmålet er når.

I ein studie frå Frankrike med den slående tittelen «Verdens elendighet» («La misère du Monde») har Pierre Bourdieu og hans kollegaer vist korleis sosial eksklusjon lett blir ein kumulativ prosess. Og i Frankrike er det nettopp i dei urbane forstadene og i utkantane at den sosio-økonomiske eksklusjonen slår sterkest ut. Bourdieu, som nettopp døydde 71 år gammal, brukte ein stor del av sine siste år til å arbeide politisk imot konsekvensane av globalisering og marknadstilpassing. Om den alternative hypotesen for Distrikts-Norge i 2020 skal slå til, må vi gripe inn på samfunnsnivå og stoppe denne sosiale dødsspiralen.

Ein annan av verdas leiande sosiologar, briten Anthony Giddens, har skrive boka «Den tredje veg». Det er ein god, til dels glitrande analyse av globaliseringa og dens konsekvensar, men etter mitt syn er Giddens meir vag og veikare når det gjeld eit politisk program for å styre globaliseringa til folks beste. Men ein ting vil eg seie meg samd med Giddens i: det må utviklast institusjonar som kan styre finansmarknadene, som kan forhindre den økologiske katastrofen og som kan forhindre den sosiale utarminga som truar med å ekskludere ein stor del av verdas folk frå ei verdig liv. Spørsmålet er ikkje om marknadsfundamentalismen vil lide nederlag, men når. For i motsetning til Bauman så meiner eg vel at Titanic kan snu før vi renner på eitt dei farlege isfjella. Men i mine blå stunder er eg slett ikkje sikker.

#### **Avslutning:**

Eg trur lokalsamfunna i Distrikts-Norge kan overleva globaliseringa.

I Noreg har vi økonomi til det. Vi har folk. Vi har ressursar. Det finst marknader, som til og med veks. Men det trengst langsigktig tenking. Det trengst mye hardt arbeid, også kroppsarbeid, som nesten ingen vil ha lenger. Det trengst at

ILLUSTRASJONSPOTO





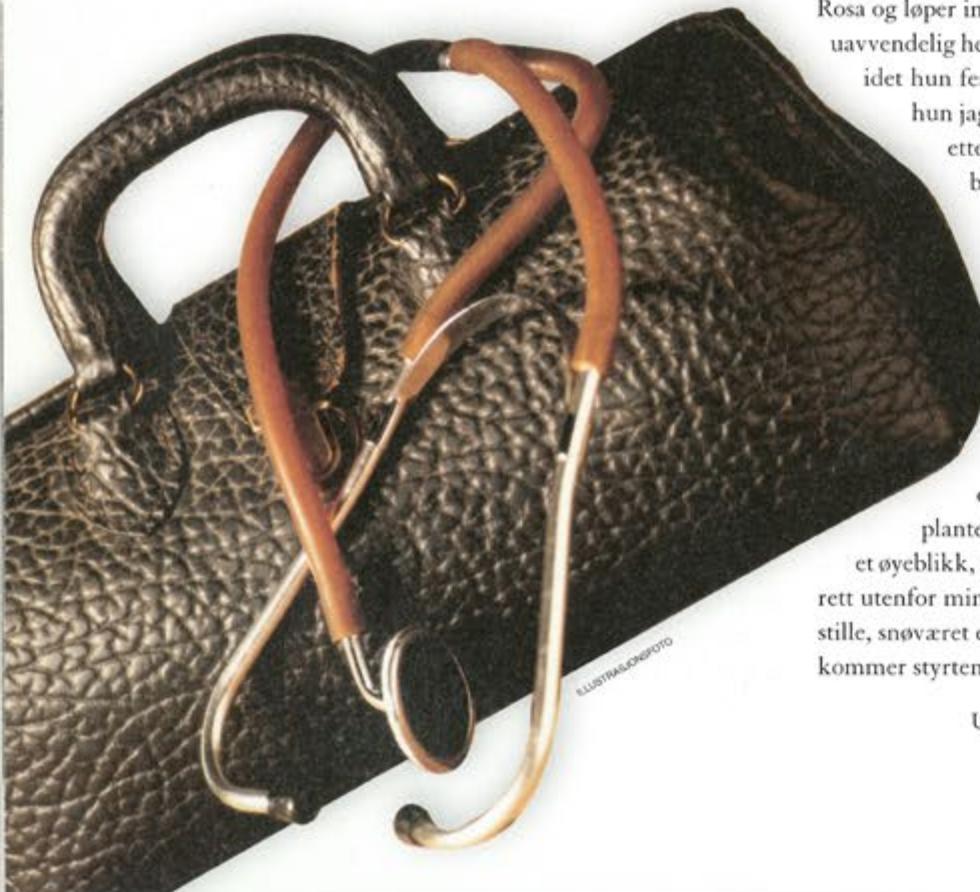
# En landsens lege

AV FRANZ KAFKA

Jeg var i stor forlegenhet: jeg måtte absolutt av sted, en pasient som var alvorlig syk, ventet på meg i en landsby ti mil unna, tett snodrev fylte det vidstrakte rommet mellom meg og ham, og jeg hadde en vogn, en lett vogn med store hjul, ypperlig egnet for våre landeveier, jeg stod allerede reiseklar på gårdspllassen, innhyllt i pelsen og med instrumentvesken i hånden, men hesten manglet, hesten. Min egen hest var død sist natt som følge av overanstrengelse i denne iskalde vinteren, og tjenestepiken min løp nå omkring i landsbyen for å få låne en hest, men det var helt utsiktsløst, det visste jeg, og jeg stod der til ingen nytte og ble stadig mer ubevegelig, stadig mer overdynget med snø. Piken kom til syne i porten, alene. Hun svingte med lykten. Naturligvis, hvem vil låne ut hesten sin til en slik ferd? Jeg gikk enda en gang tvers over gårdspllassen, jeg øynt ingen muligheter, tankespredt og forpunkt sparket jeg til den falleferdige døren til grisehuset, som ikke hadde vært brukt på mange år. Døren åpnet seg og ble stående og svinge fram og tilbake på hengslene. En varm lukt som av hester trenget ut. I en snor der inne hang en stallykt og lyste svakt. En mann satt sammenkrøpet i det lave rommet og viste sitt åpne, blåøyete ansikt. «Skal jeg spenne for?» spurte han og kom krypende fram på alle fire. Jeg visste ikke hva jeg skulle si, og bøyde meg bare for å se hva som ellers fantes i stallen.

Tjenestepiken stod ved siden av meg. «En vet ikke hva fortin en har i sitt eget hus,» sa hun, og vi lo begge. «Hei, bror! Hei, søster!» ropte stallknekten, og to hester, svære dyr, brede over flankene, klemte seg ut etter hverandre med bena tett inntil kroppen og de velformede hodene senket, akkurat som kameler. De fylte fullstendig ut det trange hullet av en dør, og beveget seg bare ved kraftige vridninger av kroppen. Men like etter stod de oppreist der, høybente og så varme at dampen drev av dem. «Hjelp ham,» sa jeg, og den villige piken skyndte seg å hente seletøyet til knekten. Men ikke før var hun borte ved ham, før han omfavner henne og slår ansiktet sitt mot hennes. Hun skriker opp og flykter bort til meg. Rødt står merket etter to tanngarder i pikens kinn. «Din skurk,» skriker jeg rasende, «vil du smake pisken?» Men i det samme tenker jeg: han er jo fremmed, jeg vet ikke hvor han kommer fra, og han hjelper meg frivillig i en stund da alle andre svikter. Som om han vet hva jeg tenker, tar han meg slett ikke truselen ille opp. Han sysler med hestene, og bare én gang gløtter han bort på meg. «Sitt opp,» sier han så, og sannelig: alt er klart. Med så vakkert forspann har jeg aldri kjørt, det ser jeg, og glad setter jeg meg opp. «Men kusk skal jeg være selv, du kjenner ikke veien,» sier jeg. – «Nei akkurat,» sier han, «jeg blir ikke med i det hele tatt, jeg blir igjen hos Rosa.» – «Nei,» skriker Rosa og løper inn i huset i en nøyaktig forutfølelse av hvor uavvendelig hennes skjebne er. Jeg hører dørlenken klier idet hun fester den, jeg hører låsen kneppe, jeg ser at hun jager fra værelse til værelse og slokker alle lys etter seg, for at han ikke skal finne henne. «Du blir med,» sier jeg til knekten, «ellers lar jeg være å kjøre, enda så viktig turen er. Det kan ikke falle meg inn å overlate deg denne piknen som betaling for turen.» – «Kvikt!» sier han og slår hendene sammen, vognen blir revet av sted som tømmer i en elv, og jeg hører bare at døren i huset mitt brister og splintres under knektenes angrep, så fylles øynene og ørene mine av en susing som jevnt forplanter seg til alle sanser. Men også det varer bare et øyeblikk, for som om gården til min pasient åpner seg rett utenfor min egen port, er jeg der allerede, hestene står stille, snøværet er over, månen skinner, pasientens foreldre kommer styrrende ut av huset, søsteren hans kommer etter

ILLUSTRASJONSFOTO



dem, jeg blir formelig løftet ut av vognen, jeg forstår ingen ting av det forvirrede snakket, i sykeværelset er luften nesten ikke til å puste i, den forfalne røykoven ryker, jeg vil skyve vinduet opp, men først vil jeg se den syke. Mager, uten feber, ikke kald, ikke varm, med tomme øyne og uten skjorte på setter gutten seg opp under fjærdynen, henger seg om halsen min, hvisker inn i øret på meg: «Doktor, la meg dø.» Jeg ser meg om, ingen har hørt det, foreldrene står stumt framoverbøyde og venter på min dom, søsteren har hentet en stol til håndvesken min. Jeg åpner vesken og leter bland instrumentene, gutten famler stadig etter meg fra sengen for å minne meg om sin bønn, jeg tar opp en pinssett, ser på den i skjæret fra talglyset, og legger den ned igjen. 'Ja,' tenker jeg spottende, 'i slike tilfelle hjelper gudene, sender den manglende hesten, føyer i farten til enda en hest, spanderer til overmål også stallknekten –.' Nå først kommer jeg igjen til å tenke på Rosa, hva skal jeg gjøre, hvordan skal jeg redde henne, hvordan skal jeg få trukket henne fram under denne stallknekten, ti mil unna og med ustyrlige hester foran vognen? Disse hestene, nå har de på en eller annen måte løsnet på seletøyet og skjøvet opp vinduene utenfra, jeg skjønner ikke hvordan, og de står og betrakter den syke uten å bry seg om at familien skricker opp. 'Jeg kjører straks hjem igjen,' tenker jeg, som om hestene oppfordrer meg til å reise, men jeg finner meg i at søsteren, som tror at jeg er bedøvet av varmen, tar av meg pelsen. Et glass rom blir stilt fram til meg, den gamle slår meg på skulderen, han vil gi meg sin skatt, og det rettferdiggjør denne fortroligheten. Jeg rister på hodet, jeg ville bli dårlig i den gammels trange tankeverden, bare av denne grunn avslår jeg å drikke. Moren står ved sengen og lokker meg til seg, jeg kommer, og mens en hest knegger høyt mot værelsets tak, legger jeg hodet til guttens bryst. Han gyser under det våte skjeget mitt, og jeg får bekreftet det jeg vet: gutten er sunn, blodet sirkulerer riktig nok dårlig, han er vasstrukken av den omsorgsfulle morens kaffe, men ellers er han sunn og burde egentlig jages opp av sengen med en stokk. Jeg er ingen verdensforbedrer, og lar ham ligge. Jeg er ansatt av distriktet og gjør min plikt til randen, til det nesten blir for mye. Dårlig betalt er jeg, og likevel er jeg gavmild og hjelpsom overfor de fattige. Også Rosa må jeg

sørge for, så kan gutten få rett, og jeg også vil dø. Hva gjør jeg her i denne endeløse vinteren? Hesten min er død, og det er ingen i landsbyen som vil låne meg sin. Fra grisehuset må jeg ta forspannet mitt, og hadde det ikke tilfeldigvis vært hester, hadde jeg måttet kjøre med svin. Slik er det. Og jeg nikker til familien. De vet ingenting om det, og hadde de visst det, ville de ikke trodd det. Recepter skriver jeg greit nok, men å komme til forståelse med folk ellers, er vanskelig. Nå, her skulle altså besøket mitt sluttet, folk hadde nok en gang forstyrret meg til ingen nytte, det er jeg vant til, ved hjelp av nattklokken piner hele distriktet meg, men at jeg

denne gangen også måtte ofre Rosa, denne vakre piken som i årevis hadde bodd i mitt hus nesten uten at jeg hadde lagt merke til det – dette offeret er for stort, og jeg må foreløpig berolige meg med spissfindigheter for ikke å fare løs på denne familien, som jo ikke med sin beste vilje kan skaffe meg Rosa tilbake. Jeg lukker vesken og

vinker etter pelsen min, familien står sammen, faren snuser over romglasset han har i hånden, moren er sannsynligvis skuffet over meg – ja, hva er det folk venter av meg, da? – og biter seg i leppen og har tårer i øynene, og søsteren swinger med et tungt, blodig håndkle, og da er jeg på sett og vis, alt tatt i betraktning, villig til å medgi at gutten kanskje likevel er syk. Jeg går bort til ham, han smiler mot meg som om jeg bringer ham den aller beste, styrkende suppe – å, nå knegger begge hestene, larmen er vel beordret fra høyeste hold for å lette undersøkelsen – og nå finner jeg: ja, ganske riktig, gutten er syk. I den høyre siden hans, i hoftepartiet, har det åpnet seg et sår så stort som en hånd. Rosa i mange sjatteringer, mørkt i dybden, lysere utover mot kantene, fin-kornet, med blod som samler seg ujevnt her og der, åpent som et dagbrudd i en gruve. Slik på avstand. I nærheten viser det seg noe enda alvorligere. Hvem kan se slikt uten å plystre lavt? Ormer, sterke og lange som lillefingeren min, rødlige av natur og dessuten stenkret med blod – ormer som vrir seg, som sitter fast innerst i såret, men har hvite hoder og mange små ben ute i lyset. Arme gutt, deg kan ingen hjelpe. Jeg har funnet ditt store sår. Av denne blomsten i din side går du til grunne. Familien er lykkelig, den ser at jeg er i virksomhet, søsteren sier det til moren, moren til faren, faren til noen gjester, som kommer på tå inn av den åpne dø-



ren i måneskinnet og balanserer bortover med utstrakte armer. «Redder du meg?» hvisker gutten med gråten i hal-sen, fullstendig blendet av livet i såret sitt. Slik er folk i mitt distrikt. Alltid forlanger de det umulige av doktoren. Sin gamle tro har de mistet, presten sitter hjemme og plukker i stykker messeklaerne sine, det ene plagget etter det andre, men legen skal utrette alt med sin fine, kirurgiske hånd. Nå, som de vil, jeg har ikke budt meg fram, vil dere bruke meg til deres hellige formål, så lar jeg det øg skje, kan jeg vente meg noe annet, jeg, en gammel landsens lege, som er blitt berøvet sin tjenestepike? Og de kommer, familien og landsbyens eldste, og tar av meg klerne. Et skolekor med læreren i spissen står utenfor huset og synger en ytterst enkel melodi med teksten:

*Ta av ham klerne, så vil han helbrede.  
Vil han det ikke, så dreper vi ham.  
Det er kun en lege, det er kun en lege.*

Så er jeg avkledd, og med senket hode og fingrene i skjegget ser jeg rolig på folkene. Jeg er fullstendig fattet, jeg er og forblir dem alle overlegen, men det hjelper meg jo ikke, for nå tar de meg i hodet og i føttene og legger meg i sengen. Inn til muren, ved siden av såret, legger de meg. Så går alle ut av stuen, døren blir lukket, sangen forstummer, skyer stiger fram foran månen, varmt ligger sengetøyet omkring meg, skyggeaktige svinger hestehodene fram og tilbake i vindushullene. «Du skjønner,» hører jeg det blir sagt inn i øret mitt, «jeg har ingen særlig tiltro til deg. Du er jo også bare kastet av etsteds, kommer ikke på egne ben. Istedefor å hjelpe meg, gjør du bare mitt dødsleie trangere. Helst ville jeg klore øynene ut på deg.» – «Ganske sant,» sier jeg, «det er en skam. Men jeg er nå engang lege. Hva skal jeg gjøre? Du kan tro det er ikke lett for meg heller.» – «Denne unnskyldningen skal jeg nøye meg med? Akk, det må jeg vel. Alltid må jeg nøye meg med ting. Med et vakkert sår kom jeg til verden, det var hele min utrustning.» – «Unge venn,» sier jeg, «feilen er at du ikke har noe overblikk. Jeg

som har vært hos de syke i alle stuene i distriktet, sier deg; så ille er ikke såret ditt. Laget i en spiss vinkel med to hogg av hakken. Mange byr siden fram, og hører knapt hakken i skogen, for ikke å snakke om at den kommer nærmere dem.» – «Er det virkelig slik, eller holder du meg for narr fordi jeg har feber?» – «Det er virkelig slik, det kan du ta mitt ord for som distriktslege.» Og han tok det og ble stille. Men nå var det på tide å tenke på min redning. Trofaste stod hestene fremdeles på plass. Klær, pels og veske var fort rasket sammen. Jeg gav meg ikke tid til å kle meg. Hvis hestene var like snare som på turen hit, hoppet jeg jo så å si ut av denne sengen og over i min egen. Lydig trakk den ene hesten seg tilbake fra vinduet, jeg kastet byltene i vognen, pelsen før for langt, men hakket seg opp i ermet på en krok. Det fikk greie seg. Jeg svingte meg på hesten. Seletøyet lå løst og slepte, hestene var knapt bundet sammen, vognen hang etter med pelsen bakom, i snoen. «Kvikt!» sa jeg, men kvikt gikk det ikke. Langsamt som gamle menn slepte vi oss gjennom sno-ørkenen. Lenge lød bak oss den nye, men feilaktige sangen til barna:

*Fryd og gled dere nå, pasienter,  
legen er lagt opp i sengen til dere!*

Aldri kommer jeg hjem på denne måten, min blomstrende praksis er ødelagt, en etterfølger stjeler fra meg, men til ingen nytte, for han kan ikke erstatte meg, i mitt hjem husser den motbydelige stallknekten, Rosa er hans offer, jeg vil ikke tenke det til ende. Naken, prisgitt frosten i denne ulykksalige av alle tidsaldre, med en jordisk vogn og ujordiske hester sleper jeg gamle mann meg omkring. Pelsen min sleper bak vognen, men jeg kan ikke nå den, og ingen av det flyktige pakket av noen pasienter løfter en finger. Bedratt! Bedratt! Når man én gang har fulgt feiringingen på nattklokken, kan det aldri gjøres godt igjen.

Oversatt av Waldemar Brøgger.  
Gjengitt med tillatelse av J. W. Cappelens forlag AS.

## Norsk Selskap for Allmen-medisin's forfatterstipend 2002



Norsk selskap for allmenmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

NSAM's forfatterstipend er opprettet for å støtte forfattere av allmenmedisinsk litteratur. Forfattere av bøker eller hefter med et antatt begrenset lesemarked og dermed små muligheter for økonomisk gevinst, vil bli prioritert.

Årets stipend er kr 20 000,- og tildelingen vil bli bekjentgjort under NSAM's årsmøte i oktober. Søknaden med søkerens CV, vedlegges beskrivelse av påbegynt eller påtenkt prosjekt. Søknaden skal stiles til Norsk Selskap for allmenmedisin, Publiseringsutvalget v/Nils Kolstrup, Institutt for samfunnsmedisin, 9037 Tromsø.

**Søknadsfrist er 1. oktober-02.**

# PAIN- KILLER.



Nyhet  
**VIOXX® AC**  
(rofecoxib, MSD)

Effektiv i 24 timer mot akutt smerte

VIOXX® AC er et registrert varemerke tilhørende Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.  
Før forskrivning av VIOXX® AC, vennligst se preparatomtalet.



*Utposten i samtale med helseminister Dagfinn Høybråten, ved Frode Forland*

## «Vi må samarbeide med de krefter som

– seier Høybråten i dette eksklusive intervjuet med Utposten. Vår utsendte hadde nyleg glede av å vere med statsråden på studietur til London. Programmet var i utgangspunktet stramt. I tillegg til det fastlagde programmet som varte frå 08 til 18 med påfølgjande representasjonsmiddag i ambassaden, arbeidde statsråden i alle pausar og under transportetappar med å førebu utgreiinga for Stortinget om Dent-o-Sept saka som han skulle halde dagen etter. Siste dagen kom også akrylamidsaka frå Sverige inn på fax og mobil. Nye telefonar og intervju pressa seg inn i dagsprogrammet. Takka vere tett trafikk og køar i London og ein velvillig statsråd, blei det også tid til eit intervju med Utposten. Vi ville gjerne høyre nokre sysnspunkt frå sjefen over alle sjefar i helse-Norge om dei spørsmåla vi har drøfta i dei siste nummera av bladet; rusmisbruk, distriktsmedisin og litt om tru, sidan vi no har ein statsråd som vedkjenner seg ei aktiv kristentru.

*Kvífor har regjeringa bestemt å overføre mykje av ansvaret for rusomsorgen frå sosialtenesta til helsetenesta?*

Vi har sett at mange av rusmisbrukerne ikke får det helsetilbuet det trenger. Mange kan ha store helseproblemer, i tillegg til rusproblemene, som de har vansker med å få hjelp til i dagens ordning. Helsetjenesten har vært utsydelig på sitt ansvar for denne prasidentgruppen, og det har vært skepsis i mange helseinstitusjonar mot å ta imot rusmisbrukere. Det er også mangel på kompetanse om dette feltet i helsetjenesten.

ten. Vi har tre angrepunkt for å bedre på dette: Vi trenger et lavterskel helsetilbud, vi vil arbeide videre med legemiddelassistert rehabilitering, og vi ønsker å overføre den spesialiserte rusomsorgen til spesialisthelsetjenesten.

Et lavterskel helsetilbud innebærer at rusmisbrukere får tilbud om et sted der de kan komme for å få medisinsk hjelp, stell og nødvendig omsorg uten å ha bestilt time mange uker i forveien. Det skal være mulig å komme inn fra gata når en trenger det. Vi vil ikke bygge opp en ny særomsorg, men tenker likevel at det er behov for en særlig tilrettelagt helsetjeneste for noen av disse brukerne. Dette vil være mest aktuelt i større kommuner som har slitt med mange misbrukere. Vi vil utvide den type tilbud som vi nå kjenner fra bl.a. Oslo, Skien og Tromsø. Dette kan forhindre flere overdosedødsfall og vil gi verdig hjelp til de som trenger det. Bevilgningene til dette formålet tredobles og kommer i år opp i 28 millioner kroner.

Formålet med å overføre spesialistomsorgen fra fylkets sosialapparat til helseforetakene er at helse- og sosialsektoren samlet skal bli bedre til å fange opp de problemer og behov som rusmisbrukere har. I tillegg til dette gjør vi nå en gjennomgang av resten av tjenestene for å få en god forankring av alle deltjenestene i forhold til de ulike lovene innenfor helse- og sosialsektoren.

Jeg vil også si at det er viktig at vi får en holdningsendring blant legene, slik at det å arbeide med rusmisbrukere blir faglig oppvurdert og inngår som en naturlig og integrt del av praksis.

*Trass i den planlagde omlegginga, vil ikkje likevel hovudproblema for dei fleste rusmisbrukarar, arbeid, bustad, nettverk osv. havne innanfor sosialsektoren sitt ansvarsområde?*

Selvsagt vil slike forhold være like viktige fremdeles, men for å sikre rusmisbrukere et godt helsetilbud har vi måttet presisere ansvars- og innsatsområdene spesielt for denne sektoren. Vi går nå opp grensene for hvilke institusjoner som skal være inn under henholdsvis helse- og sosiallovgivningen.

*Vil ikkje då delinga på toppen i eitt Helsedepartement og eitt Sosialdepartement kunne verke negativt inn på dei integrerte og omfattande tenestene som rusmisbrukarar ofte treng?*

# virker imot sentraliseringstendensene»

Det vil alltid være en spenning mellom helhet og del, *seier Høybråten*, men det har nå åpenbart vært nødvendig å tydeliggjøre helseproblemene blant rusmisbrukerne. Vi ønsker en holdning der helsepersonell prøver å sette seg inn i enkeltmenneskets sted – og med det som utgangspunkt prøver å finne løsninger. Ingen organisering kan løse alle problemene. Men forskriften om individuelle planer kan være en hjelp til å organisere samarbeidet rundt denne pasientgruppen.

*Kan vi vende tilbake til ditt tredje punkt innleatingsvis, Lege-middelassistert rehabilitering (LAR). Det har blitt reist kraftig kritikk mot dei strikte reglane for legemiddelforskrivning i ein rehabiliteringssamanheng for rusmisbrukarar (blant anna i dei to siste nummera av Utposten). Vil Helsedepartementet gjere noko for å lempa på dette regelverket?*

Det er ikke aktuell politikk å lempa på dette regelverket nå, men de ulike LAR-sentra har lov å bruke sitt faglige skjønn i møte mellom regelverk og enkeltmennesker. Vår hovedtilnærming i rusarbeidet er fortsatt rusfrihet. Det er viktig at LAR ikke blir en sovepute som hindrer aktiv rehabilitering med rusfrihet som mål. Vi ønsker en evaluering av LAR, der også bruk av Subutex på vei mot rusfrihet inngår. Det nye Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjøre dette.

*Over til distriktsmedisin – som kjent var Helse-departementet med og arrangerte distrikts-medinsk konferanse på Sommarøy i mars. Helsetenesta i dei geografiske utkantane i dette landet er under press. Kva vil Helsedepartementet gjere for å få legane til å jobbe der det er størst behov for dei – og ikkje berre der det løner seg best for legen?*

Vi har faktisk sett en betydelig forbedring av rekrutteringen til legestillinger i distriktene og utkantene den siste tiden. Jeg tror at fastlegeordningen gir et godt grunnlag for en god distriktsmedisinsk legetjeneste. Vi hadde ca 600 ledige allmennlegehjemler før ordningen ble innført, nå er det bare ca 120 igjen. Dette er en stor og gledelig forandring, som har skjedd over kort tid, og med dette er også mange stillinger i utkantene blitt dekket. Jeg tror vi har lykkes bra med å finne en balanse mellom stimulering og regulering på dette området.

*Kva med stabiliteten i desse stillingane?*

Vi vet at den er dårlig en del steder. Det er en utfordring å legge til rette for at legene skal ønske å bli værende også i såkalte perifere strøk. Mange kommuner sliter med vikarter, midlertidige stillinger og kortvarige ordninger. Dette er ikke bra, hverken for lege-pasientforholdet, eller for det mer langsigte samfunnsmedisinske arbeidet i kommunen.

*Kva vil så Departementet gjere for å stimulere til stabilitet i desse stillingane?*

Vi tror det er viktig å få til et godt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – der det er gode samarbeidsforhold mellom allmennlege og sykehus, kan dette ha en stabiliseringseffekt. I Nord-Norge har de prøvd å få til dette både gjennom hospiteringsordninger og forskningsstillinger. Vi må spille på lag med de krefter som virker imot sentraliseringstendensen i helsetjenesten, *seier ein engasjert statsråd.*



Vi må bygge bærekraftige satellitter rundt lokalsykehusene som også kan utføre avanserte tjenester.

*Kva slags avanserte tenester tenkjer du på?*

I Alta har de gjort vellykkede forsøk med å gjennomføre dialysebehandling på helseenteret. Også cellegiftbehandling bør kunne gjøres lokalt dersom det er et godt samarbeid mellom sykehus og allmennlege og den kommunale sykepleietjenesten. Begge disse temaene er foreslått styrket i Revidert Nasjonal Budsjett for 2002. Slike ordninger er økonomiske for samfunnet og gir et bedre tilbud til pasientene, og det kan være faglig stimulerende for helsetjenesten lokalt. I tillegg til dette vil den telemedisinske utviklingen gi mange nye utfordringer og muligheter for samarbeid og faglig utvikling i årene som kommer.

*Eit eige distriktsmedisinsk senter er foreslått som eit tiltak for å styrke utkantmedisin, vil Departementet gå inn for det?*

Jeg kan ikke svare konkret på det spørsmålet her på bussen i London, da trenger jeg noe mer underlagsmatriale, men på generelt grunnlag kan jeg si at jeg vil støtte tiltak som kan styrke legegjerning og tjenester på laveste nivået i kjeden. Av andre virkemidler har vi også revitalisert Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet, og vi har bedt dem om å ha et vækent øye på forholdene mellom nivåene i helsetjenesten. Rådet er også supplert med medlemmer som jeg håper kan ivareta primærhelsetjenestens synsvinkel på en god måte. Det er viktig i styringen av helsetjenesten å få en rett balanse mellom det som skal håndteres i spesialisthelsetjenesten, i allmennmedisin og som egenbehandling.

*I ein del kommunar har det vore vanskeleg å rekrutere legar inn i dei samfunnsmedisinske stillingane og oppgåvane etter fastlegeordninga. Har legane framleis ei viktig rolle å spele i det samfunnsmedisinske og forebyggande arbeidet?*

Definitivt. Vi har bedt fylkeslegene om å følge opp og overvåke innføringen av faslegeordningen. Kommunene har en rett til å pålegge legene en viss mengde offentlig legearbeid. Det kan hende at en del kommuner ikke har brukt denne muligheten som forutsatt. Det vil bli påpekt og følgt opp.

*Så langt kom vi i bussen før statsråden og hans politiske rådgjevarasta vidare til nytt møte i ambassaden før flyturen heim.*

*Dei siste to spørsmåla har han difor fått på e-post og dei lydde slik:*

*Korleis trur statsråden at tru og livssyn påverkar folks helse og lege-pasientforholdet? Kva rolle spelar di eiga tru for deg i ditt arbeid som helseminister?*

*Og slik svara han:*

Når det gjelder de to siste spørsmålene velger jeg å svare samlet slik:

Mennesket er ikke bare kropp, men kropp, sjel og ånd. Helsetjenesten skal møte det hele mennesket og må ta denne helheten på alvor. Det er ikke tvil om at samspillet mellom kropp og sjel og ånd har betydning både når det gjelder å fremme helse og å behandle uhelse. Noen sammenhenger er klart dokumentert, andre må møtes med større ydmykhet. Det dreier seg om det integrerte menneske.



# Glykemisk indeks – ny nøkkel til god helse?

AV ANNE-MARIE AAS

## Hva er Glykemisk indeks?

Glykemisk indeks (GI) er en måte å klassifisere karbohydratrike matvarer og retter, ut fra den effekten de har på blodsukkeret. Man tilfører en gruppe forsøkspersoner 50 g karbohydrater fra en matvare og mäter blodsukkerøkningen etter matinntaket. Resultatet sammenlignes med en tilsvarende test på en standardmatvare. Arealet under kurven (AUC) beregnes geometrisk både for testmatvaren og standardmatvaren. GI utregnes som AUC for testmatvaren uttrykt som prosent av arealet til standardmatvaren. Standardmatvaren er vanligvis hvitt brød eller ren glukose. GI med brød som standard er ca 1,4 ganger høyere enn GI med glukose som standard (1).

Ideelt skal den enkelte matvare testes ut på minimum 6 personer, og hver person bør gjenta testen tre ganger. Testene utføres om morgenen etter 10–12 timers faste. Inntaket av væske er standardisert, og maten skal intas innen et visst tidsrom. Blodglukose testes i blodprøver tatt ved 0, 15, 30, 45, 60, 90 og 120 minutt etter inntak (2).

Hensikten med GI er at den skal kunne brukes til å forutsi behov for insulin og/eller sette sammen en kost som ikke gir store utslag på blodsukkeret.

Den blodsukkerøkende effekten av ulike matvarer bestemmes av en rekke faktorer både knyttet til personen som spiser maten og maten i seg selv. Disse faktorene er sammanfattet i tabellen på neste side (1, 2, 3).

## Påståtte helseeffekter av kost med lav GI

Det var Jenkins som i 1981 først introduserte glykemisk indeks som et begrep. Etter at Jenkins gruppe publiserte resultatene av de første studiene med glykemisk indeks på 62 matvarer, har GI blitt undersøkt i over 600 matvarer. I 1995 publiserte Foster-Powell og Brand Miller en sammenstilling av alle studiene som var gjort fram til da (4). GI har særlig vunnet terrenge blant forskningsgrupper i Canada og Australia, men har de siste årene også høstet økende anerkjennelse i forskningsmiljø i Europa. Blant annet har en gruppe tilknyttet universitetet i Lund i Sverige et nært sam-



## Anne-Marie Aas

- Født 1969
- Klinisk ernæringsfysiolog ved Avdeling for klinisk emæring, Aker universitetssykehus siden 1995
- Utdannet ved Ernæringsinstituttet ved Universitetet i Oslo (Cand.scient.) og Institut för klinisk näringsslära, Universitetet i Göteborg.
- Jobber hovedsakelig med diabetes, hjerte- og karsykdom, overvektsrelaterte sykdommer og spiseforstyrrelser.
- Har hatt ansvaret for et forskningsprosjekt ved Aker universitetssykehus hvor effekten av kost- og mosjonstiltak er undersøkt hos en gruppe personer med type 2-diabetes.
- Fagkonsulent og foredragsholder i ulike sammenhenger. Styremedlem i Nasjonalt Diabetesforum (Diabetesforbundets sammenslutning for helsepersonell som jobber med diabetes) fra 1997–2001. Leder av KEFF's (kliniske ernæringsfysiologer tilsluttet forskerforbundet) referansegrupper for diabetes- og overvektsbehandling.

**Faktorer knyttet til maten:**

- mengde karbohydrater
- type karbohydrater  
(spesielt innholdet av løselige fiber)
- fett- og proteininnhold i maten
- struktur og partikklestørrelse på maten  
(jo grovere og mer uraffinert, jo lavere GI)
- tilberedning  
(kokt, rått, findelt/moset, grad av «oppsvulming»)
- flytende eller fast
- industriell behandling  
(hermetisering, varmebehandling etc)

**Faktorer knyttet til individet som spiser maten:**

- magesekkstømming
- insulinresistens
- medisinsk behandling (type insulin og/eller perorale antidiabetica, kortikosteroider m.fl.)
- fysisk aktivitet før og etter måltidet
- psykologiske faktorer
- sykdom i mage / tarm-kanal

**Tabell 1:***Faktorer som påvirker den blodsukkerøkende effekten av et måltid*

arbeid med næringsmiddelindustrien for å utvikle «functional foods» med lav GI. I Norge er det dr Lindberg som har gjort GI-begrepet kjent, først og fremst gjennom populærvitenskapelige bøker (5) og medieoppslag.

Disse forskningsgruppene mener at GI-verdiene er reproducerbare og at de også kan brukes til å forutsi blodglukosestigningen i blandede måltid. De mener derfor at GI er et nyttig hjelpemiddel i kostrådgivningen til pasienter med diabetes og hyperlipidemi. GI er dessuten blitt et innarbeidet konsept i enkelte lands kostanbefalinger ved diabetes. Anbefalingene bygger på studier fra disse gruppene som har vist at en kost med lav GI kan forbedre blodsukker-reguleringen akutt og over lengre perioder, sammenlignet med en kost med høy GI. Bedringer vises i form av lavere postprandialt blodsukker, lavere insulinrespons og bedret insulinfølsomhet. I tillegg har enkelte studier vist reduksjon i postprandiale nivå av triglyserider og en bedring i lipidprofilen (6).

Det hevdes også at en kost med lav GI kan være nyttig for å oppnå vektreduksjon (jfr Lindbergs bøker). Rasjonalet bak dette er at høye insulin-nivå (som følge av høy GI-kost) i seg selv stimulerer fettagring. Svingninger i blodsukker og insulin-nivå kan også bidra til økt appetitt. Den vitenskapelige dokumentasjonen for dette er liten og resultatene spriker.

Kunnskapen fra GI-forskningen brukes også aktivt innen idrett. Ved å innta mat som gir langsom glukoseøkning i blodet, kan man øke utholdenheten i forbindelse med hard fysisk trening.

I mange av studiene som er gjort for å avgjøre effekten av kost med lav GI, er det imidlertid ikke kontrollert for samtidig vekttap, variasjon i innhold av energi, fiber, fett, proteiner o.a. i kosten. Man har brukt ulike typer matvarer i de to forsøkskostene, og man kan derfor ikke utelukke at effekten skyldes andre faktorer i maten enn GI.

Järvi og Vessbys gruppe i Uppsala har gjort flere forsøk med GI hvor de har sammenlignet identiske koster med hensyn til matvarer, energi og næringsinnhold, men hvor GI er det eneste som skiller kostene. I en av disse studiene fulgte 20 type 2 diabetikere en testkost med henholdsvis høy (GI=83) og lav GI (GI=57) i en periode på 3,5 uke (7). Begge kostene samsvarer med svenske næringsstoff-anbefalinger. Både blodglukose- og insulinrespons var 30% lavere etter kosten med lav GI. Imidlertid oppnådde gruppene vektreduksjon, bedring i insulinfølsomheten og reduksjon i nivå av LDL-kolesterol på begge testkostene sammenlignet med sin normalkost. Kosten med lav-GI ga likevel en mer uttalt reduksjon i LDL-kolesterol og en normalisering av PAI-1 aktivitet.

**Metodologiske problemer**

Det er mange problemer knyttet til denne inndelingen av «høy-glykemiske» og «lav-glykemiske» matvarer. For det første er mengden; 50 g karbohydrater, i mange tilfeller en urealistisk porsjon. 50 g karbohydrater som popcorn tilsvarer for eksempel 1,5 middels pose, mens 50 g karbohydrater i form av hvitt brød tilsvarer tre tynne skiver. For det andre spiser man sjeldent en matvare alene, og effekten av et sammensatt måltid vil avhenge av hva som for øvrig finnes i maten av blant annet fett, fiber og karbohydrater. Man kan regne ut GI i et sammensatt måltid, og studier har vist at det stemmer godt med den faktiske blodsukkerøkningen etter inntak av måltidet (8). Imidlertid er denne utregningen så komplisert at den ikke har noen praktisk nytteverdi. I tillegg vil blodsukkerresponsen etter et måltid være påvirket av metabolske virkninger av det forrige måltidet, den såkalte «second meal effect». Hvor relevant blir da en indeks som kun bygger på måltid inntatt etter 12 timers faste?

Det er store inter- og intra-individuelle forskjeller på glykemisk respons på mat, og GI er derfor beheftet med usikkerhet. En studie med 11 personer viste en variasjonskoeffisient på 25% hos en og samme person når samme matvare ble testet 8 ganger. Mellom individer kan variasjonskoeffisienten være 40%, men uttrykt som GI reduseres den til 10% (8).

De enkelte GI-verdiene som man finner igjen i tabeller bygger ofte på få og små studier. GI-verdien for croissant for eksempel, er bestemt fra en studie med 13 deltagere (type 1- og type 2-diabetikere). Antall deltagere i hver enkelt studie varierer fra 3–13 personer, men det er sjeldent mer enn 10 deltagere. Med tanke på det store mangfoldet som finnes i matvarer verden over, mangler det selvfolgelig studier på mange matvarer/retter som kan være vesentlige i enkelte lands kosthold. Blodglukoseresponsen vil dessuten avhenge av hvorvidt forsøkspersonene har en normal glukosemetabolisme eller om de har diabetes.

### Praktiske konsekvenser

Vanskiligheten med å regne ut GI i sammensatte måltider, fører til at GI-verdiene på enkeltmatvarer brukes som veileder i valg av mat. En slik inndeling i bra og dårlige matvarevalg kan lett føre til at man utelater matvarer som ut fra et helhetssyn er ernæringsmessig gunstig. Et godt eksempel på dette er kokt gulrot som har en GI på 101.

50 g karbohydrater som gulrot tilsvarer 9 mellomstore gulrøtter. Det sier seg selv at dette er en helt urealistisk porsjon. På samme vis har enkelte på bakgrunn av GI-tabeller, byttet ut potet- med pastaretter til middag, fordi pasta har en GI på mellom 60 og 70, mens kokt potet har GI 80. Resultatet blir for de aller fleste en høyere blodsukkerstigning fordi man tradisjonelt spiser mye mer pasta enn potet. I Norge vil dessuten potetmiddagene som oftest ha en større andel grønnsaker og kjøtt/fisk (som gir liten blodglukosøkning), sammenlignet med de tradisjonelle pastarettene. Energimengden i en vanlig porsjon poteter er lavere enn vanlige porsjoner med pasta eller ris. I tillegg til å gi økt blodsukkerstigning, vil derfor pasta/risretter ofte være mer energirike. Glykemisk indeks er derfor best egnet til å sammenligne den blodsukkerøkende effekten av lignende matvarer, for eksempel ulike typer kornblandinger eller brødtyper.

### Skal vi anbefale en kost med lav GI til personer med diabetes?

Studiene som viser effekt av et kosthold med lav GI, kan virke overbevisende, men testkostene som er brukt i forsøkene, skiller seg mye fra hva folk flest vanligvis spiser. Er det da mulig å få folk til å legge om kosten tilstrekkelig til at de får en effekt av betydning? I Järvi's studie var GI 60 på den lav-glykemiske kosten, mens kosten med høy GI lå på 85. Kostholdsundersøkelser blant type 2-diabetikere har vist at deres hverdagskost ligger rundt 85 i GI (9). Järvis studie (7) viste at type 2 deltagerne fikk en bedring i blodglukosekontroll og blodfettstoffer, selv på kosten med høy GI. Dette illustrerer at det er et betydelig forbedringspotensiale i kostomlegging, selv uten endring i GI. Man kan nå be-

handlingsmålet med mer moderate kostendringer (eksempelvis spise flere, små måltid, i stedet for mange store) eventuelt i kombinasjon med økt aktivitet og medikamenter. Enkelte pasienter vil kanskje foretrekke å leve på en kost med svært lav GI framfor å ta i bruk medikamenter og/eller øke aktiviteten. For mange vil det nok likevel være vanskelig å leve på en kost med GI rundt 60 over tid.

Mange av de praktiske kostrådene som følger en lav GI-kost skiller seg for så vidt ikke mye fra de kostråd som gis folk flest for å forebygge fedme, hjerte- og karsykdom og diabetes type 2. Grove kornprodukter, mye grønnsaker og belgvekster anbefales. Det som er nytt er først og fremst at det også anbefales å bearbeide maten minst mulig, da GI vanligvis stiger jo mer man raffinerer, findeler og koker mat. GI-tilhengerne er dessuten skeptisk til basismatvarer som vanlig lyst brød, poteter og ris, og de åpner for et høyere fett- og proteinintak på bekostning av karbohydratene (5).

GI-skeptikerne på sin side er redde for at man ved å tillegge GI for stor betydning, vil kunne «skremme» folk fra å spise karbohydratrik mat. Karbohydratrik mat er vår viktigste kilde til fiber og mange mikronæringsstoffer samtidig som den er energifattig sammenlignet med fett. Det er tross alt et for høyt energiintak i forhold til energiforbruk som er årsaken til fedme. Typen fett i kosten er fortsatt den mest avgjørende kostfaktoren i forebygging av hjerte- og karsykdom. Hvis man skal redusere inntaket av vanlig brød, poteter og alt som inneholder sukker, vil mer av energiintaket komme fra fett- og proteinrike matvarer. Selv om man velger «hjertevennlige» fettkilder, kan et økt fettintak bidra til å øke energiintaket.

Det er viktig å ikke glemme helheten i kostholdet og se ting i riktige proporsjoner. En bør dessuten ikke glemme at det også ligger kommersielle interesser bak markedsføringen av GI som den nye nøkkelen til god helse.

### Konklusjon

Kunnskapen om den glykemiske effekten av mat bidrar til å øke vår forståelse av sammenhengen mellom kost og det metabolske syndrom. Forsking innen dette feltet er derfor ønskelig. GI gir informasjon som kan være nyttig i kostrådgivning til personer med diabetes og hyperlipidemi. Derimot er det ikke holdepunkter for at personer med normal glukose- og lipidmetabolisme har helsemessig gevinst av en kost med lav GI.

Studiene som er gjort understøtter i hovedsak de kostråd som allerede gis. Uenigheten i fagmiljøet ligger først og fremst i hvor «ekstrem» man skal være i valg av karbohydr-

ratholdig mat: for eksempel hvorvidt det er nødvendig å kutte ut vanlig hvitt eller mellomgrov brød, alt sukker og kokte poteter for å oppnå de gunstige effekten man har sett i GI-studier. Hvis det er nødvendig å gjøre slike betydelige endringer i kosten, blir neste spørsmål; er man villig til å leve slik i lengden eller skal man velge andre måter å nå behandlingsmålene på?

Det kreves inngående kunnskap om metoden for å tolke GI-verdiene. GI er forbundet med en rekke metodologiske problemer, og en forenklet tolkning kan lett føre til at man utelater matvarer som utfra et helhetssyn er ernæringsmessig gunstige. Glykemisk indeks er derfor uegnet som hjelpemiddel for den som har diabetes eller hyperlipidemi, med mindre vedkommende setter seg grundig inn i GI-metoden.

## Referanser

- WHO (1998) Carbohydrates in human nutrition. Report of a joint FAO/WHO Expert Consultation in FAO. Food Nutr Pap pp. 1-140
- Järvi A. Carbohydrate-Rich Foods in the Treatment and the Insulin Resistance Syndrome: Studies of the Importance of the Glycaemic Index and Dietary Fibre [dissertation]. Uppsala University;2001
- Wolever TMS, Jenkins DJA, Jenkins AL, Josse RG. The glycemic index: methodology and clinical implications. Am J Clin Nutr 1991; 54: 846-54
- Foster-Powell K and Miller JB. International tables of glycemic index. Am J Clin Nutr 1995; 62: 871S-93S
- Lindberg F. "Naturlig slank med kost i balanse". Gyldendal Norsk Forlag AS 2001
- Miller JC. Importance of glycemic index in diabetes. Am J Clin Nutr 1994;59: 747S-52S
- Järvi AE, Karlstrøm BE, Granfeldt YE, Björk IE, Asp NGL, Vessby B. Improved Glycemic Control and Lipid Profile and Normalized Fibrinolytic Activity on a Low-Glycemic Index Diet in type 2 Diabetic Patients. Diabetes Care 1999; 22: 10-18
- Frost G, Dornhorst A. The relevance of the glycaemic index to our understanding of dietary carbohydrates. Diabetic Medicine 2000; 17: 336-45
- Wolever TM, Nguyen PM, Chiasson JL et al. Determinants of diet glycemic index calculated retrospectively from diet records of 342 individuals with non-insulin-dependent diabetes mellitus, Am J Clin Nutr 1994; 59: 1265-9.

## C VIOXX AC "MSD"

Antiinflammatorium

ATC-nr: M01A H02

**TABLETTER 25 mg og 50 mg:** Hver tablet innneh.: Rofecoxib 25 mg, resp. 50 mg, laktosemonohydrat 79,34 mg, resp. 158,68 mg og hjelpestoffer. Fargestoff: gult jernoksid (E 172).

**Indikasjoner:** Lindring av akutt smerte. Lindring av smerte som skyldes primær dysmenoré. **Dosering:** Voksne: Akutte smerten. Anbefalt startdose er 50 mg en gang daglig. Senere doser er 25 eller 50 mg en gang daglig. Daglig dose bør ikke overskride 50 mg. Primær dysmenoré: Anbefalt dose er 25 eller 50 mg daglig. Døglig dose bør ikke overskride 50 mg. Kan tas med eller uten mat. Bør ikke brukes sammen med andre legemidler som inneholder det samme virkestoffet, rofecoxib. **Eldre:** Forsiktighet bør utvises ved behandling av eldre. Lavest anbefalt dose bør benyttes. Nedsett nyrefunksjon: Dosejustering er ikke nødvendig hos pasienter med kreatinin clearance 30-80 ml/min. Skal ikke brukes dersom kreatinin clearance <30 ml/min. **Barn:** Rofecoxib er ikke indisert for bruk hos barn.

**Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktivt magesår eller gastrointestinal bledning. Inflammatorisk mage/tarmsykdom. Pasienter med leverdysfunksjon. Pasienter med beregnet kreatinin clearance < 30 ml/min. Pasienter som tidligere har utviklet symptomer på astma, akutt rhinitis, nasale polypper, angioneurotisk edem eller urtičaria ved bruk av acetylsalicylsyre eller andre ikke-steroidiske antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs). Alvorlig hjertesvikt. Graviditet i 3. trimester og amming.

**Forsiktigheitsregler:** Redusjon i prostaglandinsyntesen hos pasienter med nedsett renal gjennomblodning kan føre til fall i renal blodgjennomstremming og nedsett nyrefunksjon. Mest utsatt er pasienter med signifikant nedsett nyrefunksjon i anamnesen, ukontrollert hjertesvikt eller cirrhose. Oppfølging av nyrefunksjonen hos disse pasientene bør vurderes. Rehydrering anbefales før behandlingsstart hos betydelig dehydrerte pasienter. Væskekretensjon, edem og hypertensjon synes å være doseavhengig og øker ved kronisk bruk og ved høye terapeutiske doser. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med hjertesvikt i anamnesen, venstre ventrikeldysfunksjon, hypertensjon eller edem. Disse pasientene bør starte behandlingen med laveste anbefalte doser. Som en følge av manglende effekt på blodplater, kan ikke selektive COX-2 hemmere erstatte acetylsalicylsyre som kardiovaskulær profilaksje. Fordi rofecoxib som tilhører denne legemiddelgruppen, ikke hemmer blodplateaggregering, bør blodplatehemmende behandling ikke avsluttes men vurderes hos risikopasienter og pasienter som har eller har hatt kardiovaskulære eller andre trombotiske hendelser, dersom dette er indisert. Som en følge av den farmakodynamiske profilen til selektive COX-2 hemmere nærmest ovenfor, bør det utvises forsiktighet hos pasienter som har eller har hatt iskemisk hjertesykdom. Hertsiktsmessige tiltak bør ivaretasjes og avslutning av rofecoxibbehandling bør vurderes dersom det finnes kliniske bevis på symptomatiske forverret tilstand hos disse pasientene. Oppfølging er viktig ved bruk hos eldre og pasienter med nedsett nyre-, lever- eller hjertefunksjon. I kliniske studier utvistet noen artrosepasienter behandlet med rofecoxib, perforasjoner, ulcerasjoner eller bledninger (PUBs). Pasienter med PUB i anamnesen og pasienter eldre enn 65 år så ut til å ha hoyere risiko for PUB. Ved daglige doser høyere enn 25 mg, øker risikoen for gastrointestinal symptomer uavhengig av PUB. Pasienter med symptomer og/eller tegn som tyder på leverdysfunksjon eller som har en unormal leverfunksjonsprøve, bør vurderes med hensyn på vedvarende unormale verdier. Rofecoxib kan maskere feber. Anbefales ikke til kvinner som planlegger å bli gravide. **Barn:** Preparatet bør ikke brukes til barn da erfaring mangler.

**Interaksjoner:** Protrombiniden bør følges nede når behandling med rofecoxib startes hos pasienter som bruker warfarin eller lignende substanser, pga. mulig økning i protrombinid på opptil ca. 8%. Hos pasienter som fikk kliniske doser rofecoxib sammen med warfarin er det rapportert økning i International Normalized Ratio (INR) som ført til avbrudd i warfarinbehandling, og i noen av tilfellene resulterte dette i at den antikoagulerende effekten opphørte brått. I steady state hadde rofecoxib 50 mg en gang daglig ingen effekt på den trombocytaggregasjonshemmende effekten av en lav dose (81 mg en gang daglig) acetylsalicylsyre. Samtidig bruk av høye doser av acetylsalicylsyre eller andre NSAIDs bør unngås. I interaksjonsstudier har rofecoxib ikke vist noen klinisk relevante effekter på farmakokinetikken for prednison/prednisolon eller orale antikonsepsjonsmidler (etinylestrodial/noretindron 35/1). Kan gi beskjeden om hemming av CYP1A2 og beskjeden indusjon av intestinal CYP3A4. Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av legemidler som primært metaboliseres via CYP1A2 (feks. teofyllin, amitriptylin, tacrin og zileuton) og legemidler som er substrat for CYP3A4. Metabolisering av cytokrom P450 (CYP) når stoffer som induserer CYP er tilstede. Plasmakonsentrasjonen av rofecoxib reduseres ca. 50% ved samtidig bruk av rifampicin. Bruk av 25 mg dose bør vurderes når rofecoxib ges sammen med substanser som induserer hepatisk metabolisme. Inntak av ketoconazol (som er en potent hemmer av CYP3A4), påvirker ikke farmakokinetikken for rofecoxib. Cimetidin og antacida hadde ingen klinisk relevant påvirkning av farmakokinetikken for rofecoxib. Se også Interaksjonsstabell i Felleskatalogen.

**Graviditet og amming:** Overgang i placenta: Bruk av rofecoxib er kontra-indisert i siste trimester av svangerskapet fordi rofecoxib, som andre preparater som hemmer prostaglandinsyntesen, kan føre til nedsett rie-aktivitet og prematur lukning av ductus arteriosus (se Kontraindikasjoner). Bruk av rofecoxib hos gravide er ikke studert i adekvate og godt kontrollerte kliniske studier. Rofecoxib bør derfor ikke brukes i de to første trimestrene av svangerskapet med mindre de potensielle fordelene for pasienten oppveier den mulige risikoen for fosteret. Som for andre legemidler som hemmer COX-2 anbefales ikke rofecoxib til kvinner som planlegger å bli gravide. **Overgang i morsmelk:** Det er ikke kjent om rofecoxib utsikkes i morsmelken hos mennesker. Rofecoxib skiller ut i melken hos rotter. Kvinner som bruker rofecoxib bør ikke amme (se Kontraindikasjoner).

**Bivirkninger:** **Hypotone (>1/100):** Blod: Senking av hematokrit. Gastrointestinale: Halsbrann, ubehag i epigastriet, diaré, kvalme, dyspepsi. Hud: Pruritus. Lever: Økning i ALAT og ASAT. Neurologiske: Hodepine. Sirkulatoriske: Hypertension. Øvrig: Odem/vaskerettensjon, magesmerter, svimmelhet. **Mindre hypotone:** Blod: Nedgang i hemoglobin, erytrocyter og leukocyter. Gastrointestinale: Forstoppelse, sår i munhullen, brekninger, gassdannelse, oppblåst mage, sure oppstøt. Hud: Utslett, atopisk dermatitt. Helse: Tinnitus. Lever: Økning i alkaliske fosfataser. Lufteve: Dyspné. Metaboliske: Vektøkning. Muskel-skolettsystemet: Muskelkramper. Neurologiske: Insomnia, sovnlighet, vertigo. Psykiske: Depresjon, nedsett mentall klarhet/årvåkenhet. Urogenitale: Økning i BUN og serum kreatinin, proteinuri. Øvrig: Asteni/tretthet, brystsmerte. **Sjeldne (<1/1000):** Overfølsomhetsreaksjoner inkl. angioedem, urticaria, anafylaktiske reaksjoner. Blod: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Peptisk ulcer, gastrointestinal perforasjon og blodning (hovedsakelig hos eldre pasienter), gastritt. Hud: Alopeci, bivirkninger i slimmennene og alvorlige hudreaksjoner inkludert Stevens-Johnsons syndrom. Lever: Hepatotoksiitet inkludert hepatitt og gulstoff. Lufteve: Bronkospasme. Neurologiske: Parestesier, aspektisk meningitt. Psykiske: Forvirring, hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Hjertesvikt, hjerteinfarkt (årsakssammenheng ukjent). Sym: Tåkesyn. Urogenitale: Nedsett nyrefunksjon, inkludert nyresvikt, vanligvis reversibel når behandlingen stoppes. Følgende alvorlige bivirkninger har blitt rapportert i forbindelse med bruk av NSAIDs og kan ikke utelukkes for rofecoxib: nefrotoksiitet inkludert interstitiell nefritt og nefrotisk syndrom, levertoksiitet inkludert leversvikt.

**Overdosering/Forgiftning:** Enkeltdoser opp til 1000 mg og doser opp til 250 mg/dag i 14 dager er gitt uten signifikante symptomer på overdosering. Ved overdose igangsettes vanlige støtte tiltak f.eks. fjerning av ubarsortert materiale fra mage/tarmkanalen, klinisk overvåkning og igangsettning av symptomatiskt behandling hvis nødvendig. Rofecoxib kan ikke dialyseses ved hemodialyse. Det er ukjent om rofecoxib kan dialyseses ved peritonealdialyse.

**Egenskaper:** Klassifisering: Likesteroid antiinflammatorisk middel. Selektiv hemmer av cykloxygenase-2 (COX-2). Virkningsmekanisme: Rofecoxib hemmer dannelsen av prostaglandiner ved å hemme COX-2 som påvirker av proinflammatoriske stimuli. COX-2 antas å ha hovedansvaret for syntesen av mediatorer for smerte, inflammasjon og feber. Ingen hemming av COX-1 i kliniske doser. Blodplatefunktjonen er upåvirket og prostaglandinenes opprettholdes. Rofecoxib viste effekt i kliniske studiemodeller for akutt smerte ved postoperativ tannsmerter, postkirurgiske ortopediske smerte og smerte ved primær dysmenoré. Bruken av opplater ved postkirurgiske alvorlige ortopediske smerte reduseres sammenlignet med placebo. Andelen gastrointestinale bivirkninger er lavere enn for tradisjonelle NSAIDs. Absorpsjon: Biotilgjengelighet ca. 93%. Ved "steady-state" (25 mg dose) er  $C_{max}$  0,305 mikrogram/ml,  $T_{max}$  ca. 2 timer og  $AUC_{0-t}$  3,87 mikrogram·ml/time. Hos pasienter med moderat leverinsuffisians (Child-Pugh score 7-9) øker AUC med ca. 69%. Systemisk eksponering er ca. 30% større hos eldre. Proteinbinding: Ca. 85%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 100 liter. Halveringstid: Ca. 17 timer. "Steady state" nás innen 4 dager med 25 mg en gang daglig. Akumulasjonsratio ca. 1,7. Plasma-clearance ca. 120 ml/minutt for en 25 mg dose. Metabolisme: Hovedsakelig i lever. Utskillelse: Ca. 72% i urin og 14% i feces.

**Pakninger og priser:** 25 mg: 5 stk. enpac kr. 87,40, 10 stk. enpac kr. 148,20, 50 stk. endos kr. 625,10. 50 mg: 5 stk. enpac kr. 87,40, 10 stk. enpac kr. 148,20, 50 stk. endos kr. 625,10.



Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

## LEDIGE STIPENDIER

### Allmennpraktikerstipend 1. halvår 2003

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdannelse av leger, utsyser Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag i Oslo, Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim og Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 18 stipendmåneder for 1. halvår 2003. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke. Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Hvis kvoten ikke fylles av søkerne som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betrakning. Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan teller i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Stipendiater vil bli invitert til å framføre sin prosjekt på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke/Nidaroskongressen. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildeling av stipendmidler etter innstilling fra de respektive instituttene. Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkerne som kan fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Institutt for allmennmedisin, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo, tlf. 22 85 06 55, fax 22 85 06 50 eller de allmenn-/samfunnsmedisinske instituttene. Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen 15. september 2002. Søknader som er poststemplet etter søknadsfristen blir ikke tatt i betrakning. Søknadsskjema kan også lastes ned fra følgende web-adresse: <http://www.uib.no/isf/nsam/afu>

### Tildeling av allmennpraktikerstipend for 2. halvår 2002

For 2. halvår 2002 var det 18 søkerne som søkte om 48 stipendmåneder og utvalget hadde 22 stipendmåneder til disposisjon.

#### Oslo

Ivar Mediås ble tildelt 1 måned for prosjektet  
«Ultradyd i allmennpraksis».

Jan Baggers ble tildelt 1 måned for prosjektet  
«Epikondylitt i allmennpraksis – utprøving av forskningsnettverk i allmennpraksis».

Gunnar Mouland ble tildelt 1 måned for prosjektet:  
«Hvor mange av pasientene med forhøyet serum-ferritin i allmennpraksis har hemokromatose?»

Erling Iveland ble tildelt 1 måned for prosjektet:  
«Sykebesøk på dagtid i Oslo»

Hans P. Aser ble tildelt 1 måned for prosjektet:  
«Hvor mange av pasientene med forhøyet serum-ferritin i allmennpraksis har hemokromatose?»

Hans Braadland ble tildelt 2 måneder for prosjektet:  
«Legejournalen som arbeidsredskap for tidlig diagnostikk av mental svikt»

Else Lien ble tildelt 1 måned for prosjektet:  
«Helsetjenestebruk blant innvandrere»

Michael de Vibe ble tildelt 1 måned for prosjektet:  
«Utvikle, utprøve og evaluere metode for gruppebehandling av pasienter i allmennpraksis med kroniske lidelser»

E. Boomstra ble tildelt 1 måned for prosjektet:  
«Adherence to treatment guidelines and quality of drug prescription in primary care in Botswana»

#### Bergen

Thomas Mildestvedt ble tildelt 2 måneder for prosjektet:  
«Psykologiske faktorer betydning under hjerterehabilitering»

Aina G. Langørgen ble tildelt 2 måneder for prosjektet:  
«Utskriving av P-pillar hos kvinner 40–44 år og risiko for hjartesjukdom»

Liv T. Walseth ble tildelt 1 måned for prosjektet:  
«Salutogenese og empowerment – relevante begreper for allmennpraksis?»

Sverre Rørtveit ble tildelt 1 måned for prosjektet:  
«Lekmannsgrupper organisert rundt halvautomatisk defibrillator, til innsats ved hjertestans og mistenkjt hjerteinfarkt»

Signe Dørheim Ho-Yen ble tildelt 2 måneder for prosjektet:  
«The prevalence og postnatal depression 6–10 weeks after birth in the community of Lalitpur, possible causes and associations»

#### Tromsø

Glenn O. Severinsen ble tildelt 2 måneder for prosjektet:  
«Forskrivning av antibiotika mot urinveisinfeksjoner og dens betydning for urinveispatoogene bakteriers resistens mot antibiotika. En studie fra norsk allmennmedisin»

Elisabeth Swensen ble tildelt 2 måneder for prosjektet:  
«Alt det spennende kjem frå Balsfjord.  
Utposten 1972–2002»

# 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!

## *Narkotika og narsissisme – to sider av samme ord?*

Narsissisme (ordet narsisme brukes også) betyr ekstrem selvopptatthet der all (seksuell) lystoppelse er knyttet til bildet av ens egen kropp. Dette kan vel sies å være et av kjennetegnene på vestlig kultur idag, men er første gang beskrevet i gresk mytologi der Narkissos så sitt eget speilbilde da han bøyde seg ned over en dam for å drikke vann. Han ble ifølge myten så betatt av seg selv at han døde der og da. Vi skal ikke se bort fra at han hadde sett sitt eget speilbilde tidligere også, for han avviste alle kvinner tross betydelig pågang, han var visstnok svært vakker. Ikke engang den vakrenymfen Ekho ville han ha, og hun (!) ble da straffet hardt for dette: Hun fikk aldri mer snakke unntatt for å gjenta det som ble sagt til henne: «Er det noen her?» ropte Narkissos der han var ute og gikk i skogen. «Her! Her! Her!» svarte Ekho. «Kom!» ropte Narkissos. «Kom! Kom! Kom!» svarte Ekho. Ikke rart det gikk som det gikk. Og det var etter en slik samtale han skal ha bøyd seg ned over dammen, så sitt eget speilbilde og døde.

Problematisk ble det også for de andre nymfene som skulle begrave ham, liket var borte! På stedet han døde fant de en ny og til da ukjent blomst som var like vakker som Narkissos og de gav denne blomsten hans navn. Ekho tørtes bort av sorg, men stemmen har siden levdi i fjellvegger verden over. Narsisser som vokser i Norge er først og fremst påskeliljer og pinseliljer. Av ordet Narkissos har vi fått narkose og narkotika via ordet nárke som betyr stivhet, nummenhet. Dette kommer av at planten narsiss ble ansett for å ha stoffer i seg som gav tilstivnet, slovende effekt.

## *Koma*

Koma er et gresk ord og betyr dyp sovn. Det er beslektet med det indoeuropeiske *kei* som betyr å legge seg ned, slå seg ned. Det greske *kóme* som betyr landsby er endt opp på norsk som hjem. Grekerne har også ordet *koiméterion* som betyr både soverom og gravplass og så igjen er opprinnelse til det engelske cemetery, det italienske cimitero og portugisiske cemitério for kirkegård. Det skulle vært artig om vi nå kunne røpe at ordet *komité* har samme opprinnelse, det ligger snublende nær, men det har ikke lyktes oss å verifisere denne antagelsen. Vi får bare her minne om Vilhelm Bergsøes ord: En dag da fanden fikk i sind at intet måtte skje, da satte han i verden ind den første komite.

En *bohem* er en person som lever et ubundet liv, og dette ordet er avledet av det franske ordet bohème som betyr sigøyner. Egentlig betyr ordet Böhmer ettersom de første sigøynerne i Frankrike angivelig skal ha sagt de kom fra Böhmen. Ordet Böhmen kommer i sin tur så fra Bohemia, der siste led -hemia er et germansk läneord fra det greske ordet for hjem, et ord som vi da finner igjen i koma.

Jannike Reymert

Kilder: Johan Hamond Rossbach Polydoras bok. Pax forlag AS, Oslo, 1997.



## «Når det haster...»

Kviteseid er et vakkert sted langs Telemarkskanalen. Mange av leserne har kanskje reist med den ærverdige «Victoria» opp gjennom slusene fra Grenland til Tokke. En langsom båtreise med rikelig tid til å nyte severdighetene langs breddene.

Noen kilometer vest for Kviteseid, på veien mot Vrådal, er det en bro som må åpnes for at større båter skal kunne passere. I praksis gjelder det bare kanalbåtene som altså frakter turister om sommeren. Broen «åpnes på midten» og delene svinges til hver sin side ved en sinnrik mekanisme som betjenes manuelt av en dertil ansatt mann som passer på når båtene er ventet.

Kviteseid og Vrådal er innefor mitt vaktdistrikt. Den eneste veien til sykehuset går via den omtalte broen. Med ambulanse tar turen bortimot to timer. I Vrådal er det et par store hoteller som i høysesesongen er flittige leverandører av pasienter. Ikke alle er i form til å tåle en hotellferie. Så heller ikke den gamle mannen jeg ble tilkalt til. Det er sikkert ti år siden nå. Han lå på rommet sitt og gispet med det som bare kunne oppfattes som et truende lungeødem. Ambulansesjåføren og jeg jobbet så godt vi kunne med å stabilisere situasjonen, og så bar det av gárde med blålys i retning sykehuset.

Idet vi nærmer oss broen ser vi den stolte «Victoria» i langsom majestet opp kanalen. Brovokteren er på plass. Han ser oss, peker på «Victoria» som fortsatt har et godt stykke igjen til broen. Så svinger han broen langsomt fra hverandre slik hans arbeidstinstruks tilsier. Der står vi på bredden – lenge og vel – med blålysene på og venter på «Victoria». Hun sciller rolig forbi, det tar sikkert et kvarter, mens turistene litt forvirret betrakter oss. Noen få tar bilder slik turister gjør, uansett.

Ambulansesjåføren banner, pasienten puster fortsatt, jeg ler.

Elisabeth Swensen

# 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 lyrikspalten. Velkommen og lykke til!*

Tone Skjerven – lagleder

Først en takk til Gunhild som utfordret meg til dikt-stafett. En gang ble jeg spurtt om jeg kunne ha en student. Jeg sa ja, og glemte hele greia. Gunhild var først. Jeg var uforberedt. Det pedagogiske var i beste fall famlende. Men hyggelig var det. Og morsomt. Og musikalsk. Hele familien ble fascinert av den hyggelige unge damen som vi ble fort kjent med og som forvandlet vårt hjemlige piano til et skikkelig konsertflygel.

Så til diktet. Jeg er glad i dikt, i hvert fall i noen dikt. Andre dikt er jeg ikke så glad i. En ting er viktig, jeg må forstå det – første gangen. Mer avansert er jeg ikke. Og diktet må si noe viktig. Derfor har jeg de siste årene lært å sette pris på den nye poesien. Den jeg mener å se i hip-hop kulturens norske avleggere. Hvem blir ikke rørt av «Nattens sønner» av «Klovner i Kamp» – en poetisk rap-tekst som på en knapp og direkte måte beskriver storbyfamiliens problemer og oppløsning.

Som leger kan vi finne mye i diktene. Vi kan finne hjelp og trøst, innsikt og kunnskap. Det er det skrevet mye om i denne spalten tidligere. Jeg trenger av og til å minnes på våre begrensede muligheter til å hjelpe pasientene. Det er mye vi ikke kan hjelpe med, delta i eller forstå. Det kan være smertefullt å ikke kunne delta. Dette har Jan-Magnus Bruheim skrevet et dikt om, et dikt som også sier noe om at vi skal være takknemlige for å få hjelpe til «med børni».

## UM Å BÆRA

*Skapte er vi te bera,  
og lette børene for kvarandre.  
Til fānyttes lever ingen. –*

*Men våre eigne bører  
skal vi bera åleine.*

*Stor og verdfull er sorgi  
som ikkje kan delast med andre.  
Men fatigsleg, liti og arm er den glede  
som du vil ha åleine.*

*Hjelpelaus er den  
som ikkje har nokon å hjelpe  
og vera god mot.*

*Lik tre utan sevjestraum  
turkast han inn. –*

*Den mannen ber tyngste børni  
som ingen ting har å bera.*

Jeg utfordrer Sølvi Ruud Hagen i Fredrikstad til neste etappe.

Hilsen Petter Brelin



Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

## NSAM – ALLMENN MEDISINSK FORSKNINGRÅD

lyser ut fem stipendmåneder for 1. halvår 2003 til forskning om Fastlegeordningen.

Midlene er stilt til disposisjon for stipender til småskalaforskning om fastlegeordningen.

**Søknadsfristen er 15. september-02.** Hvert enkelt stipend blir på maksimalt 3 måneders varighet. Det vil bli halvårlige tildelinger av til sammen 30 stipendmåneder à kr 23 000 med kr 3000 i driftsmidler per måned. Søknadsskjema kan hentes på NSAM/AFUs hjemmeside: <http://www.uib.no/isf/nsam/afu/>.

NFR peker på noen forskningstema som vil være av spesiell interesse:

- Legedekning • Legevakt • By-land perspektivet • Tilgjengelighet på dagtid
- Akutthjelppfunksjon på dagtid • Henvisninger og samarbeid med 2. linjetjenesten
- Samarbeid med andre kommunale helsearbeidere • Forholdene for kronikergrupper
- Endringer av kontaktmønster for ulike grupper

Andre forskningstema kan være aktuelle, men NFR ved evalueringsgruppa vil ha et overordnet ansvar for at prioriterte forskningsemner blir belyst.

## PROTOKOLLVURDERINGER FRA ALLMENN MEDISINSK FORSKNINGSUTVALG

### *Sikkerhetsstudie med AR-P900758XX (NO-NAPROXEN) på pasienter med artrose*

Studien er en internasjonal, multisenter, dobbel-blind, randomisert parallel-gruppestudie utgått fra AstraZeneca. Totalt 800 pasienter skal inkluderes, hvorav 100 pasienter i Norge fordelt på ca 12 sentra. Både allmennlegesentra og gastroenterologer vil delta.

Studiemedisinen AR-P900758XX (NO-NAPROXEN) er et middel som omdannes til naproxen under frigjøring av en komponent (NO) som er slimhinnebeskyttende.

Studien skal evaluere sikkerhet og toleranse ved bruk av AR-P900758XX sammenliknet med Naproxen og placebo under en 6 ukers behandlingsperiode hos pasienter med artrose i kne eller hofte.

Hovedvariabelen i studien er insidens av mage-/tarmsår diagnostisert ved gastroskopi. I tillegg besvares spørreskjemaer mht artrosesymptomer, mage-/tarmsymptomer og livskvalitetsparametere.

Ved behandling i AFU fant man at studien i hovedtrekk tilfredsstiller de krav som AFU stiller til prosjekter som gjennomføres i allmennpraksis. AFU har bedt om tilleggsopplysninger på enkelte punkter, og da disse opplysningene anses som tilfredstillende finner AFU at studien kan godkjennes, og kan anbefale norske allmennpraktikere å delta i den.

### *Treffsikkerhet av pasient-spørreskjema ved overaktiv blære (TREFF-undersøkelsen)*

Allmennmedisinsk forskningsutvalg har vurdert denne studien som vurderer treffsikkerhet av pasientspørreskjema ved overaktiv blære (OAB). Studien er en nasjonal multisenterundersøkelse utgått fra firmaet Pharmacia. Det tas sikte på at 5 leger deltar i Treff 1 som skal rekruttere 100 pasienter, og 30-40 leger i Norge deltar i Treff 2 som skal rekruttere 400 pasienter, både OAB-pasienter og kontrollpersoner.

Ved behandling i AFU fant man at studien i hovedtrekk tilfredsstiller de krav som AFU stiller til prosjekter som gjennomføres i allmennpraksis. AFU har bedt om enkelte presiseringer av protokollen, knyttet til honorering av legene og kravene til diagnostikk av OAB. På bakgrunn av svarene fra prosjektledelsen finner AFU at studien kan godkjennes og kan anbefale norske allmennpraktikere å delta i den.

# KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2002

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

	<i>Materiell frist</i>	<i>Utsendelse</i>
Nr. 1	30. januar	Ultimo februar
Nr. 2	6. mars	Primo april
Nr. 3	18. april	Ultimo mai
Nr. 4	15. mai	Ultimo juni
Nr. 5	28. august	Ultimo september
Nr. 6	25. september	Ultimo oktober
Nr. 7/8	30. oktober	Primo desember

## ANNONSEPRISER

STØRRELSE:	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 4 400,-	kr 4 900,-

1/1 side på siste omslagsside kr 14 500,-

Løst bilag koster kr 10 500,-. Klebet bilag kr 11 400,- pluss kr 0,95 pr. eksemplar. Ved bestilling av annonser i hvert nummer blir den siste annonsen gratis!

## 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, 210 x 297 mm. Satsflate 185 x 265 mm.

*Raster:* 48 – 60 linjer

*Trykkeri:* PDC Tangen, 1930 AURSKOG. Tlf.: 63 86 44 00

*Kontaktperson:* Morten Hernæs. Tlf.: 63 86 44 63

E-mail: morten.hernes@pdctangen.no

# **Velkommen til det årlige APLF – kurs «Primærlegen og medarbeideren» 29.–31. august 2002, Soria Moria, Oslo**

APLF inviterer igjen til ovennevnte kurs. Kurskomiteen har bestrebet seg på å få det faglige innholdet til å være spennende og praktisk både for lege og medarbeidere. Vi har tatt med noen av våre beste forelesninger fra tidligere kurs, supplert med ønskede temaer fra tidligere deltagere, i tillegg til at vi ønsker å presentere nye aktuelle temaer. Vi oppfordrer leger og medarbeidere til sammen (gjerne hele legesenteret!) å benytte denne anledningen til å få både faglig og personlig inspirasjon til en travell hverdag! Det er gode turmuligheter rundt Soria Moria, ta derfor også med joggesko.

## Torsdag 29. august

- 10 00–10 15 Velkommen til kurset v/Julie Kleive  
10 15–11 15 Kjenner dere etterutdanningsprogrammet for medarbeidere i allmennpraksis? Hva innebærer programmet og hvilke forventninger og erfaringer har deltakerne og arbeidsgiver? v/Janne Takko, Bodil Nygaard, Kirsten Sand og Axel Einar Mathisen  
11 15–12 00 Hvorfor er ikke jeg syk? v/Ole Paus  
12 00–13 30 Lunsj  
13 30–14 30 Selvsagt er jeg syk! Kognitiv terapi ved psykosomatiske tilstander v/Ingvard Wilhelmsen  
14 30–14 45 Kaffepause  
14 45–17 00 Selvsagt er jeg syk... fortsetter  
21 00 «Serveres» en overraskelse, sammen med dans og hygge

## Fredag 30. august

- 09 00–10 00 Klagesaker – trussel eller mulighet for kvalitetsforbedring v/Ellisiv Hegna  
10 00–10 45 Helsepersonell's taushetsplikt – et hinder for samarbeid? v/Ellisiv Hegna  
10 45–11 00 Kaffepause  
11 00–12 00 Organisert nysgjerrighet. Forskning i allmennpraksis  
Noen tips til å grave der vi er v/Jørund Strand  
12 00–13 00 Ekspeditør og/eller omsorgsperson? Faglig integritet eller markedstilpasning. Hva blir fastlegens og medarbeiderens rolle? Refleksjoner rundt pasientforventninger og krav til legen og medarbeideren v/Jan Helge Solbak  
13 00–14 00 Lunsj  
14 00–15 00 «Svigermor og kjerringa og Evensen og jeg...»  
Hvor lenge kan vi få kjøre bil? v/Anne Brækhus  
15 00–16 00 Gruppeoppgaver  
16 00–17 00 «Jeg fant, jeg fant! En rapport fra Helsesekretærprosjektet» v/Berit Forsgren  
19 00 FESTMIDDAG m/dans og spell

## Lørdag 31. august

- 09 00–12 00 Kommunikasjon-kunsten å nå frem til andre  
  - betydningen av å være menneske i utøvelsen av en profesjon
  - etiske utfordringer i et arbeidsfellesskap
  - kommunikasjon og helse
  - betydningen av fellesopplevelser
  - kjenn og kommunikasjon  
10 30–10 45 Kaffepause  
12 00–12 15 Avslutning

## Forelesere

- Janne Takko, helsesekretær, Markveien legekontor, Oslo  
Bodil Nygaard, helsesekretær, Høvik Legesenter, Høvik  
Kirsten Sand, helsesekretær, Ullevål Stadion helsecenter, Oslo  
Axel Einar Mathisen, allmennpraktiker, Bryn legesenter, Rykkinn  
Ole Paus, trubadur, Oslo  
Ingvard Wilhelmsen, dr.med., Hypokonderklinikken, Bergen  
Ellisiv Hegna, cand.jur., Fylkeslegen i Buskerud, Drammen  
Jørund Strand, 1. amanuensis, Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunns- og allmennmedisin, Oslo  
Jan Helge Solbak, professor I, Senter for medisinsk etikk, Oslo  
Anne Brækhus, dr.med., Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Oslo  
Berit Forsgren, prosjektleider, Helsesekretærprosjektet, Tromsø  
Guttorm Fløistad, prof. i idehistorie, Oslo

## Kursledere:

- Bente Aschim, allmennpraktiker, Fagerborglegene, Oslo  
Helle Dunker, bioingeniør, Fagernes legesenter, Fagernes  
Torfinn Kleive, allmennpraktiker, Østerås legekontor, Bærum  
Tove Rutle, Alleen legekontor, Jessheim

## MORGEN

*Det er morgen igjen, vesle håp  
og verden frotterer seg med nyvasket solskinn.  
Livets ansikt er aldri det samme  
selv om vi ser på det i all evighet*

Kolbjørn Falkeid

## VELKOMMEN

### Påmelding til:

RMR kursarrangør,  
Sjøbergvn. 32,  
2050 Jessheim  
Tlf.: 63 97 32 22  
Fax: 63 97 16 25

E-mail: rmrtove@online.no

Påmeldingsfrist: 20. juni 2002

Kursavgift: Kr. 1850,- (Obligatorisk dagpakke kommer i tillegg for personer som ikke bor på Soria Moria)

Hotellpris: Kr. 880,- pr person i enkeltrom, fullpensjon. Kr. 710,- pr person i dobbeltrom, fullpensjon.

Dagpakke: Kr. 285,- pr person pr dag, inkluderer lunsj og kaffe for personer som ikke bor på Soria Moria. Kr. 50,- pr person pr dag, inkluderer kaffepausa for personer som bor på Soria Moria

Festmiddag: Kr. 480,- pr person for ikke boende og kr. 180,- pr person for de som bor på Soria Moria

### Kurstimer:

Kurset er søkt godkjent med **19 timer/poeng** til spesialiteten i allmennmedisin

Jeg melder meg på til kurset:

**• Primærlegen og medarbeideren•  
Soria Moria, Voksenkollen, Oslo  
29.–31. august 2002**

Påmeldningsfrist: **20. juni 2002**

Påmeldingen sendes til:

RMR kursarrangør, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim. Tlf: 63 97 32 22. Fax: 63 97 16 25  
e-mail: rmrtove@online.no

Navn: .....

Adresse: .....

Arbeidssted: .....

Tlf. arbeid: ..... Tlf. privat: .....

Lege: .....

Medarbeiter: .....

Antall på festaften: .....

Ønsker overnatting med ankomst ..... avreise .....

Enkeltrom ..... dobbeltrom sammen med .....



# MONOKET<sup>®</sup> OD

ISOSORBID - 5- MONONITRAT

## Vi løfter til 100

### Hurtig og enkelt Nitrat ved angina

**Monoket OD "Pharmacia"****Nitropreparat.**  
ATC-kode: C01D A14**DEPOTKAPSLER,** hårde 25 mg, 50 mg og 100 mg: Hver depotkapsel inneholder: Isosorbidmononitrat 25 mg, 50 mg, resp. 100 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), ståndoksid (E 171).**Indikasjoner:** Profylaks mot angina pectoris.**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for nitrater og relaterete organiske nitroarbindelser. Alvorlig hypotensjon og hypovolemi. Hjertetamponade.**Korektivt perikarditt. Obstakuliv hypertrofisk kardiompati. Økt intrakraniell trykk. Samtidig behandling med sildenafil.****Bivirkninger:** Hypotension (1/100). Gastrointestinale: Uvelthetsfølelse.**Sirkulatoriske:** Takykardi, hypoton. Øvrige: Hodepine, svimmelhet, «flushing». Mindre hypotone: Gastrointestinale: Brekningsdiare.**Sjelene (<1/1000):** Øvrige: Besvirmelse. En blodtrykksenkning kan føre til refleksisk takykardi, svimmelhet og besvirmelse.**Forsiktighetstregler:** Forsiktighet bør utvises ved arteriell hypotensi som skyldes alvorlig anemi da biotransformasjonen av isosorbidmononitrat er redusert. Pasienter med hypotensi og ubalanseert venflasjonsperfusjon pga. lungesyklodanner eller ischemisk hjertebehandling skal behandles med spesiell forsiktighet. Hos pasienter med angina pectoris, hjerteinfarkt eller cerebral iskemi kan nitrater forverre balansen mellom venflasjonsperfusjon og fare til nedgang i arteriell partiel oxygenetryk. Nitrater kan gi blodtrykksfall og kraftig reduksjon av minutvolumet hos

pasienter med aortastenose og mitralstenose. Brukes med forsiktighet til pasienter med nedsatt nyre-eller leverfunksjon pga. redusert eliminasjon av isosorbidmononitrat. Toleranseutvikling eller avtagende effekt forekommer med kontinuerlig eller hyppig dosering av langtidsvirke nitrater, inkl. transdermale systemer. Nitratfrie intervaller på 8-12 timer hvert døgn anbefales for å hindre toleranseutvikling. Ved dosering 1 gang daglig oppnås lav plasmakoncentrasjon mot slutten av doseringsintervall og risiko for toleranseutvikling blir minst mulig. Brå seponering/hedrapping bør unngås pga. risiko for angina pectoris-utfall og overlappende behandling bør igangsettes. Preparatet kan gi svimmelhet og hodepine, særlig i starten av behandlingen, som gir et reaksjonsvennen kan nedsetttes.

**Graviditet og amning:** Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dysrestuder er heller ikke tilstrekkelig til å utrede evt. reproduksjonsskadelige effekter. Preparatet skal bare brukes under graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmek: Det er ikke klarlagt om barn som ammes kan få skadelige effekter. Preparatet bør derfor ikke brukes ved amning.

**Interaksjoner:** Ved samtidig bruk av tricykliske antidepressiva og alkohol kan den blodtrykksenkende effekten potensieres av isosorbidmononitrat. Isosorbidmononitrat kan øke blodtryggeligheten av dihydropyridin. Hos pasienter med koronar arteriesykdom kan dihydropyridin antagonisere effekten av isosorbidmononitrat og føre til koronar vaskokonstriksjon. Muligheten for at innslak av acetylsalicylsyre og NSAID kan redusere effekten av isosorbidmononitrat kan ikke

utelukkes. Se interaksjonsstabellen i Felleskatalog 1999. (0:87e glycerolnitrat)

**Dosering:** 50 mg 1 gang pr. døgn. Dosen kan ved behov økes til 100 mg 1 gang pr. døgn. Ved oppstart av behandling anbefales en startdose på 25 mg pr. døgn de første 2-4 dager. Monoket OD gis 1 gang pr. døgn for å få et intervall med lav nitratkonsentrasjon (>100 ng/ml).

**Kapslene sveles hele sammen med et 1/2 glass vann.** Kapslene kan åpnes, men må ikke tygges. Ved profilaktisk behandling er det viktig at legemidlet doseres på faste tidspunkter.

**Overdosering/Forgiftning:** Ved overproduksjon av methemoglobin som følge av overdosing: I.v. tilførsel av askorbinsyre eller metyleneblåopplesning. Oksygentiferset. For øvrig vanlig generell behandling. Se kapittel Behandling av akutte forgiftninger i Felleskatalog 1999. (F: 94d metiltionin)

**Pakninger og priser pr. 1. 2000:**

Depotkapsler: 25 mg Empac: 14 stk. kr 65,50.  
98 stk. kr 250,70. Endose: 49 stk. kr 144,80.  
50 mg: Empac: 14 stk. kr 80,50.  
98 stk. kr 358,50. Endose: 49 stk. kr 197,00.  
100 mg Empac 98 stk kr 599,60.

T:12 Reseptgruppe C.

Dato: 1. 1. 2002

**PHARMACIA**